



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE
(PIAO)
Triennio 2023 - 2025**

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. SALVATORE LUCIO FICARRA

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. SALVATORE MADONIA

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. SALVATORE LOMBARDO

Sommario

PREMESSA	Pag. 03
SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	Pag. 05
SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	Pag. 09
Valore pubblico	Pag. 09
Piano efficientamento energetico	Pag. 11
Performance	Pag. 14
Rischi corruttivi e Trasparenza	Pag. 49
SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	Pag. 92
Struttura organizzativa	Pag. 95
Organizzazione del lavoro agile	Pag. 96
Piano del fabbisogno di personale	Pag.107
SEZIONE 4 MONITORAGGIO	Pag.135

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 la 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**

Le recenti normative in merito alla stesura del contenuto del PIAO ne hanno definito gli aspetti e le scadenze; è stata prevista la creazione di una sezione dedicata al Piano di Efficientamento Energetico da inserire nella sezione "*valore pubblico*", e la recente circolare Anac del 24/1/2023 ha fissato il termine di scadenza al 31 marzo la data per la predisposizione e la pubblicazione del Piano Trasparenza e Anticorruzione da inserire all'interno del PIAO.

Ed è nel rispetto dei dettati della normativa vigente che nasce il PIAO che di seguito viene esposto nelle sezioni che lo compongono.

SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA 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 (CustomerSatisfaction), 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.

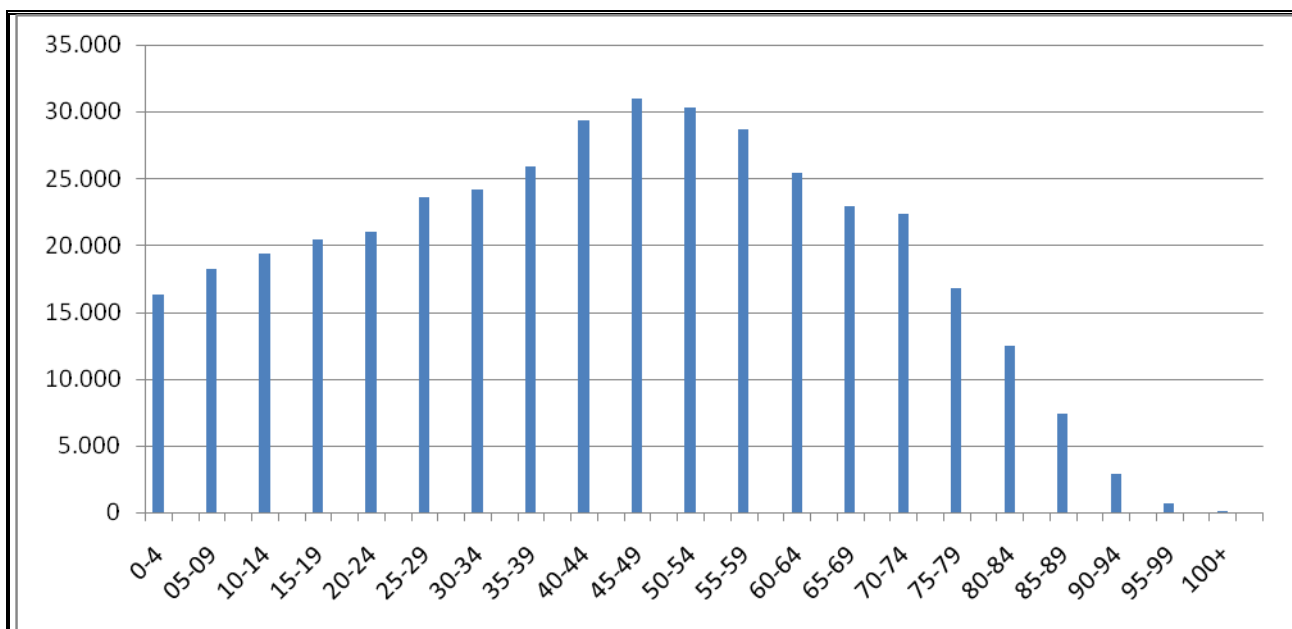
2.1 Il contesto esterno di riferimento

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

<i>Età</i>	<i>Celibi/Nubili</i>	<i>Coniugati/e</i>	<i>Vedovi/e</i>	<i>Divorziati/e</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>Totale</i>	<i>%</i>
0-4	15.398	0	0	0	7.978 <small>51,9%</small>	7.420 <small>48,1%</small>	15.398	4,0%
5-9	17.319	0	0	0	9.029 <small>52,1%</small>	8.290 <small>47,9%</small>	17.319	4,5%
10-14	18.897	0	0	0	9.815 <small>51,9%</small>	9.082 <small>48,1%</small>	18.897	4,9%
15-19	19.843	15	0	1	10.398 <small>52,4%</small>	9.461 <small>47,6%</small>	19.859	5,1%
20-24	19.410	508	0	0	10.271 <small>52,9%</small>	9.647 <small>49,1%</small>	19.918	5,2%
25-29	17.959	2.863	2	35	10.631 <small>59,2%</small>	10.228 <small>57,0%</small>	20.859	5,4%
30-34	13.932	8.065	19	160	11.190 <small>79,6%</small>	10.986 <small>78,0%</small>	22.176	5,7%
35-39	9.694	13.557	57	451	11.971 <small>80,1%</small>	11.788 <small>79,6%</small>	23.759	6,2%
40-44	7.335	18.332	129	932	13.382 <small>80,1%</small>	13.346 <small>79,9%</small>	26.728	6,9%
45-49	6.005	22.136	330	1.472	14.845 <small>79,6%</small>	15.098 <small>79,6%</small>	29.943	7,8%
50-54	4.101	23.361	630	1.707	14.751 <small>79,6%</small>	15.048 <small>79,6%</small>	29.799	7,7%
55-59	3.003	23.312	1.105	1.492	14.208 <small>79,6%</small>	14.704 <small>79,6%</small>	28.912	7,5%
60-64	2.062	20.740	1.780	1.050	12.442 <small>79,6%</small>	13.190 <small>79,6%</small>	25.632	6,6%
65-69	1.515	18.131	2.642	694	10.939 <small>79,6%</small>	12.043 <small>79,6%</small>	22.982	6,0%
70-74	1.212	17.185	4.284	532	10.906 <small>79,6%</small>	12.307 <small>79,6%</small>	23.213	6,0%
75-79	824	10.437	4.786	264	7.393 <small>79,6%</small>	8.918 <small>79,6%</small>	16.311	4,2%
80-84	588	6.644	5.649	154	5.562 <small>79,6%</small>	7.473 <small>79,6%</small>	13.035	3,4%
85-89	363	2.699	4.445	67	2.977 <small>79,6%</small>	4.597 <small>79,6%</small>	7.574	2,0%
90-94	168	633	2.138	18	992 <small>79,6%</small>	1.965 <small>79,6%</small>	2.957	0,8%
95-99	50	75	578	1	165 <small>79,6%</small>	539 <small>79,6%</small>	704	0,2%
100+	6	7	82	1	21 <small>79,6%</small>	75 <small>79,6%</small>	96	0,0%
Totale	159.684	188.700	28.656	9.031	189.866 <small>80,0%</small>	196.205 <small>80,0%</small>	386.071	100,0%

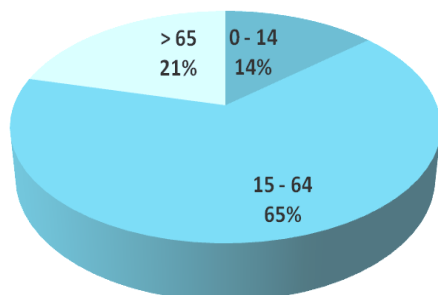
Grafico Età



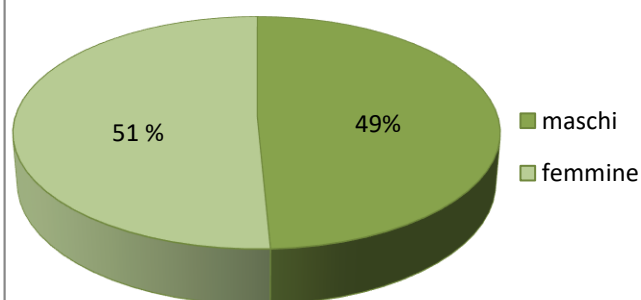
Per Fasce di Età

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).

OBBIETTIVI SULL'EFFICIENTAMENTO ENERGETICO

Il Dipartimento della funzione pubblica, con la nota circolare n. 2/2022 ha evidenziato l'importanza del contributo che può essere apportato dalle amministrazioni pubbliche agli obiettivi legati al risparmio e all'efficientamento energetico, invitando le stesse a valutare l'opportuno inserimento, tra gli obiettivi della Sezione "Valore pubblico, performance, anticorruzione" del PIAO, quelli specifici legati all'efficientamento energetico.

OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI

Gli obiettivi specifici aziendali rappresentano una serie di Azioni concrete che l'Azienda, seppure non obbligata a raggiungere, in quanto non inserite tra quelli assegnati dall'Assessorato, ha inteso attivare, per un uso più razionale dell'energia.

L'**Obiettivo Generale** è quello di intraprendere tutta una serie di misure volte al contenimento dei consumi energetici senza alterare tra l'altro il confort microclimatico dei pazienti, dei dipendenti e degli utenti dell'ASP di Siracusa e di intraprendere tutte quelle azione volte all'efficientamento energetico delle infrastrutture sanitarie.

Gli **Obiettivi Specifici** che l'ASP di Siracusa si è prefissata durante l'anno 2022 e che interesseranno il triennio 2023-2025 si focalizzano sui seguenti punti:

1. Applicazione delle direttive nazionali e regionali riguardanti il contenimento dei consumi energetici e l'applicazione dei sistemi di efficientamento energetico;
2. Campagna di sensibilizzazione dei dipendenti e del cittadino / utente; sull'adozione di buone pratiche in tema di risparmio energetico;
3. Interventi di efficientamento energetico sulle infrastrutture sanitarie.

APPLICAZIONE DELLE DIRETTIVE NAZIONALI E REGIONALI

I continui mutamenti socio-politici in atto in Europa e nel mondo, come la guerra Russo-Ucraina, hanno posto al Governo Nazionale la necessità di adottare misure per garantire la sicurezza degli approvvigionamenti nazionali. Tra le misure da adottare vi sono quelle previste dal Decreto ministeriale del 6 ottobre 2022, n.383, *Piano nazionale contenimento dei consumi di gas nazionale - Misura di contenimento del riscaldamento*. L'ASP di Siracusa con nota prot. n. ASPSR-AMMTEC00-2022-0046238 del 07/11/2022 ha dato disposizioni alla ditta Rekeep, Terzo responsabile degli impianti termici, sui limiti temporali dei periodi di accensione degli impianti termici per l'anno termico 2022/2023 come previsto dal decreto sopraindicato.

Inoltre, nell'ambito di quanto stabilito dal *Piano per la sostenibilità ambientale dei consumi del settore della pubblica amministrazione (PAN GPP)* sono stati definiti i CAM (Criteri Minimi

Ambientali) adottati in Italia grazie all'art. 18 della L. 221/2015 e, successivamente, all'art. 34 recante "Criteri di sostenibilità energetica e ambientale" del D.Lgs. 50/2016 "Codice degli appalti" (modificato dal D.Lgs 56/2017), che ne hanno reso obbligatoria l'applicazione da parte di tutte le stazioni appaltanti. L'applicazione dei Criteri Ambientali Minimi risponde anche all'esigenza della Pubblica amministrazione di razionalizzare i propri consumi energetici, riducendone ove possibile la spesa.

L'ASP di Siracusa nell'abito di nuovi acquisti e per l'affidamento dei servizi di progettazione e di lavori per gli interventi edilizi dispone l'applicazione dei Criteri Ambientali Minimi e in particolare orientare gli interventi ad un uso razionale dell'energia ed ad un miglioramento di efficientamento energetico del sistema edificio-impianto.

CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE

Nell'ottica di un uso razionale dell'energia e conseguenziale riduzione dei consumi, l'ASP di Siracusa effettua una campagna di sensibilizzazione dei dipendenti e degli utenti anche con l'aiuto dei Direttori di Struttura Complessa, nell'adozione di best-practices pratiche in tema di risparmio energetico attraverso una diffusa comunicazione informativa.

Nell'anno 2022 l'ASP di Siracusa con nota prot. n. ASPSR-AMMTEC00-2022-0060006 del 21.12.2022 ha inviato a tutti i Direttori Sanitari e Amministrative dei vari PP.OO. e dei distretti sanitari e a tutti i dipendenti tramite il Direttore dell'UOC Gestione Risorse Umane e il Responsabile UOS Informazione e Comunicazione il vademecum redatto dall'ENEA per gli ospedali volto all'attuazione del Piano Nazionale di Contenimento dei Consumi di Gas Naturale.

INTERVENTI DI EFFICIENTAMENTO ENERGETICO DELLE STRUTTURE SANITARIE

Considerato che le strutture sanitarie sono realtà molto complesse, composte da più edifici caratterizzati da spazi e unità operative diverse, ciascuno ambiente deve poter garantire condizioni specifiche, in termini di riscaldamento e raffrescamento, alimentazione delle apparecchiature, fornitura di acqua calda sanitaria. Disporre di impianti e strutture che permettano di ottimizzare i consumi energetici è sicuramente un vantaggio per la sostenibilità economica dell'Azienda. In questa ottica gli interventi che l'ASP di Siracusa effettuerà sono volti all'efficientamento energetico delle strutture e degli impianti stessi.

Un ruolo fondamentale nell'ambito della efficienza energetica degli impianti lo svolge la manutenzione degli stessi, garantita dal servizio erogato dalla ditta Rekeep S.p.A. nell'ambito di quanto previsto dalla convenzione CONSIP MIES2- Multiservizio tecnologico Integrato con

fornitura di Energia per gli immobili adibiti ad uso Sanitario, in uso, a qualsiasi titolo, alle Pubbliche Amministrazioni Sanitarie. La Rekeep, nella qualità di Terzo Responsabile degli impianti termici, giusta suddetta convenzione ha l'onere dell'esercizio, della conduzione, del controllo e della manutenzione degli impianti termici. La suddetta convenzione ha una durata di sette anni è iniziata nel 2018 e terminerà nel 2025.

Inoltre, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza energetica degli edifici più energivori facenti parte del patrimonio indisponibile dell'ASP di Siracusa, l'Azienda ha ottenuto dei finanziamenti nell'ambito del PO FESR 2014/2020 – Azione 4.1.1 – per l'efficientamento energetico di alcuni edifici dei quali si ripota il piano di realizzazione:

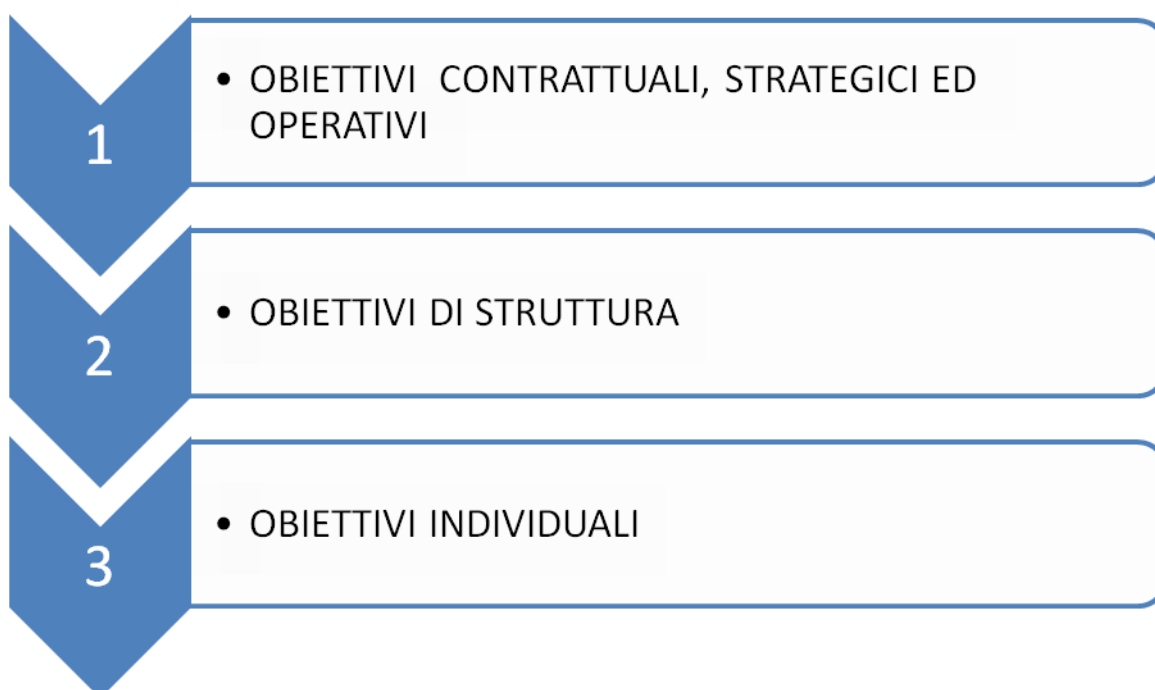
Presidio Interessato dall'Intervento	Descrizione dell'intervento	Anno di avvio previsto dell'intervento	Anno di conclusione dell'intervento salvo imprevisti
PO di Lentini	Lavori di Efficientamento Energetico del Presidio Ospedaliero di Lentini	2021	2023
Provveditorato Pad. 7 Ex ONP (Siracusa)	Lavori di Efficientamento Energetico dell'edificio denominato "Provveditorato" Ex ONP Pad. 7 - Siracusa	2021	2023
PTE Pachino	Lavori di Efficientamento Energetico del Presidio Territoriale di Emergenza di Pachino	2021	2023
P.O. Rizza (Siracusa)	Lavori di Efficientamento Energetico del Presidio Ospedaliero Rizza di Siracusa	2021	2023

L'Obiettivo è quello di indirizzare gli investimenti in Edilizia Sanitaria al miglioramento dell'isolamento termico, alla sostituzione dei corpi illuminanti obsoleti con quelli a tecnologia led e alla sostituzione generatori di calore energivori con generatori efficienti dal punto di vista energetico.

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.



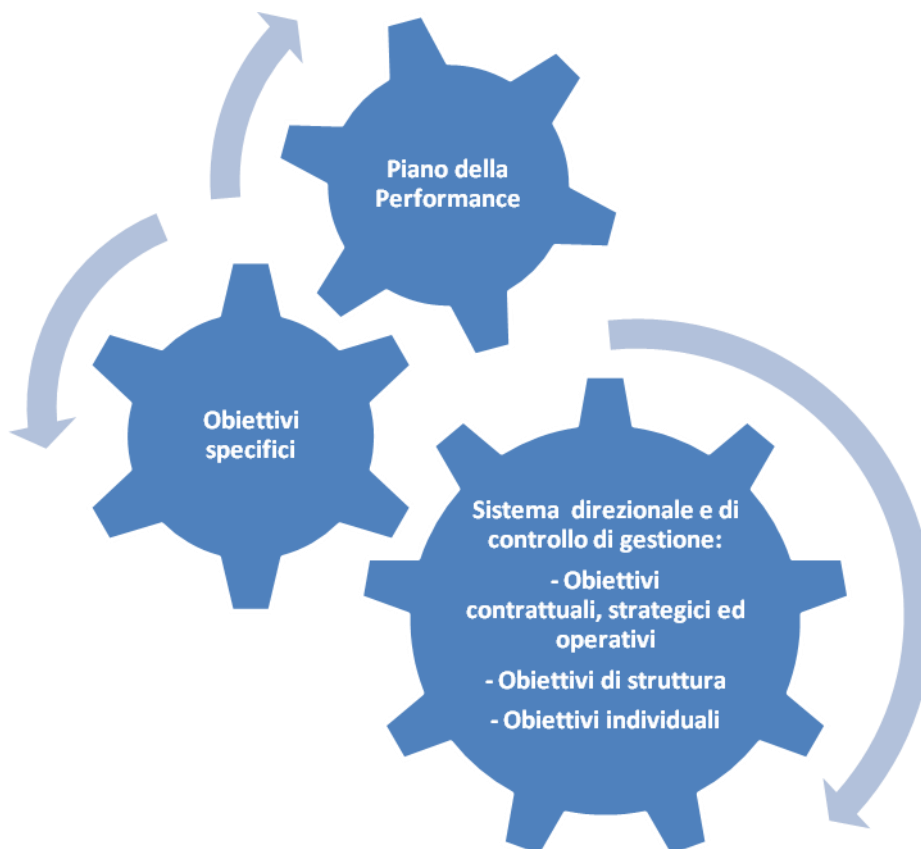
1= Assegnati dall'Assessorato per la Salute alla Direzione Aziendale e a cascata alle varie strutture dell'azienda.

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 2023/2025

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 2023-2025 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.

In sede di sottoscrizione del contratto dei Direttori Generali, l'Assessorato alla Salute ha assegnato gli obiettivi riportati nel grafico successivo.

I suddetti obiettivi sono stati prorogati e risultano ancora in vigore.

Per il raggiungimento degli obiettivi, per il 2022 sono state poste in essere le relative azioni, i cui risultati raggiunti sono in corso di valutazione e verranno riportati nella relazione per la Performance 2022 con scadenza 30/6/2023.

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.

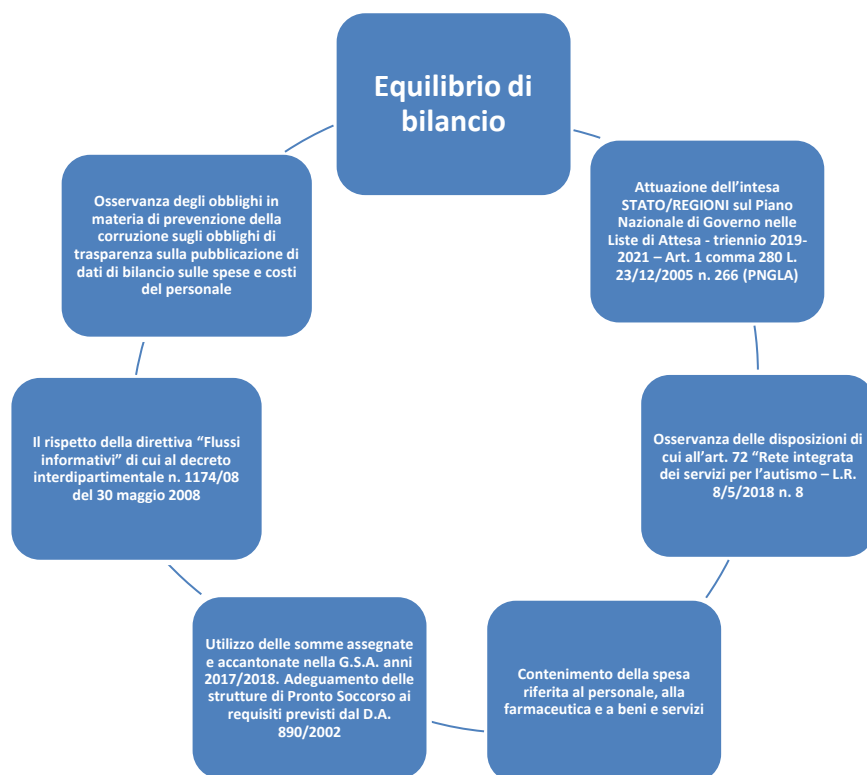
Obiettivi contrattuali generali

**Obiettivi di salute e
funzionamento dei servizi**

Obiettivi specifici Aziendali

OBIETTIVI CONTRATTUALI GENERALI

Gli obiettivi contrattuali generali sono stati attribuiti ai Direttori generali in sede di sottoscrizione del contratto con validità dal 2019 e non ancora rinnovati.



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 riduzione spesa personale a T.D. (art.9 c.28 DL 78/2010)
007	GE	3	A	3a	Esclusivo ricorso a ConsipMePa (escl. gare CUC, Bacino e Beni/Servivi 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 terr./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

Per ogni obiettivo verranno poste in essere le relative azioni oggetto di valutazione, utilizzando lo schema di autovalutazione che annualmente i Direttori Generali sono chiamati a compilare, e che riporteranno il risultato del punteggio raggiunto nel 2022. La relazione contenente il prospetto farà parte della relazione sulla Performance 2022.

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 tutte le azioni correlate.

OBIETTIVI GENERALI

Risultati attesi da contratto:

Nell'espletamento dell'incarico il Direttore Generale, congiuntamente con il Direttore Amministrativo e Sanitario, ognuno per quanto di propria competenza, secondo quanto previsto dai rispettivi contratti – è tenuto al perseguimento degli obiettivi generali stabiliti dalla normativa vigente, contenuti nel contratto sottoscritto dal Direttore Generale, riportati nel precedente schema e che di seguito vengono elencati:

01 – Raggiungimento annuale dell'equilibrio di bilancio

Raggiungimento in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore Regionale alla Salute.

02 –Adempimenti Piano Regionale Governo Liste Attesa

Osservanza degli adempimenti prescritti a pene di decadenza automatica, ai sensi del comma 7 bis, dell'art. 3 bis del D.lg.s. 502/1992 e s.m.i. dal Piano Regionale di Governo delle liste di attesa (PRGLA), predisposto in attuazione dell'intesa Sato/Regioni sul Piano Nazionale sulle liste d'attesa per il triennio 2019/2021 di cui all'art. 1 comma 280 della Legge 23/12/2005 n. 266 (PNGLA) al fine del superamento delle criticità connesse ai lunghi tempi d'attesa.

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

Osservanza delle disposizioni di cui all'art. 72 "Rete integrata servizi per l'autismo" L.R. 8/5/2018 n. 8

04 - Osservanza politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa

Osservanza delle politiche Regionali e Nazionali di contenimento della spesa, con particolare riguardo:

- Al tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda ai sensi del comma 584 dell'art. 1 della L. 23/12/2014 n. 190 che modificando il comma 3 dell'art. 17 del D.L. 6/7/2011 n. 98, convertito con modificazioni della L. 15/7/2011 n. 111, ha esposto fino al 2020 le misure di cui ai commi 71 e 72 dell'Art. 2 della L. n. 191/2009

- Al programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato, da redigere nel rispetto dell'art. 9 comma 28 del D.L. 31/5/2010 n. 78, convertito dalla L. 30/7/2010 n. 122, secondo percentuali e tempistiche individuati nel programma stesso che, corredato da apposita relazione, dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assessorato.
- All'acquisto di beni e servizi nel rispetto della normativa vigente di cui al codice dei contratti. In particolare, fatte salve le gare centralizzate programmate (PUC e/o di bacino) dovrà farsi ricorso esclusivamente alle procedure COPNSI e MEPA ai sensi dell'art. 15, comma 13, lettera d) della L. 7/8/2012 n. 135 di conversione con modificazioni del D.L. n. 6/2012 n. 95 per le categorie merceologiche ivi presti e quantitativamente prevalenti allo specifico fabbisogno e comunque nel rispetto delle normative regionali e nazionali e dei relativi atti regolamentari e/o attuativi nel caso in cui i prezzi siano competitivi rispetto a quelli forniti da altri operatori. Il ricorso a procedure negoziali d'urgenza con esclusione dei casi di privatizzazione industriale non giustificato e sistematico ed il rinnovo di contratti in difetto di programmazione, potranno costituire causa di rescissione unilaterale da parte dell'Amministrazione.
- All'assistenza farmaceutica territoriale / ospedaliera sarà obbligo del rispetto delle somme definite in sede di negoziazione.
- **05 -Utilizzo somme assegnate per l'adeguamento dei PP.SS.**

Per l'area di emergenza / urgenza e per il Pronto Soccorso, l'attivazione delle procedure connesso al completo utilizzo delle somme assegnate a valere sulle risorse residue accantonate nella G.S.A.

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

06 - Osservanza degli obblighi in materia di Flussi informativi

Osservanza degli obblighi in materia di flussi informativi di istituzione sia regionale che nazionale, con particolare riguardo al rispetto dei tempi di trasmissione, alla qualità del dato, anche in termini di coerenza con altre fonti informative e, di completezza, avuto riguardo tanto alle strutture di competenza dell'Azienda che alla periodicità di ciascun file, secondo i criteri di valutazione indicati dall'Assessorato.

07 - Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione

Con riferimento ai rischi corruttivi in Sanità nonché degli obblighi di trasparenza di cui al D.L. 14/3/2013 n. 33, come modificato dal D.L. 25/5/2016 n. 97, al fine di rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione dai cittadini, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese ed ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico.

08 - Osservanza disposizioni regionali in materia di Libera Professione Intramuraria

Ai sensi dell'art. 1 comma 7 della L. 3/8/2007 n. 120 e s.m.i.

OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

Gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi fanno riferimento alla sottostante tabella ove, per ciascun obiettivo e subobiettivo, sono specificate le modalità di valutazione / misurazione (criteri e indicatori, il valore atteso ed il relativo punteggio).

		Peso
1. Screening oncologici	- Tumore della cervice uterina	3
	- Tumore della cervice uterina	3
	- Tumore del colon retto	3
2. Esiti	- Frattura del femore	5
	- Parti cesarei	5
	- Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI	5
	- Colectomia laparoscopica	5
3. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa		10
4. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti di nascita		10
5. Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento		10
6. Donazione organi		3
7. Prescrizioni in modalità dematerializzata		5
8. Fascicolo Sanitario Elettronico		5
9. Percorso di Certificabilità		5
10. <i>Piani di efficientamento e riqualificazione</i>	(solo per Aziende Ospedaliere / Univ)	
11. Piani Attuativi Aziendali	- Area Sanità pubblica e prevenzione	5
	- Area qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti	9
	- Area assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria	9
	-	
Totale punteggio		100

OBIETTIVO 1: Screening

DESCRIZIONE	<p>Gli screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colonretto) sono posti fra i Livelli Essenziali di Assistenza in quanto efficaci nel ridurre la mortalità e devono essere garantiti a tutta la popolazione siciliana.</p> <p>Gli inviti devono raggiungere tutta la popolazione target (estensione 100%).</p> <p>I livelli di adesione richiesti dal Ministero della salute sono 50% per il tumore della cervice e del colonretto, 60% per il tumore della mammella.</p> <p>Per calcolare la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle ASP sarà utilizzato l'indicatore della griglia LEA «n. di test eseguiti/popolazione target», che tiene conto sia dell'estensione che dell'adesione.</p> <p>Nel caso delle AO (come pure delle ASP) sarà utilizzato l'adempimento alle prescrizioni della Circolare n. 5 del 16.3.2016e della Circolare n. 18 del 4.10.2018, nonché del Piano Regionale Della Prevenzione.</p>
PUNTEGGIO	9 PUNTI (3 per ogni screening) per le ASP
NOTA	Per il calcolo della popolazione target si fa riferimento al dato ISTAT, diviso 3 per il tumore della cervice uterina, e diviso 2 per il tumore della mammella e del colon retto.
<p>I dati dell'Osservatorio Nazionale Screening e del sistema di sorveglianza PASSI mostrano che il ricorso alla diagnosi precoce è inferiore in Sicilia rispetto alla media del Paese. Nel 2010 il CCM ha approvato il "Progetto per il miglioramento degli screening oncologici nella Regione Sicilia" presentato dalla Regione nel 2009, consentendo così alla Regione Siciliana di implementare lo sviluppo degli screening a valere sui finanziamenti dedicati.</p> <p>Grazie agli sforzi profusi si è assistito ad un notevole miglioramento rispetto alla situazione di partenza, ma non sono stati ancora raggiunti gli standard nazionali richiesti, pertanto è necessario un ulteriore impegno per aumentare l'estensione reale dei programmi di screening e l'adesione della popolazione bersaglio.</p> <p>Con la Circolare Assessoriale n. 5 del 16.3.2016, pubblicata sulla GURS n. 14 dell'1.4.2016, e con la Circolare Assessoriale n. 18 del 4.10.2018, pubblicata sulla GURS n. 45 del 19.10.2018, sono state sottolineate le azioni necessarie ad ottenere il potenziamento degli screening oncologici, in accordo al Piano Regionale della Prevenzione</p>	
INDICATORI	<p>L'indicatore di risultato, per ciascuno dei 3 screening, è il numero di persone che hanno effettivamente eseguito il test in rapporto alla popolazione target annuale (tutti quelli che avrebbero dovuto eseguirlo), cioè $n. \text{ test} / \text{popolazione target annuale}$ (indicatore LEA).</p> <p>La popolazione target annuale è:</p> <ul style="list-style-type: none">per lo screening del cervicocarcinoma, donne residenti 25-64 anni (dato ISTAT) / 3 (il test va fatto ogni 3anni);per lo screening del tumore della mammella, donne residenti 50-69 anni (dato ISTAT) / 2 (il test va fatto ogni 2anni);per lo screening del tumore del colonretto, uomini e donne residenti 50- 69 anni (dato ISTAT) / 2 (il test va fatto ogni 2anni).

INDICATORI	<p>Dalla popolazione target possono essere sottratte le persone con motivi, certificati dal MMG o eventualmente dai Registri Tumori, di esclusione:</p> <p>per lo screening del cervicocarcinoma, donne isterectomizzate o con diagnosi di cervicocarcinoma da meno di 5 anni;</p> <p>per lo screening del tumore della mammella, donne con mastectomia totale o con diagnosi di tumore della mammella da meno di 5 anni;</p> <p>per lo screening del tumore del colonretto, uomini e donne con malattia infiammatoria del colon (M. di Chron e rettocolite ulcerosa), con colectomia totale o con diagnosi di tumore del colonretto da meno di 5 anni.</p> <p>Oltre all'obiettivo di risultato vanno raggiunti anche gli obiettivi di processo contenuti nel Piano Regionale della Prevenzione e nelle Circolari citate:</p> <p>Effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP(SI/NO)</p> <p>Coinvolgimento e collaborazione MMG (% MMG con pulzialiste)</p> <p>Aggiornamento banca dati anagrafica(SI/NO)</p> <p>Presenza PDTA per ogni screening(SI/NO)</p> <p>Utilizzo HPV-DNA come test primario(SI/NO)</p>																		
VALORI OBIETTIVO	<p>Il Ministero della Salute prevede che si raggiunga il 100% di estensione su tutti e 3 gli screening, con il 50% di adesione per il cervicocarcinoma e il tumore del colonretto, e il 60% per il tumore della mammella; ne consegue che i relativi indicatori LEA (che si ottengono moltiplicando adesione per estensione) sono 50% per il cervicocarcinoma e il tumore del colonretto, e 60% per il tumore della mammella.</p>																		
SCALA (per ogni screening)	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Indicatore LEA<5% = 0</td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%; text-align: right;">30-34% =6</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">5-9% =1</td> <td style="text-align: right;">35-39% =7</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">10-14% =2</td> <td style="text-align: right;">40-44% =8</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">15-19% =3</td> <td style="text-align: right;">45-49% =9</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">20-24% =4</td> <td style="text-align: right;">50+% = 10</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">25-29% =5</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Il massimo punteggio ottenibile è quindi 30, e in rapporto alla percentuale di 30 raggiunta saranno assegnati in proporzione i 9 punti</p>	Indicatore LEA<5% = 0		30-34% =6		5-9% =1	35-39% =7		10-14% =2	40-44% =8		15-19% =3	45-49% =9		20-24% =4	50+% = 10		25-29% =5	
Indicatore LEA<5% = 0		30-34% =6																	
	5-9% =1	35-39% =7																	
	10-14% =2	40-44% =8																	
	15-19% =3	45-49% =9																	
	20-24% =4	50+% = 10																	
	25-29% =5																		
VALORIZZAZIONE OBIETTIVI DI PROCESSO	<p>Il punteggio ottenuto tramite indicatore LEA sarà proporzionalmente aumentato (comunque fino a un massimo di 9) o ridotto in relazione al raggiungimento o meno degli obiettivi di processo: punti 0,5 per il primo, il terzo e il quarto, punti 2 (ridotti in proporzione alla percentuale di raggiungimento) per il secondo e punti 1 per il quinto (ridotto se non coperto tutto il territorio di competenza).</p>																		
TRACKING	<p>Monitoraggio con periodicità quadrimestrale attraverso l'invio da parte delle ASP dei files nominativi individuali, contenenti dati anagrafici, data di invito al test ed esecuzione del test, prodotti dai programmi gestionali degli screening</p> <p>– Relazione – Accertamenti ispettivi.</p>																		

OBIETTIVO 2: Esiti

DESCRIZIONE	<p>La Sicilia è una delle prime regioni italiane ad avere introdotto la valutazione dei Direttori Generali anche attraverso l'assegnazione a partire dagli anni 2011 di obiettivi operativi misurabili tramite indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti(PNE).</p> <p>Alla luce del buon risultato prodotto da tale modalità si propone per il periodo in esame di continuare ad impiegare i quattro sub obiettivi utilizzati in precedenza</p> <p>Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura femore <i>over</i> 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2giorni;</p> <p>Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne nonprecesarizzate;</p> <p>Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1giorno;</p> <p>Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni. Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi relativi a ciascun sub-obiettivo.</p>
PUNTEGGIO	20 (5 per ogni sub obiettivo)

SUB-OBIETTIVO 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65

Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore è di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale.

Poiché le SDO, ad oggi disponibili non presentano caratteristiche di validità tali da garantire l'ora del ricovero, **quale parametro proxy si adotta il numero di interventi chirurgici eseguiti entro il giorno successivo a quello del ricovero, facendo riferimento alla data del ricovero e alla data dell'intervento** (entro un intervallo ricovero/intervento di 0-2 giorni* - cfrNote).

INDICATORE	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti <i>over 65</i>** (compresi quelle sulle quali non c'è stato intervento chirurgico).
VALORE OBIETTIVO	Media delle migliori 10 strutture italiane (fonte PNE 2017): 94,3%
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto a partire da un valore minimo del 60% definibile come valore zero della scala di misura. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzionelineare.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di auditing da parte dei servizi competenti e di Agenas.
PUNTEGGIO	5/20
NOTE	L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente. Si evidenzia che le linee guida internazionali, cui deve uniformarsi la pratica clinica corrente da parte degli operatori, prevedono che l'intervento per frattura del collo del femore avvenga entro 48h dall'arrivo in presidio. Per il periodo in esame si continua a fare ricorso all'indicatore <i>proxyintervallo 0-2 giorni</i> in quanto il flusso informativo SDO non presenta caratteristiche di validità tali da rilevare l'informazione sul tempo espresso in minuti. Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).

SUB-OBIET 2.2: Riduz. incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)

La Regione Siciliana è riuscita nell'ultimo quinquennio a ridurre significativamente il ricorso alla procedura di Taglio cesareo al fine di rendere sempre più appropriata e allineata a parametri e evidenze nazionali e internazionali la pratica clinica di assistenza riferita al momento del parto.

INDICATORE	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo
VALORE OBIETTIVO	Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti anno = massimo15% Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti anno = massimo25%
SCALA	IL raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla media regionale dell'anno precedente rispettivamente : (26%/ e 28%) per ciascuno dei due livelli/soglia individuati e il rispettivo valore obiettivo. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Nel caso in cui le AO e le ASP abbiano sia maternità di I livello che maternità di II livello, il punteggio complessivo sarà applicato proporzionalmente al pesodei due differenti strati.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di <i>auditing</i> da parte dei servizi competenti e di Agenas.
PUNTEGGIO	5/20
NOTE	L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente. Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).

SUB-OBIETTIVO 2.3.1 : Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI

La tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di I.M.A. STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente stesso e pertanto deve essere fatta oggetto di monitoraggio.

Quale indicatore è stato individuato, in coerenza con i programmi nazionali di monitoraggio, la percentuale di P.T.C.A. effettuate nel giorno successivo a quello del ricovero (data di ricovero) con diagnosi certa di I.M.A. STEMI (quindi entro un intervallo massimo ricovero/intervento di 0-1 giorno).

INDICATORE	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno* (cfr. note) dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI/ numero totale di I.M.A. STEMI**diagnosticati***
VALORE OBIETTIVO	Media delle migliori 10 strutture italiane (fonte PNE 2017): 91,8%
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente allo standard del DM 70 (60%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di auditing da parte dei servizi competenti e di Agenas.
PUNTEGGIO	5/20
NOTE	L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente. Si evidenzia che le linee guida internazionali, cui deve uniformarsi la pratica clinica corrente da parte degli operatori, prevedono l'esecuzione della procedura PTCA sui casi di IMA-STEMI entro 90 minuti. Tuttavia poiché il flusso informativo SDO non consente per caratteristiche di completezza non ancora validate informazioni sul tempo espresso in minuti, si continua a fare ricorso all'indicatore proxy <i>intervallo 0-1 giorno</i> . Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).

SUB-OBIETTIVO 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

La colelitiasi è una condizione molto diffusa caratterizzata dalla presenza di calcoli nella colecisti e/o nelle vie biliari; interessa maggiormente le donne, con un rapporto femmine/maschi di 2 a 1. La colecistite acuta è un'infezione acuta della parete della colecisti, accompagnata da una colelitiasi nel 95% dei casi; la forma cronica è spesso caratterizzata da coliche ricorrenti e da una colecisti contratta, fibrotica, a pareti ispessite. La colelitiasi con o senza colecistite costituisce una importante causa di ricorso alla chirurgia addominale. L'intervento può essere effettuato in laparoscopia o a cielo aperto (laparotomia). La colecistectomia per via laparoscopica è oggi considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una recente revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomica. La prima è tuttavia associata ad una degenza e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto.

INDICATORE	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.**
VALORE OBIETTIVO	Media delle migliori 10 strutture in Italia Fonte PNE 2017:95,3%
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente al valore medio regionale attestabile al 70%. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di auditing da parte dei servizi competenti e di Agenas.
PUNTEGGIO	5/20
NOTE	L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente. Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).

OBIETTIVO 3 : Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA

La Regione Siciliana provvederà ad adottare il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (**PRGLA**) entro 60 giorni dalla stipula dell'Intesa Stato Regioni sul Piano Nazionale Governo delle Liste d'Attesa 2019-2021 (**PNGLA**). Entro 60 giorni dall'adozione del PRGLA, le Aziende Sanitarie provvederanno ad adottare i propri **Programmi Attuativi Aziendali**, in coerenza con quanto definito in ambito regionale.

Attraverso questo obiettivo l'Assessorato della Salute effettuerà il monitoraggio della garanzia dei tempi di attesa e degli interventi attuati dalle Aziende Sanitarie nell'ambito Programma Attuativo Aziendale.

Nel PRGLA saranno considerati i seguenti monitoraggi:

- Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali
- Monitoraggio ex post delle attività di ricovero
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP;
- Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda. Il modello RAO: i) prevede il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e soggetti erogatori; ii) indica i criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni facendo riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" già condiviso dalla Regione Siciliana.

PUNTEGGI		SUB OBIETTIVI	INDICATORI
10	4	Monitoraggio ex ante	Σ NumPrestaz. Richieste (da 1 a 69) / Tot Prestaz. Prenotate in classe B
		(dati riferiti alle settimane indice)	Σ NumPrestaz. Richieste (da 1 a 69) / Tot Prestaz. Prenotate in classe D
			Σ NumPrestaz. Richieste (da 1 a 69) / Tot Prestaz. Prenotate in classe P
	2	Monitoraggio ex post	Σ NumPrestaz. Garantite (da 1 a 8) entro tempi B / Tot Prestaz. classe B
	(dati riferiti alla media del periodo)	Σ NumPrestaz. Garantite (da 1 a 8) entro tempi D / Tot Prestaz. classe D	
	2	Monitoraggio Ricoveri	\geq al valore mediano osservato della distribuzione (II quartile) 2016
	2	CheckList IGD IGO	Realizzazione di tutte le attività previste nella Check-List nei termini ivi indicati

OBIETTIVO 4 : garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR

Referente obiettivo: DASOE - Servizio 8

L'obiettivo viene declinato in due sub obiettivi:

4.1) Puntinascita

Al fine di incrementare la sicurezza e la qualità dei punti nascita della Regione Sicilia, è stata predisposta una Checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di I livello, dei punti nascita in deroga e dei punti nascita di II livello, in coerenza all'Accordo Stato – Regioni del 16 dicembre 2010 e al Decreto Assessoriale 2536 del 2 dicembre 2011 “Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita”.

Le Aziende sanitarie con Punto Nascita dovranno garantire il raggiungimento di tutti i requisiti contemplati dalla Checklist. I dati dovranno essere inseriti sulla piattaforma qualitasiciliassr. Saranno effettuate verifiche a campione sulla congruità dei dati inseriti.

4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali

Al fine di monitorare le modalità organizzative predisposte per migliorare il livello di appropriatezza e di sicurezza delle prestazioni erogate dai Punti Nascita di 1° e di 2° livello (come previsto dal Accordo CSR 16/12/2010, recepito dal DA 2/12/2011 e s.m.i.) sono stati previsti indicatori di monitoraggio dedicati:

a) nei PN senza UTIN

- Garantire che venga data assistenza alla gravidanza e al parto esclusivamente a partire da età gestazionale \geq a 34 settimane compiute.
- Se con età gestazione inferiore a 34 settimane ricovero inferiore a 24 ore (appropriatezza organizzativa)
- Garantire la corretta selezione della tipologia e del livello assistenziale della casistica in ingresso e ridurre il tasso di trasferimento dei neonati dal punto nascita verso UTIN di riferimento

b) nei PN con UTIN

- Predisporre un modello organizzativo che contemperi appropriatezza clinica e corretto utilizzo delle risorse, attraverso il trasferimento dei neonati da Terapia Intensiva a Patologia Neonatale nel corso del ciclo di cura.
- Definire i criteri di ricovero in TIN (cod. 73) e Patologia Neonatale (62) e gli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione.

<p>INDICATORI</p>	<p>4.1) Puntinascita</p> <p>Numero requisiti garantiti/ Totale requisiti previsti dalla Checklist</p> <p>Pre-requisito per il calcolo dell'indicatore 1</p> <p>Costituisce pre-requisito l'obbligatorietà dei requisiti relativi alla presenza del personale ostetrico, ginecologico, della guardia attiva H24 anestesiologicala e pediatrico/neonatalogica H24, della garanzia degli esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini e la disponibilità di emotrasfusioni h24 e della presenza di una sala operatoria che deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel bloccotravaglio-parto</p> <p>4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</p> <p>4.2.1) Nei PN senza(TIN):</p> <p>4.2.1.1) Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) VALORI OBIETTIVO: 0 (Fonte: SDO e CEDAP)</p> <p>4.2.1.2) Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita Numeratore: neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita Denominatore: totale neonatiricoverati</p> <p>4.2.2) Nei PN (conTIN):</p> <p>4.2.2.1) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio VALORI OBIETTIVO SI <i>[Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali. Il controllo dovrà verificare la coerenza tra cartelle clinica e rispetto dei criteri di ricovero del presente documento. Il report trimestrale dovrà prevedere le seguenti informazioni</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice73</i> - <i>Numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice73]</i> <p>4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730). Numeratore: Numero neonati direttamente dimessi (modalità dimissione: codice 2 dimissione ordinaria a domicilio del paziente) da TIN (Cod. 73) Denominatore: Totale dei neonati ricoverati (accettati) nella TIN (cod.73) al netto dei deceduti (modalità dimissione: codice1)</p>
<p>VALORI OBIETTIVO</p>	<p>4.1) Puntinascita</p> <p>Livello I - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 100% Soddisfacimento del 100% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</p> <p>Livello II - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 90% Soddisfacimento del 95% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</p> <p>Livello III - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 75% Soddisfacimento del 85% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</p> <p>4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</p> <p>4.2.1.1)0 (Fonte: SDO e CEDAP)</p> <p>4.2.1.2)< 8% (Fonte SDO)</p> <p>4.2.2.1) SI</p> <p><i>[Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali. Il controllo dovrà verificare la coerenza tra cartelle clinica e rispetto dei criteri di ricovero del presente documento. Il report trimestrale dovrà prevedere le seguenti informazioni</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73</i> - <i>Numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice73</i> - <i>Numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice73]</i>

	<p>4.2.2.2)</p> <p><10% (2016);</p> <p>< 7%(2017)</p> <p>< 5%(2018)</p>
SCALA	<p>1) Puntinascita</p> <p>Livello I SI/NO. (SI = 100% del valore dell'obiettivo) Nel caso di NO si passa al Livello II</p> <p>Livello II SI/NO. (SI = 90% del valore dell'obiettivo) Nel caso di NO si passa al Livello III</p> <p>Livello III SI/NO. (SI = 75% del valore dell'obiettivo) Nel caso di NO l'obiettivo non è raggiunto</p> <p>L'assenza del pre-requisito non consente il raggiungimento dell'obiettivo.</p> <p>2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</p> <p>SI/NO</p>
TRACKING	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio intermedio - Monitoraggio finale a fine mandato
PUNTEGGIO	<p>10</p> <p>4.1) Punti nascita - punteggio 5</p> <p>4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali – punteggio 5</p>

OBIETTIVO 5: Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (Scheda aggiornata – sostituisce integralmente la precedente)

Con D.A. 1584/2018 sono state adottate le “Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di pronto soccorso della Regione Sicilia” pubblicate sulla GURS n. 41 del 21/9/2018 con lo scopo di fornire alle aziende sanitarie le strategie per contrastare e gestire il fenomeno del sovraffollamento nei servizi di Pronto Soccorso (PS) e prevenire le sue conseguenze negative in termini di outcome e potenziali eventi avversi.

L’obiettivo principale delle linee di indirizzo è quello di contrastare il sovraffollamento attraverso il monitoraggio continuo, l’analisi delle criticità e l’attuazione degli specifici interventi volti alla riduzione del fenomeno, da attivare in rapporto alla gravità delle situazioni (Non sovraffollamento, Sovraffollamento, Sovraffollamento severo) attraverso i Piani Aziendali per la Gestione del Sovraffollamento.

Con Direttiva Assessoriale n. 9348/19 è stata richiamata l’attenzione delle Direzioni strategiche aziendali al problema del sovraffollamento dei PS e alla effettiva attuazione delle suddette linee di indirizzo, che rivestono carattere di assoluta priorità per il S.S.R., garantendo in modo sistematico le seguenti attività:

- il monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento;
- l’attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;
- l’adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento.

Per la valutazione del presente obiettivo saranno considerati l’indicatore di efficienza operativa (indicatore di outcome) e l’attuazione degli attività previste dal D.A. 1584/2018 per la gestione del sovraffollamento (indicatore di processo).

A. Miglioramento annuale e progressivo dell’indicatore di efficienza operativa–D.A.1584/2018

L’indicatore di efficienza operativa, approvato con D.A. 1584/2018, misura la capacità da parte del Pronto Soccorso di dimettere/ricoverare i pazienti entro le 24 ore, al di là del numero dei posti tecnici presidiati ovvero a prescindere dalla capacità di ricezione del PS. L’indicatore è costruito rapportando i pazienti "oltre le 24 h" sui pazienti "entro le 24h".

Il valore ideale dell’indicatore è zero, in quanto non dovrebbe essere presente alcun paziente con una permanenza maggiore di 24h. Tuttavia, vista la frequenza dei pazienti con permanenze elevate nei nostri PS e considerata la necessità di dover includere anche la quota di pazienti che accedono all’OBI (dato non tracciabile dal flusso EMUR) appare opportuno fissare a un livello $\leq 0,05$ il valore atteso di accettabilità (come comunicato con la direttiva assessoriale 9348/19).

Per quanto sopra ci si attende che le aziende sanitarie migliorino progressivamente il valore di tale indicatore nel triennio 2019 - 2021 con l’obiettivo finale di raggiungere quanto più vicino al valore atteso ottimale di 0,05. A tal fine viene di seguito presentato il criterio del “miglioramento relativo annuale dell’efficienza operativa” sia per le aziende con un unico PS, sia nelle aziende con più PS.

B. Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive

Saranno altresì considerati come indicatori di processo gli adempimenti al D.A. 1584/2018, quali il

- il monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento (Azione1);
- l’attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento (Azione2);
- l’adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento (Azione3);
- la relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori (Azione 4);

<p>INDICATORI</p>	<p>Indicatore A. Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa (outcome)</p> $Efficienza\ operativa(t) = Eff(t) = \frac{n. pz\ con\ permanenze > 24\ H\ al\ PS\ al\ tempo\ t}{n. pz\ con\ permanenze > 24\ H\ al\ PS\ al\ tempo\ t} \cdot \frac{K2(t)+K3(t)}{K1(t)}$ <p>[valore di accettabilità ≤ 0,05 – come da Direttiva Assessoriale n.9348/19]</p> <p>L'indicatore sarà calcolato considerando le misurazioni di K1, K2 e K3 alle ore 6:00 di ogni giorno nel 2019 (dalla data di conferimento degli obiettivi), nel 2020 e nel2021.</p> <p>Sulla base dei risultati l'Assessorato si riserverà tramite apposita direttiva di apportare modificare sul calcolo dell'indicatore qualora dovessero emergere criticità.</p> <p>Indicatore B. Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo)</p> <p>Evidenza dell'attuazione dei seguenti adempimenti</p> <p>Azione 1: monitoraggio continuo del sovraccollamento sulla base degli indicatori di sovraccollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ;</p> <p>Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraccollamento;</p> <p>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraccollamento;</p> <p>Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori;</p>
<p>VALORI OBIETTIVO</p>	<p>Indicatore A</p> <p>Per l'indicatore $Eff(t)$ sarà considerato il "miglioramento relativo annuale dell'efficienza operativa", come di seguito indicato:</p> $\Delta Eff(t+1) = \frac{Eff(t) - Eff(t+1)}{Eff(t)}$ <p>Il miglioramento dell'indicatore $Eff(t)$ sarà valutato confrontando lo stesso con il valore dell'anno successivo $Eff(t+1)$, considerando la variazione relativa tra due anni che è data dalla seguente formula:</p> $\Delta Eff(t+1) = \frac{Eff(t) - Eff(t+1)}{Eff(t)}$ <p>"t" rappresenta l'anno di partenza "t+1" rappresenta l'anno successivo.</p> <p>Nell'allegato 1 si riporta una simulazione dell' $\Delta Eff(t+1)$ applicato con diversi valori di partenza di efficienza operativa e differenti livelli di miglioramenti. Il valore ideale di $\Delta Eff(t+1)$ è 0,05</p>

	<p>Indicatore B le evidenze documentali dovranno dimostrare l'adempimento delle azioni seguenti (SI/NO) per singolo PS: Azione 1: avvenuto monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento; Azione 2: attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento; Azione 3: effettiva adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento; Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori.</p>
SCALA	<p>Indicatore A</p> <p>[per singolo pronto soccorso] Per la valutazione dell'obiettivo saranno considerate le seguenti categorie che sono applicate solo per i valori di $Eff(t)$ superiori a 0,25</p> <p style="text-align: center;"><i>Se $\Delta Eff(t+1) < 30\%$ = mancatoraggiungimentodell'obiettivo</i> <i>Se $30\% \leq \Delta Eff(t+1) < 65\%$ obiettivoraggiuntoal50%</i> <i>Se $\Delta Eff(t+1) \geq 65\%$ obiettivoraggiuntoal100%</i></p> <p>Nei casi in cui i valori di $\Delta Eff(t)$ risultassero inferiori a 0,25 sarà sufficiente ottenere un miglioramento tra i due anni consecutivi di almeno il 25% come indicato nell'allegato 1.</p> <p>[Nelle aziende con più pronto soccorso] Nelle aziende che hanno più di un pronto soccorso sarà calcolata la media aritmetica dei valori raggiunti secondo la scala di valutazione sopra indicata. A titolo esemplificativo si riporta una simulazione applicata ad una azienda sanitaria con 6 PS.</p> <p style="text-align: center;"><i>Se mediadei$\Delta Eff < 30\%$ = mancatoraggiungimentodell'obiettivo</i> <i>Se $30\% \leq \mathbf{mediadei} \Delta Eff < 65\%$ obiettivoraggiuntoal50%</i> <i>Se mediadei$\Delta Eff \geq 65\%$ obiettivoraggiuntoal100%</i></p> <p>Indicatore B SI = 100% (Azione 1+ Azione 2 + Azione 3+ Azione 4) NO = 0%</p>
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	<p>80% del punteggio per l'Indicatore A</p> <p>20% del punteggio per Indicatore B</p>

OBIETTIVO 6: DONAZIONE ORGANI E TESSUTI

Nell'anno 2018 la donazione d'organi e tessuti in Sicilia ha subito un notevole decremento rispetto ai traguardi raggiunti nell'anno 2017. Infatti, nel 2018 il numero di accertamenti di morte con metodo neurologico è stato di 27,8 pmp contro i 30,5 dell'anno 2017 e gli oltre 43 pmp della media nazionale. Inoltre, il numero di donatori procurati del 2018 è stato di 11,2 pmp contro 18,1 pmp del 2017 e gli oltre 27 della media nazionale. Infine, il tasso di opposizione registrato nel 2018 è stato pari al 47% contro il 37% del 2017 e circa il 28% della medianazionale.

Parimenti, per quanto concerne il procurement del tessuto corneale è stata registrata nell'anno 2018 una contrazione rispetto all'anno precedente attestandosi su 104 cornee prelevate contro 118 del 2017 in un contesto che prevede un fabbisogno regionale stimato di oltre 600 cornee/anno.

In relazione alla necessità di migliorare il procurement degli organi solidi e dei tessuti, si ravvisa l'esigenza di attribuire i seguenti obiettivi alle aziende sanitarie.

Gli indicatori e i valori target sono relativi all'anno 2019; per l'anno 2020 verranno definiti anche in base ai risultati conseguiti nell'anno precedente

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none">1. Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020) (PESO10%)2. Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2019 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2018. (PESO 30%)3. Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% (PESO 30%)4. Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO20%)5. Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. (PESO10%)
VALORI OBIETTIVO e SCALA	<ol style="list-style-type: none">1. SI / NO2. L'obiettivo sarà raggiunto al 100% se l'incremento del numero di accertamenti dell'anno 2019 sarà pari o superiore al 20% rispetto all'anno 2018. L'obiettivo sarà raggiunto all'80% se l'incremento del numero di accertamenti 2019 sarà non inferiore al 15%. L'obiettivo sarà raggiunto all'50% se l'incremento del numeri di accertamenti 2019sarànoninferioreal10%.L'obiettivosaràconsideratonon raggiunto se l'incremento registrato nell'anno 2019 sarà inferiore al 10%.3. L'obiettivo sarà raggiunto al 100% se, nell'anno 2019, il tasso di opposizione sarà non superiore al 38%. L'obiettivo sarà raggiunto all' 80% se nell'anno 2019 il tasso di opposizione sarà non superiore al 41%. L'obiettivo sarà raggiunto al 50% se nell'anno 2019 il tasso di opposizione sarà non superiore al 45%. L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se il tasso di opposizione registrato nell'anno 2019 sarà superiore al 45%.

	<p>4. L'obiettivo sarà considerato raggiunto al 100% se nell'anno 2019 l'incremento del numero di cornee procurate sarà maggiore o uguale al 30% rispetto all'anno 2018. L'obiettivo sarà raggiunto all'80% se l'incremento del numero di cornee procurate nel 2019 sarà non inferiore al 25%. L'obiettivo sarà raggiunto al 50% se l'incremento del numero di cornee procurate nel 2019 sarà non inferiore al 20 %.</p> <p>L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se l'incremento del numero delle cornee procurate nell'anno 2019 sarà inferiore al 20%.</p> <p>5. SI/NO</p>
PUNTEGGIO	3

OBIETTIVO 7: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE

I medici dipendenti pubblici (ospedalieri, specialisti ambulatoriali interni, etc), sono individuati dal DA 12/08/2010 (GURS 27/08/2010) come prescrittori di farmaci e prestazioni specialistiche. Il DA 2234/2015 (disposizioni inerenti le prescrizioni medicinali) ha imposto l'obbligo di assolvere alla prescrizione di farmaci. Tuttavia molti medici non si sono ancora adeguati. Al fine di dare attuazione alle disposizioni contenute nei predetti decreti, volte a semplificare a favore degli utenti le procedure di prescrizione e ridurre la conflittualità con MMG e PLS, è necessario che:

- aumenti il numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata
- aumenti in maniera significativa il numero delle prescrizioni dagli stessi effettuate

INDICATORE	<p>1. % di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità de materializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici</p> <p>2. numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette DEM prescritte / medici abilitati)</p>
VALORI OBIETTIVO	<p>1. ASP: >30% nel 2019 e >35% nel 2020</p> <p>2. >100 nel 2019 e >120 nel 2020</p>
SCALA	<p>1. SI / NO</p> <p>2. SI / NO</p>
PUNTEGGIO	5 per ASP

OBIETTIVO 8: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è lo strumento digitale regionale attraverso il quale il cittadino può consultare e gestire i propri documenti clinici, che potranno essere disponibili agli operatori sanitari, in caso di necessità, per finalità di cura.

È evidente come i benefici che ne possono trarre sia i cittadini che gli operatori sanitari siano strettamente correlati al suo utilizzo su larga scala ed alla sua alimentazione in modo continuo da tutti gli erogatori di prestazioni sanitarie.

Anche nel 2020, in linea con quanto già fatto nel 2019, viene perseguito l'obiettivo di aumentare la platea dei cittadini coinvolti e dare concretezza al FSE attraverso il conferimento di un numero significativo di referti di laboratorio in formato CDA2-HL7.

Per quanto riguarda il coinvolgimento dei cittadini, poiché il decreto rilancio prevede la creazione automatica del FSE per tutti i cittadini, l'obiettivo sarà misurato sull'acquisizione del consenso informato alla consultazione (l'acquisizione del consenso all'alimentazione è ancora necessario sino a nuove disposizioni successive all'emanazione del decreto attuativo).

Per quanto riguarda i referti, avendo già sviluppato i web service per la trasmissione al sistema FSE-INI dei referti in formato CDA2-HL7 (obiettivo 2019), nel 2020 si punta all'alimentazione del FSE da parte del maggior numero di erogatori. L'obiettivo terrà conto di tutte le transazioni effettuate (sia alimentanti un FSE che non) in vista della creazione automatica del FSE per tutti i cittadini.

Per la trasmissione di altre tipologie di referto nel corso del 2020 saranno emanate specifiche direttive in coerenza con le disposizioni ministeriali

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none">1. % dei consensi alla consultazione trasmessi al sistema FSE-INI rispetto al numero dei pazienti ricoverati2. % delle strutture invianti a regime referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 nell'ultimo trimestre 2020, a prescindere dall'esito della transazione per FSEaperto
VALORI OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none">1. > 5% per il 20202. Per le ASP $\geq 60\%$ (arrotondato per eccesso o per difetto a seconda che la prima cifra decimale sia ≥ 5 o < 5);
SCALA	SI / NO

OBIETTIVO 9: Sviluppo PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)

La Regione Siciliana con i Decreti dell'Assessore alla Salute n. 2128/ 2013, n. 402/2015 e n. 1559/2016 ha provveduto all'adozione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per gli enti del Servizio sanitario regionale.

L'obbligo della certificabilità dei dati, come disposto dall'art.2 del Decreto Certificabilità, impone agli enti del SSR, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art.1, comma 291, della legge 23 dicembre 2005, n.266 e dall'art.11 del Patto per la Salute 2010-2012, di garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento della Regione, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

L'implementazione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità ha impegnato le Aziende Sanitarie negli anni 2016-2018, nel corso dei quali sono state effettuate anche le verifiche di audit volte ad accertare il reale stato di attuazione delle procedure aziendali.

All'esito delle predette verifiche, sono emerse criticità che hanno indotto l'Amministrazione regionale, sulla scorta delle conformi indicazioni ministeriali rese in merito, ad adottare il D.A. n. 10/2019, con il quale è stato differito al 31.12.2019 il termine entro il quale definire il percorso di consolidamento del PAC regionale.

L'obiettivo intende assicurare che le Aziende del SSR provvedano entro il termine del 31.12.2019 alla piena realizzazione degli adempimenti che consentano di addivenire alla certificabilità dei bilanci aziendali, in coerenza alle previsioni del P.A.C.

INDICATORE	Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC
VALORI OBIETTIVO	<u>AL 31.12.2019</u> <ul style="list-style-type: none">• Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.• Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente". <u>AL 31.12.2020</u> Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento
SCALA	SI / NO
PUNTEGGIO	5 per ASP

OBIETTIVO 11: PIANO ATTUATIVO AZIENDALE (P.A.A.)

Il Piano Attuativo Aziendale si articola in tre Aree per le Aziende Sanitarie Provinciali e in due Aree per le Aziende Ospedaliere ed Universitarie, come di seguito.

1. AREA SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE

ASP – Peso obiettivo 5

- 1.1. Sanità veterinaria
- 1.2. Igiene degli alimenti
- 1.3. Vaccinazioni
- 1.4. Tutela ambientale
- 1.5. Prevenzione luoghi di lavoro

2. AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI

ASP - Peso obiettivo 9

- 2.1. Sicurezza dei pazienti
- 2.2. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza
- 2.3. PDTA
- 2.4. Appropriatelyzza
- 2.5. Outcome
- 2.6. Trasfusionale

3. AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

ASP – Peso obiettivo 9

Cronicità

- 3.2. Fragilità
- 3.3. Disabilità e non autosufficienza
- 3.4. Privacy

INDICATORE	Implementazione e completa realizzazione di tutte le attività previste dal PAA per gli anni 2019 e 2020
VALORI OBIETTIVO	100%
SCALA	% di sviluppo delle azioni previste a PAA e relativi pesi indicati nel documento di PAA
PUNTEGGIO	<ul style="list-style-type: none">• Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale: peso 23 per ASP

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:

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
- Appropriatelyzza
- 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	Implem.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 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 Prevenz,- 1.5 (A-B) Prev.: luoghi di lavoro –Sorv.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 Ospedalieri: Indice di Occupazione
163	DG	H	5	b	Indicatori Attività Ospedalieri: Indice di Occupazione (SPDC)
164	DG	H	5	c	Indicatori Attività Ospedalieri: Ricoveri ripetuti 0-1 Giorno
096	DG	H	6		Indicatori Attività Ospedalieri: Degenza Media
097	DG	H	7		Indicatori Attività Ospedalieri: Peso Medio
098	DG	H	8		Indicatori Attività Ospedalieri: Indice di Operatività (DrgChir./Med.)
099	DG	H	9		Incentivazione dimissioni facilitate per Scompensato, 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-acuti: Autorizz. (ob. A) e Trattamento (ob. B)
130	DG	T	26	Tempestività autorizz. perprestaz. 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 / 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 Appropriatezza (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.

DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI

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.

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 predisporre 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	Negoziare 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 della Performance-Bilancio Preventivo- Piano degli Investimenti- Piano delle Assunzioni)	Direzione Strategica / Controllo di Gestione /SEF/Personale	Gennaio / Febbraio
	Redazione del PIAO e pubblicazione nel sito istituzionale	Direzione Strategica / STP / Resp.le Anticorruzione / Resp.le Trasparenza / OIV	31 Marzo
	Negoziare 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 Premianti	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 rifluenza 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 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.

A seguito dell'entrata in vigore dell'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, sono tenute ad adottare, in via ordinaria entro il 31 gennaio di ogni anno, salvo proroghe dei termini di approvazione del bilancio di previsione, il piano integrato di attività e organizzazione P.I.A.O.

Come noto, il presidente dell'ANAC con il comunicato del 17 gennaio 2023, tenuto conto che il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA) è stato approvato definitivamente il 17 gennaio 2023 dal consiglio dell'autorità con la delibera del 17 gennaio 2023 n. 7, ha differito al 31 marzo 2023 il termine del 31 gennaio previsto per l'approvazione del piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) unitamente a quello del P.I.A.O.

Il PIAO contiene, tra l'altro, gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo i contenuti definiti dal D.M. 30/6/2022 n. 132.

Ai sensi del DPR n. 81/2022, sono stati, pertanto, soppressi, in quanto assorbiti nell'apposita sezione del PIAO, anche gli adempimenti inerenti al PTPCT. La presente sottosezione è stata predisposta dal responsabile della prevenzione della corruzione e dal responsabile della trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici in materia, già approvati con il PIAO adottato con deliberazione n. 906 del 29/6/2022 e finalizzati a favorire la creazione di valore pubblico, anche con obiettivi di trasparenza, nonché utilizzando quale punto di partenza gli esiti del monitoraggio del piano triennale prevenzione della corruzione e della trasparenza il cui aggiornamento è stato adottato con delibera n. 586 del 27/4/2022, secondo una logica di miglioramento progressivo ed in piena aderenza ai suggerimenti forniti dall'ANAC, in ultimo con il PNA 2022

PREMESSA

Anche il 2022 è stato un anno caratterizzato dall'emergenza epidemiologica da Covid-19, emergenza, che ha occupato per il terzo anno consecutivo, nonostante sia stato dichiarato cessato a livello nazionale al 31/3/2022, tutti i servizi aziendali in attività specifiche nella cura dei pazienti e nel contrasto alla diffusione del virus.

La Direzione Aziendale ha proseguito la propria azione di riorganizzazione degli spazi, attività e gestione del personale per continuare a far fronte ad un'emergenza che quotidianamente ha presentato sviluppi e prospettive mutabili ed aleatorie, con una continua revisione delle attività in atto, in base a provvedimenti nazionali e regionali, legati agli indicatori epidemiologici.

Le aree sanitarie ospedaliere sono state quelle più investite nella gestione della pandemia attraverso una continua riorganizzazione, secondo le necessità scaturenti dagli indicatori epidemiologici, dei reparti Covid e non Covid di Area Medica, ma anche l'area territoriale della prevenzione si è trovata nella necessità di riorganizzare i propri processi e rimodulare le attività, con la sospensione di alcune e la riprogrammazione di altre.

I servizi amministrativi hanno visto le loro attività rimodulate per supportare l'Azienda nei procedimenti legati all'emergenza e contestualmente sono stati riprogrammati i processi ordinari.

Le aree amministrative sono state tutte coinvolte; la UOC Gestione delle Risorse Umane, con le attività di reclutamento del personale direttamente impegnato nelle aree più a rischio (UU.OO. ospedaliere e della prevenzione), la UOC Economico Patrimoniale, la UOC Provveditorato, la UOC Tecnico, la UOC S.I.F.A. e Controllo di gestione, la UOC Affari Generali, le quali tutte hanno contribuito a fronteggiare i processi organizzativi in funzione delle necessità dei vari momenti.

Il presente Piano Triennale delle Prevenzione della Corruzione (PTPC) per gli anni 2023-24-25 continua a collocarsi, così come in questi ultimi tre anni, in un contesto completamente diverso rispetto agli anni precedenti alla Pandemia, nei quali i rapporti tra le diverse aree e strutture aziendali erano caratterizzate da attività complesse e delicate, ma non certamente emergenziali.

Nel corso del 2022, pertanto, le azioni aziendali in tema di anticorruzione hanno continuato ad adattarsi agli eventi, riposizionando le misure di prevenzione già introdotte e integrando le misure specifiche indicate dai Piani Nazionali Anticorruzione che si sono succeduti, alimentate dalle Linee Guida e dalla normativa prodotta dal Legislatore e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2022, approvato dal Consiglio dell'ANAC in data 16/11/2022, ed approvato definitivamente il 17 gennaio 2023 dal Consiglio dell'Autorità con la delibera del 17 gennaio 2023 n. 7, ha differito al 31 marzo 2023 il termine del 31 gennaio previsto per l'approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) unitamente a quello del P.I.A.O. e secondo gli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge 6 novembre 2012 n. 190 del 2012 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 del 2013

IL PTPCT È STATO ADATTATO ALLA REALTÀ AZIENDALE PREVEDENDO IN SPECIE:

1) la valutazione di impatto del contesto esterno, in cui sono evidenziate le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'Azienda opera e i suoi possibili riflessi sul verificarsi di fenomeni corruttivi;

- 2) la valutazione di impatto del contesto interno con riferimento all'esposizione al rischio corruttivo a seguito dell'analisi della struttura organizzativa dell'Azienda, effettuata in collaborazione con i Responsabili delle altre sezioni, della verifica dei contenziosi in essere, dei procedimenti disciplinari attivati nell'anno 2022, delle criticità emerse a seguito degli esiti del monitoraggio sul piano dell'anno precedente e dei controlli interni di regolarità contabile e amministrativa;
- 3) i processi di mappatura delle Aree a rischio, tenendo conto anche dello stato di digitalizzazione degli stessi, processi utilizzati quale base per individuare le criticità che possono esporre l'amministrazione a rischi corruttivi;
- 4) l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte dell'ente delle misure generali previste dalla legge n. 190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
- 5) la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
- 6) la previsione del monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
- 7) la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013 e s.m.i.;

Per fronteggiare l'emergenza, anche nell'anno 2022, sono state utilizzate procedure straordinarie di reclutamento del personale per il potenziamento, in particolare, delle reti di assistenza territoriale e dei reparti ospedalieri di malattie infettive e COVID center in deroga alla disciplina vigente. Ciò ha permesso all'Azienda di contrastare la crisi epidemiologica in atto, prevedendo al contempo azioni a lungo termine, quali il reclutamento di medici ed infermieri ed altre figure professionali di riferimento. In materia di trasparenza si è provveduto costantemente al monitoraggio delle sezioni di "Amministrazione Trasparente" con un grado di pubblicazione molto soddisfacente, che ha accolto tutte le proposte di pubblicazione di ulteriori dati e informazioni, anche al di là degli obblighi di legge, che sono stati ritenuti utili per una completa offerta ai pazienti/utenti. Si veda in tal senso la creazione nel sito internet aziendale di sezioni specifiche dedicate all'emergenza Covid – 19, Al CUP, alle attività del Centro Screening e alla Brest Unit, dove sono state pubblicate tutte le informazioni, costantemente aggiornate, sia a favore dei cittadini che degli operatori. Particolare attenzione è stata posta alla creazione di sezioni dedicate all'informazione in ordine alle campagne di vaccinazione anticovid-19, antinfluenzale, antipneumococcica, antizooster e anti HPV.

In aderenza al PNA 2022, inoltre, particolare attenzione è stata posta nel rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione della corruzione con riferimento alla gestione degli appalti pubblici e di quei processi in cui sono gestite ingenti risorse finanziarie anche derivanti dal PNRR e dai fondi strutturali, senza tralasciarne altri, pure di rilievo, quali quelli caratterizzati da ampia discrezionalità e ad esempio, quelli riguardanti l'erogazione di contributi, sovvenzioni, vantaggi di qualsiasi genere.

La valutazione del rischio sui processi è stata effettuata anche nell'ottica di costante presidio delle aree di attività svolte dall'Azienda sanitaria provinciale di Siracusa ed esposte al riciclaggio, ai sensi dell'art. 10 del d.lgs. 231/2007.

Art. 1 Oggetto, finalità e contesto

- a) Fatta salva la superiore doverosa premessa, si da atto che il Piano aziendale per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza 2023 – 2024 - 2025 viene adottato in applicazione della Legge 6 novembre 2012 n. 190 “ Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione “ delle disposizioni normative e regolamentari in materia e delle disposizioni dell’ Autorità Nazionale Anticorruzione, in particolare della delibera ANAC del 16 novembre 2022 di adozione del “ Piano Nazionale Anticorruzione“, approvato definitivamente il 6 dicembre 2022, che è atto di indirizzo per l’applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza. **Il Piano Nazionale Anticorruzione è stato approvato definitivamente il 17 gennaio 2023 dal Consiglio dell’Autorità con la delibera del 17 gennaio 2023 n. 7, che ha differito al 31 marzo 2023 il termine del 31 gennaio previsto per l’approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) unitamente a quello del P.I.A.O.**
- b) Ai sensi della citata Legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e s.m.i l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa adotta ogni anno un Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza, avente lo scopo di valutare il diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e stabilire gli interventi organizzativi finalizzati a prevenire e contrastare o quantomeno limitare il medesimo rischio. Il Piano triennale aziendale (PTPCT) costituisce l'atto attraverso il quale sono individuate le strategie complessive per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e dell'illegalità; il Piano medesimo non può costituire un'attività compiuta, bensì realizza un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono, come affermato dalle Linee di indirizzo del Comitato ministeriale di cui al D.P.C.M. 16.1.2013 "via via affinati, modificati o sostituiti in relazione al feedback ottenuti dalla loro applicazione". L'obiettivo finale che si intende perseguire è quello di creare un ambiente di diffusa percezione della necessità del rispetto delle regole, ovvero 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. A seguito della entrata in vigore dell’art. 6 del D.lgs 9/6/2021 n. 80 Il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza ai sensi del DPR 81/22 viene assorbito dal PIAO nella apposita sezione.
- c) L’Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa, costituita con l’art. 8 della L.R. 14 aprile 2009 n. 5, è dotata di personalità giuridica pubblica, ed ha la propria sede legale in Corso Gelone n. 17 Siracusa. Il rappresentante legale pro-tempore è dal 1/1/2023 e fino al 30/6/2023 o comunque sino alla nomina dei Direttori Generali, il Dr. Salvatore Lucio Ficarra, in qualità di Commissario Straordinario giusto D.A. n. 53 del 29/12/2022 e D.A. 01/2023 del 2.1.2023 coadiuvato dal Direttore Sanitario Aziendale, Dr Salvatore Madonia, nominato con atto deliberativo n. 942 del 17 agosto 2020 e dal Direttore Amministrativo Aziendale Dott. Salvatore Lombardo giusta delibera n. 1092 del 22/8/2022 e n. 1281 del 3/10/2022.

CONTESTO

L’ambito territoriale dell’Azienda coincide con il territorio della provincia di Siracusa suddiviso in 21 Comuni con una popolazione complessiva di circa 386.071 abitanti.

L’Azienda è suddivisa in quattro distretti sanitari (Siracusa, Augusta, Lentini e Noto inclusi n. 2 sub-distretti Pachino e Palazzolo Acreide) e comprende i Presidi Ospedalieri “Umberto I” e “Alessandro Rizza“ di Siracusa, di Augusta, di Lentini e quello riunito di Avola-Noto comprendente due stabilimenti.

Il valore di assegnazione provvisoria del per l'anno 2022 è di circa Euro 672.048.000,00

Gli atti fondamentali dell'ASP di Siracusa sono:

- a) L' Atto aziendale adottato con deliberazione n. 1006 del 30.12.2020 ed approvato con D.A. n. 163 del 5.03.2020;
- b) La Dotazione organica e il Piano del Fabbisogno 2021/2023 approvato con D.A. n.1497 del 31/12/2021 pubblicato in GURS n. 3 del 21/1/2022 e conseguenziale deliberazione del Direttore Generale dell'Asp di Siracusa di presa d'atto n.165 del 8/02/2022

L'Azienda è inoltre articolata in dipartimenti funzionali aziendali (Dipartimento Ospedalità e del Farmaco, Dipartimento Amministrativo, Dipartimento assistenza distrettuale integrazione socio-sanitaria) e dipartimenti strutturali aziendali (dipartimento prevenzione, Dipartimento prevenzione veterinaria, Dipartimento salute mentale), Dipartimenti funzionali ospedalieri (n. 7 dipartimenti), Unità operative Complesse (UOC), Unità operative semplici dipartimentali (UOSD) ed infine Unità operative semplici (UOS), individuandone i vari livelli di responsabilità.

Il personale in organico ammonta a 3117 unità di cui dirigente dipendente delle varie aree ed equiparato circa 776 unità, mentre il personale non dirigente ed equiparato circa 2341 unità. Il personale è distribuito sui vari presidi ospedalieri, distretti, Unità operative complesse e semplici negli uffici centrali e nelle unità periferiche allocate in quasi tutti i 21 comuni della provincia di Siracusa.

Art.2 Analisi del contesto esterno e interno

L'Azienda Sanitaria provinciale di Siracusa si trova in un contesto territoriale a prevalente carattere industriale (maggior polo industriale in Regione) nella zona centro-nord (Priolo-Augusta-Melilli), stabilimenti che da sempre creano preoccupazione sulla popolazione per i seri rischi di inquinamento del territorio; su Augusta è presente un porto commerciale prevalentemente al servizio del polo industriale, nella zona nord al confine con Catania (Lentini-Carlentini-Francofonte) sono presenti attività agricole e infine ha carattere prevalentemente agricolo-turistico sia la zona sud (Avola-Noto-Pachino-Portopalo di C.P.-Rosolini) che quella montana (Palazzolo Acreide, Buscemi, Buccheri, Ferla, Sortino, Cassaro).

In generale in tutta la provincia sono presenti alcune realtà imprenditoriali di tipo medio-piccolo che comunque non incidono in modo significativo sui gravi problemi occupazionali che affliggono il territorio.

Come in generale nelle altre realtà regionali è presente il fenomeno criminale da cui agevolmente può scaturire il rischio corruttivo ed in genere l'illegalità diffusa, tenuto conto altresì della forte incidenza della disoccupazione non solo giovanile e la tendenza alla migrazione per la fruizione dei servizi pubblici

Inoltre l'esiguità di stabili realtà imprenditoriali che possano creare reali sbocchi occupazionali e accrescere il reddito pro-capite, tende a concentrare tutti gli interessi sugli apparati amministrativi pubblici.

Certamente, l'Azienda sanitaria Provinciale costituisce la più consistente realtà amministrativa pubblica sul territorio. Di recente il Servizio statistico regionale ha diffuso i dati sul fenomeno corruttivo in Sicilia, richiamando anche gli ultimi dati diffusi da ISTAT, dove si evince nel periodo dal 2009 al 2016, una crescita in Sicilia del 70% dei procedimenti giudiziari per reati contro la p.a. quasi il triplo (+143%) rispetto alla media nazionale, fenomeno ascrivibile anche alla maggior propensione dei cittadini alla denuncia, con un primato dei reati di abuso d'ufficio seguiti da peculato e concussione (in discesa). Lo studio ha rilevato altresì in Sicilia, il primato della corruzione proprio nel settore sanità (16,1% in Sicilia su una media nazionale pari a 11%, in Sicilia ascende al 16,1% valore più elevato nella classifica delle Regioni). Le misure di prevenzione adottate dovranno pertanto tendere a garantire la massima imparzialità dell'azione amministrativa e dell'accesso ai servizi sanitari in un settore sensibile e particolare quale quello della sanità pubblica, che in questa provincia è gestita esclusivamente dalla Azienda sanitaria provinciale e dalle strutture private accreditate. Dai report dell'Ufficio interno relazioni con il pubblico emerge sempre un prevalente e diffuso "malessere" sui tempi delle liste d'attesa, sulla difficoltà a prenotare prestazioni e pagare con mezzi telematici e sui comportamenti talvolta manchevoli del personale dipendente.

Giova sottolineare che l'emergenza sanitaria in atto incombente sta confermando un profilo congiunturale dell'apparato produttivo che risulta fortemente deteriorato secondo dimensioni di inusitata gravità ed eccezionalità, attesa la sospensione delle attività produttive che sta interessando la maggior parte delle imprese sul territorio.

Art.3 Responsabile per la trasparenza. Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Responsabile RASA e Gestore antiriciclaggio.

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione è stato individuato con deliberazione n. 102 del 29 gennaio 2020 nella persona della Sig.ra Giuseppina Nives Salvo, e con la medesima deliberazione è stato altresì individuato il Responsabile della Trasparenza nella persona della Dott.ssa Agata Di Giorgio titolare di Incarico Professionale.

Si è operata la scelta di mantenere la duplicità dell'incarico in considerazione della complessità dei compiti attribuiti nonché delle dimensioni territoriali e organizzative dell'Azienda. La individuazione dei responsabili RASA (responsabile anagrafe unica stazione appaltante, legge n. 221/2012) è avvenuta con deliberazione n.1020 del 28.11.2016 su formale richiesta del RPC con la quale è stato individuato il Dirigente tecnico Ing. Vincenzo Piazza in servizio a tempo determinato presso la UOC Tecnico.

Il Gestore antiriciclaggio (già decreto Min. Interno 25.09.2015, ora dlgs. 90/2017) è stato individuato nella persona del Dr Vincenzo Bastante, giusta provvedimento n. 2375 del 24.01.2020 quale Direttore della UOC Economico Patrimoniale.

Al Responsabile per la prevenzione della corruzione (RPC) competono le seguenti attività/funzioni:

-elaborare la proposta di piano della prevenzione, d'intesa con il Responsabile per la trasparenza, che deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico (art.1, comma 8, della Legge n. 190/2012);

-definire procedure e metodi appropriati per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art.1, comma 8);

- verificare l'efficace attuazione del piano e della sua idoneità (art.1, comma 10 lett. a);
- proporre modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art.1, comma 10, lett.a);
- verificare, d'intesa con i dirigenti delle articolazioni aziendali competenti, l'effettiva e possibile rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art.1, comma 10, lett.b);
- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art.1, comma 10, lett.c);
- far pubblicare entro il 15 dicembre di ogni anno, o in altra successiva data indicata da ANAC, (31 marzo 2021 in seguito all'emergenza da COVID 19) sul sito web aziendale una relazione recante i risultati dell'attività (art.1, comma 14) e trasmetterla contestualmente al Direttore Generale e all'O.I.V (Organismo interno di valutazione).

In capo al RPC incombono le seguenti responsabilità, anch'esse sancite dalla Legge n. 190/2012:

-in caso di commissione, all'interno dell'Azienda, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il Responsabile della prevenzione della corruzione è chiamato a rispondere ai sensi dell'art.21 del decreto legislativo 30.3.2001, n.165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:

- a) di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il piano della prevenzione della corruzione e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 dell'art.1 della Legge n. 190/2012;
- b) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano e di avere sottoposto alla Direzione Aziendale proposte e suggerimenti su specifiche criticità di cui sia venuto a conoscenza.

Il medesimo RPC può, in ogni momento, acquisire informazioni dirette dai Responsabili delle strutture aziendali, così come può procedere a verifiche, indagini e atti relativi al presente piano.

Il responsabile del piano anticorruzione cura, anche attraverso le disposizioni del piano, che nell'Azienda, siano rispettate le disposizioni del decreto sulla inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario Aziendale (determina ANAC n. 149/2014 en. 833 del 3 agosto 2016), nonché dei Dirigenti Amministrativi (art. 20 comma 1 -2-3 d.lgs 39/2013) e provvede all'obbligo di pubblicazione delle predette dichiarazioni nella sezione Amministrazione Trasparente.

A tale fine il responsabile contesta all'interessato l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconfiribilità o incompatibilità di cui al decreto 39/2013 e alle direttive ANAC.

Il responsabile segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni del presente decreto all'Autorità nazionale anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

Al Responsabile della Trasparenza e Integrità competono tutte le funzioni e attività di cui alle normative vigenti, alle direttive e determinazioni impartite da ANAC ed ai regolamenti aziendali.

In definitiva, come si apprende anche dalla delibera ANAC n°1064 del 13/11/2019, l'importanza assegnata dalla legge al RPC, per il ruolo di coordinamento che esso assume nel contesto del sistema, "non deve in nessun caso essere interpretato dagli altri attori organizzativi come un pretesto per deresponsabilizzarsi in merito allo svolgimento del processo di gestione del rischio. Al contrario, l'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di altri attori all'interno dell'organizzazione".

La Direzione strategica individuerà una struttura organizzativa di supporto alle funzioni sopra descritte, adeguata per qualità del personale e munita di risorse tecnologiche, da porre alle effettive dipendenze dell'operato degli stessi per le attività di competenza (ufficio di supporto), così come previsto già dall'aggiornamento al PNA (2015) che dal nuovo PNA (2016) e dal precedente aggiornamento triennale al piano aziendale, nonché promuoverà un apposito nucleo sinergico, da istituirsi con deliberazione, costituito oltre che dal RPC dal responsabile del controllo di gestione, dal Responsabile Internal audit e dal RiskManager.

Art.4 Definizione di corruzione

Per corruzione si intende il caso di abuso da parte del dipendente della funzione o del potere a lui affidato al fine di ottenere indebiti vantaggi privati (per sé o per altri). Sono ricomprese le situazioni in cui -a prescindere dalla rilevanza penale -si verifichi un malfunzionamento dell'Azienda a causa dell'uso a fini privati delle funzioni o dei compiti attribuiti, che possono rivestire carattere amministrativo, tecnico o sanitario o di altro genere e riguardare ogni dipendente e soggetto che opera a nome dell'Azienda, quale che sia la qualifica ricoperta ed infine in tutti gli altri casi in cui si verifichino situazioni di cattiva amministrazione (cd. Maladministration) che conduca ad inefficienze e sprechi di risorse umane, tecnologiche ed economiche.

Le situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie della fattispecie penalistica, come noto disciplinata negli art. 318, 319 e 319 ter c.p. e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma del delitto contro la Pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I del codice penale, ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

Ma come noto, il codice penale prevede, altresì, diverse fattispecie tipizzate di reati riconducibili a fattispecie di corruzione : art. 314 c.p. art. 316 art. 316 bis art. 316 ter art. 317 art. 318 art. 319 ter e quater art. 320 art. 321 art. 32 art. 322 bis

Art.5 Contenuti del Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza

Il Responsabile della prevenzione della corruzione unitamente al Responsabile per la trasparenza predispongono ogni anno, l'aggiornamento al Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza (PTPC) che viene assorbito dal PIAO nell'apposita sezione. Il PIAO viene sottoposto alla validazione dell'OIV nonché all'approvazione del Vertice aziendale (Commissario Straordinario) da effettuarsi entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il PIAO viene pubblicato sul sito internet dell'Azienda nella apposita sezione e ne viene data informazione a tutte le strutture aziendali.

La sezione del PIAO relativa al Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza viene compilata dal RPCT ed è il documento che definisce a livello aziendale -nel rispetto delle indicazioni di cui alla Legge n. 190/2012 e dei successivi provvedimenti attuativi nonché modifiche e integrazioni-le strategie e le misure da adottare per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità e per la trasparenza.

I contenuti essenziali del piano sono predeterminati dalla legge n. 190/2012, in particolare all'art. 1, comma 5 e 9 e s.m.i. nonché dagli ultimi P.N.A approvati con determinazione da ANAC.

Art.6 Obblighi informativi

Con riguardo alle attività a rischio corruzione, tutti i referenti individuati di seguito hanno l'obbligo di informazione nei confronti del RPC ed in particolare ogni sei mesi, (anche senza formale richiesta) 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.

Per particolari importi, in caso di affidamenti diretti o proroghe contrattuali i Referenti delle UUOO Provveditorato e Tecnico, effettuano una specifica informativa al RPC e, fermo restando l'obbligo della comunicazione di varianti in corso d'opera all'ANAC, è fatto obbligo al responsabile del procedimento di inviare una relazione al RPC che certifichi l'istruttoria interna condotta sulla legittimità della stessa e sull'impatto economico e contrattuale, con particolare riguardo ai tempi di esecuzione aggiuntivi e alla congruità dei costi.

Art. 7 Individuazione delle attività ad elevato rischio di corruzione

L'individuazione delle attività/strutture maggiormente esposte al rischio corruttivo è stata già prevista dal PNA e già con i piani precedenti sono state individuate le aree ulteriori.

La "mappatura del rischio", soggetta a periodico aggiornamento, è effettuata sulla base di alcuni criteri ritenuti congrui in via astratta e potenziale. L'individuazione delle aree di rischio ha la finalità di consentire l'emersione delle aree, nell'ambito dell'attività dell'intera Azienda, che debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione specifiche.

La mappatura dei processi con la correlata valutazione del rischio sui singoli processi e la valutazione del responsabile da effettuarsi sul campo rimane allegata al presente piano e ne costituisce parte integrante unitamente alle mappature allegate ai precedenti aggiornamenti triennali del piano. Per rischio

si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e quindi sull'obiettivo istituzionale dell'Azienda.

1. Con il presente piano si confermano le seguenti aree a livello **ELEVATO** dove il rischio corruttivo si configura come altamente probabile e l'impatto si configura come superiore, sono aree già individuate dal PNA

- **Area della Direzione strategica:** conferimento incarichi dirigenziali afferenti le varie tipologie e i vari livelli di complessità, sperimentazioni cliniche e modalità di ripartizione dei proventi, autorizzazioni, incarichi esterni retribuiti ai dipendenti/dirigenti, affidamento incarichi a professionisti esterni e dirigenti ex art. 15 septies dlgs. 502/1992, criteri di selezione dei componenti delle varie commissioni, collegi etc.;
- **Area di attività della UOC Economico patrimoniale:** gestione delle entrate, pagamenti, spese, cassa economale, gestione del patrimonio: modalità di alienazione e locazione, utilizzo immobili di proprietà;
- **Area di attività della UOC Gestione Risorse Umane:** reclutamento, incarichi, nomine, progressioni di carriera, liquidazione e rimborsi missioni, gestione CRP, cessione del quinto;
- **Area di attività UOC Provveditorato:** dettagliata motivazione per affidamenti diretti e proroghe revoca del bando, tempi di liquidazioni, monitoraggio appalti inferiori alla soglia di € 40.000,00 anche da parte del collegio sindacale, redazione capitolati;
- **Area di attività della UOC Tecnico:** dettagliata motivazione per gli affidamenti diretti e proroghe, varianti, tempi di liquidazioni, redazione capitolati;
- **Area di attività della UOC Affari Generali:** convenzioni, contratti, liquidazioni, gestione e manutenzione parco automezzi, comodati d'uso, donazioni;
- **Area di attività UO Servizio Legale:** liquidazione sinistri, gestione sanzioni amministrative, liquidazioni parcelle, predisposizione atti per l'affidamento incarichi a legali esterni;
- **Area di attività UOC SIFA:** predisposizione capitolati, attestazioni esecuzione lavori, controllo di gestione

2. Sono individuate come a **RILEVANTE** livello di rischio le aree il cui rischio si configura come molto probabile e l'impatto si configura come serio:

- ✓ **Area di attività dell'Assistenza Distrettuale:** vigilanza e verifiche ADI, liquidazioni, scelta e revoca MMG e PLS
- ✓ **Area di attività dell'Assistenza Ospedaliera:** UUOCC Direzione mediche di Presidio e UOC Ospedalità: gestione camera mortuaria, gestione registro operatorio, controllo esecuzione grandi appalti (pulizie, lavanolo, pasti degenti, vigilanza), gestioni flussi DRG, rapporti con erogatori privati di servizi sanitari: ispezioni, controlli verifiche e liquidazioni.
- ✓ **Area di attività del Dipartimento di Prevenzione Veterinaria:** controlli, verifiche, autorizzazioni, ispezioni, liquidazioni
- ✓ **Area di attività del Dipartimento di Prevenzione:** controlli, verifiche, autorizzazioni, ispezioni anche a campione e senza preavviso sul mantenimento dei requisiti sulle strutture sanitarie private accreditate, accreditamento istituzionale
- ✓ **Area di attività delle farmacie ospedaliere e della farmacia territoriale :** affidamenti diretti, controlli, verifiche ispezioni su grossisti e farmacie, liquidazioni
- ✓ **Area di attività UOC Medicina Riabilitativa:** autorizzazioni, verifiche, ispezioni e liquidazioni
- ✓ **Area di attività UOC Medicina Legale e fiscale:** gestione Commissioni per l'accertamento invalidità, controlli, liquidazioni

- ✓ **Area di attività della UOC Cure Primarie:** controlli, verifiche e liquidazioni su strutture accreditate private esterne, specialisti ambulatoriali esterni/interni, medici di continuità assistenziale e professionisti MMG ePLS
- ✓ **Area di attività ALPI, coordinamento CUP gestione liste d'attesa:** verifiche e controlli sullo svolgimento dell'attività libero-professionale, pubblicazione criteri di formazione delle liste d'attesa, pubblicazione delle agende di prenotazione, separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale e ALPI, integrazione pubblico-privato nell'ambito del CUP

3. Sono individuate come a **MEDIO** livello di rischio le aree il cui rischio si configura come molto probabile e l'impatto si configura come serio:

- ❖ **Area di attività Dipartimento salute mentale:** ricovero in strutture private esterne, liquidazioni
- ❖ **Area di attività delle Dipendenze**
- ❖ **Area di attività della Formazione e aggiornamento professionale:** eventi sponsorizzati
- ❖ **Area di attività della Neuropsichiatria infantile**
- ❖ **Area delle attività di gestione RSA:** arruolamento dei pazienti;
- ❖ **Direzioni Amministrative di Presidio**

4. Sono individuate a **TRASCURABILE** livello di rischio tutte le restanti aree di attività il cui rischio si configura poco probabile e l'impatto minore.

Fra le misure preventive di carattere generale da realizzare nell'arco di validità del presente piano e, quindi nel triennio, sono da ricomprendere protocolli operativi o regolamenti, fra i quali:

- Procedure operative e/o prassi che, compatibilmente con le risorse a disposizione e la competenza professionale necessaria, disciplinino le modalità di rotazione del personale addetto alle aree a rischio con esclusione delle figure infungibili;
- Procedure operative e/o prassi che assicurino l'applicazione concreta del codice di comportamento dei dipendenti dell'amministrazione ed attivi le connesse responsabilità disciplinari
- Procedure operative finalizzate alla disciplina in forma organica, nel rispetto del principio dell'accessibilità totale, degli obblighi di trasparenza e pubblicità previsti dalla nuova normativa sull'accesso civico e civico generalizzato a tutti gli atti dell'Azienda.

Art.8 Adozione di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni

I Responsabili delle articolazioni aziendali devono elaborare iniziative di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione. A tal fine i Responsabili medesimi devono formalizzare, con comunicazione al Responsabile della Prevenzione della corruzione e per gli anni successivi a scadenza fissa ad inizio anno, le procedure utilizzate indicando, per categorie, i controlli di regolarità e legittimità effettuati e i soggetti che li operano e procedere al loro periodico monitoraggio specificando l'oggetto e la tempistica dei controlli. I Responsabili delle articolazioni aziendali dovranno altresì programmare incontri sistematici, a cadenza almeno trimestrale, al fine di formare ed aggiornare il personale afferente su norme, procedure e prassi.

In ogni caso, la recente delibera ANAC n°1064 del 13/11/2019 ha suggerito l'opportunità di non introdurre "ulteriori misure di controlli bensì razionalizzare e mettere a sistema i controlli già esistenti nelle amministrazioni evitando di implementare misure di prevenzione solo formali e migliorandone la finalizzazione rispetto agli obiettivi indicati"

Art. 9 Individuazione, valutazione e controllo del rischio.

Tutti 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 e attuazione delle azioni di trasparenza.

I Responsabili delle articolazioni aziendali provvedono:

-alla mappatura dei processi, alla descrizione e valutazione dei rischi secondo una gradualità (alto/medio/basso) 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). La mappatura dei processi nel 2021 è stata attuata nel rispetto del Regolamento aziendale approvato con atto deliberativo n. 190 del 20 ottobre 2017 “Regolamento sulla rotazione del personale nelle aree a rischio di corruzione”.

-alla verifica dell'attuazione del Piano e della sua idoneità in relazione all'Ufficio diretto;

-alla proposta di modifiche ed integrazioni del Piano che si rendano necessarie o utili in relazione al verificarsi di significative violazioni, a mutamenti organizzativi o istituzionali o nell'attività dell'Azienda o altri eventi significativi in tal senso;

-alla verifica dell'effettiva rotazione negli incarichi all'interno della UO ove più elevato sia il rischio di corruzione compatibilmente con l'organico aziendale. Si da atto che la Direzione strategica aziendale ha proceduto alla rotazione dei direttori delle Unità operative complesse amministrative dell'Area PTA già nel 2021 tenendo conto delle strutture a rischio corruttivo, con il precipuo scopo di evitare che possano consolidarsi 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.

Nel 2022 per naturale avvicendamento per quiescenza o per conferimento di nuove nomine la Direzione Generale ha provveduto alla individuazione di nuovi titolari di UOC di Strutture complesse sia nell'Area PTA che dell'Area della Dirigenza Sanità.

Inoltre, con deliberazione n. 480 del 1.4.2022 “Adempimenti preliminari alla rotazione dei Direttori di UOC Area PTA ex legge 190/2012 e s.m.i la Direzione generale ha provveduto all'allineamento delle scadenze contrattuali dei titolari di incarichi apicali dell'Area PTA.

-all'individuazione delle attività e dei dipendenti maggiormente esposte al rischio di corruzione;

-al monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e 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, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;

-ad assicurare il rispetto degli obblighi di informazione del Responsabile della prevenzione della corruzione;

-a provvedere affinché l'organizzazione della struttura/servizio/ufficio sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto.

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;
- all'adozione di misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di incompatibilità degli incarichi anche successivamente alla cessazione del servizio o al termine dell'incarico (nuovo comma 16 ter dell'articolo 53 del D.Lgs. n.165 del2001);
- all'adozione di misure di verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni, così come modificate dal comma 42 della legge n.190;
- all'effettiva implementazione ed attuazione delle misure di prevenzione specifiche e generali individuate nel Piano e, nello specifico, nella mappatura dei processi della UO diretta così come aggiornata negli allegati a questo PTPCT ovvero in quello precedente 2017-2018-2019.

Al fine di prevenire e controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione il Responsabile della prevenzione della corruzione in qualsiasi momento può richiedere ai Responsabili cui afferiscono i dipendenti che hanno istruito e/o adottato il provvedimento finale di dare per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche che sottendono all'adozione del provvedimento.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione può in ogni momento verificare e chiedere delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare anche solo potenzialmente corruzione e illegalità, di regola per il tramite dei rispettivi Responsabili.

Art. 10 Dichiarazione di incompatibilità e inconferibilità del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario. Misura di prevenzione obbligatoria

In ottemperanza a quanto previsto dal dlgs. 39/2013 e s.m.i. e dalla determinazione ANAC n. 833/2016, I Direttori Amministrativo e Sanitario Aziendali producono al Responsabile per la prevenzione della corruzione, annualmente e comunque qualora dovessero verificarsi situazioni nuove, le rispettive dichiarazioni di incompatibilità e inconferibilità secondo il modello suggerito dalla citata determinazione ANAC.

Le rispettive dichiarazioni sono pubblicate nella apposita sezione "Amministrazione Trasparente" (dlgs 33/2013) del sito web aziendale ove verranno altresì pubblicati tutti i dati concernenti le procedure di conferimento dell'incarico nonché le tutte le dichiarazioni reddituali e patrimoniali richieste dei medesimi Direttori in base alle normative vigenti. Il RPC provvede alla verifica della veridicità delle dichiarazioni rese in ordine agli incarichi dichiarati.

Art.11 Adozione dei modelli per la dichiarazione di pubblica attività/ relazioni/interessi. Misura di prevenzione obbligatoria e trasversale.

L' Azienda adotta, per tutte le tipologie di dirigenti a tempo determinato, la modulistica standard pubblicata da AGENAS attraverso le quali verranno dichiarate le attività, relazioni, interessi che possano coinvolgere i professionisti dell' area medica, sanitaria e amministrativa nell' espletamento delle attività

inerenti funzioni che implicano responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi altre tecnologie, ricerca e sperimentazione clinica e sponsorizzazione

In effetti, come ha spiegato l'ANAC (da ultimo deliberazione n°1064 del 13/11/2019), esiste una certa sottovalutazione del conflitto di interessi oppure una sovrapposizione tra conflitto di interessi e corruzione, con la conseguenza che gli operatori sanitari hanno paura a far emergere anche le situazioni potenzialmente confliggenti perché pensano che verranno messi sotto accusa dall'organizzazione o dall'opinione.

Il conflitto di interessi diventa così un fattore di rischio perché aumenta il livello di incertezza in merito all'esito delle decisioni di un operatore pubblico.

Poiché scaturisce, per forza di cose, dal sistema di relazione dei singoli soggetti, può degenerare in corruzione se non viene fatto emergere e gestito. Per essere più specifici, il conflitto di interessi si rapporta ad una situazione che comincia ben prima del verificarsi di un vero e proprio "conflitto".

E' inevitabile, infatti, che i professionisti abbiano interazioni, più o meno significative, con il mondo degli interessi privati del sistema sanitario.

Questa circostanza permette alle organizzazioni sanitarie di operare potendo contare su un'autenticazione informata e competente. In realtà, a ben guardare, data la complessità del sistema sanitario, il patrimonio di relazioni ed esperienze dei singoli professionisti costituisce un valore aggiunto della componente clinica di un'organizzazione pubblica.

Un conflitto di interessi non gestito o gestito con indulgenza, veicola all'organizzazione un messaggio di disimpegno della leadership o, peggio, di collusione che è, in molti casi, prodromico alla corruzione.

I dirigenti delle aree sopra richiamate provvedono alla compilazione on-line con cadenza annuale e la compilazione costituirà una misura di prevenzione generale, obbligatoria e trasversale. Per tutto il personale dipendente a qualsiasi titolo, e comunque sino a quando non sarà operativa la raccolta dei dati sul modello AGENAS, è adottato un modello di dichiarazione del conflitto di interessi (su quanto indicato nei vigenti regolamenti disciplinari e di comportamento aziendale distinti per Area di appartenenza del dipendente pubblicati nella sezione Regolamenti del sito internet aziendale al seguente link <http://www.asp.sr.it/default.asp?id=426&mnu=426>) che viene compilato e sottoscritto annualmente su richiesta di ciascun dirigente delle varie articolazioni aziendali, rimanendo quest'ultimo responsabile della mancata raccolta e successiva valutazione formale (tracciabile) dei casi. I responsabili dei vari organi collegiali, commissioni, collegi in seno all'Azienda, provvedono alla puntuale raccolta delle dichiarazioni sui conflitti interessi in occasione di ogni seduta qualora ritenuto opportuno dalla tipologia di convocazione (ad es. diversità dei soggetti o della pratica da esaminare).

I dipendenti destinati a operare nei settori e/o attività particolarmente esposti alla corruzione devono astenersi, già ai sensi dell'articolo 6 bis della legge n.241/1990, in caso di conflitto di interessi, segnalando al RPC tempestivamente ogni situazione di conflitto in atto con astensione.

I conflitti di interesse devono essere resi noti con immediatezza con dichiarazione scritta da inviarsi al proprio responsabile ovvero al Direttore del personale qualora coinvolga un responsabile apicale di struttura. Tutti i dipendenti/collaboratori/consulenti (inclusi specialisti ambulatoriali interni) devono, nei

loro rapporti esterni con clienti/fornitori/contraenti e concorrenti, comunque curare gli interessi dell'Azienda rispetto ad ogni altra situazione che possa concretizzare un vantaggio personale anche di natura non patrimoniale.

L'ANAC, con la deliberazione n°1064 del 13/11/2019, ha richiamato l'attenzione su una ipotesi di conflitto già nota nel D.P.R. n°62/2013, e riportata nei codici di comportamento adottati da quest'Azienda. Si tratta dell'ipotesi dell'art. 14 del citato D.P.R. ad oggetto "Contratti ed altri atti negoziali" che, sebbene possa integrare gli estremi di una configurabilità automatica, è opportuno che il dipendente comunichi comunque la situazione di conflitto al dirigente/superiore gerarchico che decide sull'astensione.

Art. 11 – bis Regolamentazione accesso Portatori di interessi – Misura di prevenzione ulteriore e trasversale

Un apposito regolamento, già approvato con deliberazione aziendale (n. 396 del 29/7/2019) regola l'accesso alle strutture aziendali di tutti i c.d. portatori di interessi "nel settore delle forniture di dispositivi sanitari / medicali e di prodotti farmaceutici e degli integratori

E' prevista una rendicontazione formale da trasmettere alla Direzione Aziendale. La misura di prevenzione è obbligatorio e trasversale

Art.12 Ruolo strategico della formazione dei dipendenti. Misura di prevenzione obbligatoria e trasversale.

Gli eventi legati alla epidemia da COVID e le normative nazionali e regionali hanno impedito lo svolgimento del percorso formativo, che è ripreso nel 2022 a seguito della dichiarazione di cessazione dell'emergenza nazionale dal 1 aprile 2022, con azioni sul campo già ben definite e sempre nel rispetto delle norme antiassembramento e a tutti gli opportuni accorgimenti e alle misure anticontagio.

Nel dicembre 2022 presso la UOS Formazione Permanente, su richiesta del RPC, è stata svolta in house specifica attività formativa atta a rafforzare la consapevolezza delle figure professionali (direttori di Struttura Complessa e Semplice e operatori sanitari operanti in Azienda con contratti di lavoro a T.D.) per i quali, in ordine alla complessità del rischio corruttivo associato alle attività da loro svolte, si reputa necessario e fondamentale avviare tale processo.

Quanto sopra 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 ai programmi ed alle attività formative sulla normativa relativa alla prevenzione e repressione della corruzione e sui temi della legalità.

Nell'ambito del piano formativo anno 2023 sono state comunque previste le iniziative da realizzare nel contesto del piano di prevenzione della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il programma di formazione approfondisce le norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione ed in particolare i contenuti della Legge n.190/2012 e gli aspetti etici e della legalità dell'attività oltre ad ogni tematica che si renda opportuna e utile per prevenire e contrastare la corruzione.

Sarà cura del Responsabile della prevenzione della corruzione e del Responsabile della Trasparenza, di concerto con il Responsabile dell'Ufficio Formazione e con i Direttori delle strutture aziendali, rinnovare

per il corrente anno 2023 l'attività formativa in materia per aree di rischio attraverso il coinvolgimento dei dipendenti

Si da atto, altresì, che - al fine di assicurare la più ampia divulgazione delle tematiche relative alla prevenzione e al contrasto della corruzione - i Responsabili delle articolazioni aziendali avranno cura di organizzare presso le rispettive strutture/servizi/uffici degli incontri formativi brevi nel corso dei quali gli operatori che hanno partecipato ai programmi di formazione aziendali espongono le indicazioni essenziali apprese.

Della tenuta di tali incontri dovrà essere dato riscontro al Responsabile della prevenzione della corruzione.

Ed inoltre per il presente anno 2023 il Responsabile della Prevenzione della Corruzione promuoverà azione di maggiore formazione in materia da realizzare su tre livelli:

- **Livello specifico:** rivolto al responsabile 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 livello 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.

Art.13 Monitoraggio e controllo sull'assenteismo. Misura di prevenzione obbligatoria e trasversale.

Al fine di prevenire situazioni di assenteismo tra il personale dipendente, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, adottano misure di verifica casuali e periodiche finalizzate ad accertare l'effettiva presenza fisica dei propri addetti sul posto di lavoro. Del periodico monitoraggio viene data evidenza alla UOC Gestione Risorse Umane e al RPC. Ovviamente rimane obbligatoria la cd. timbratura tramite scheda magnetica (badge) presso la sede di servizio assegnata

Art.14 Protocolli di legalità/Patti di integrità - Misura di prevenzione obbligatoria e trasversale

I patti di integrità ed i protocolli di legalità 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.

Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo.

Si tratta quindi di un complesso di regole di comportamento finalizzato alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volto a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

A tal fine l'Azienda in attuazione dell'art.1, comma 17 della L.190/2012, predispone e 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.

Art. 15 Decorrenza e scadenza dei termini per procedure di reclutamento di personale e di approvvigionamento di beni, servizi e affidamento lavori, di alienazioni di immobili aziendali e locazioni attive e passive. Misura obbligatoria trasversale

Al fine di assicurare la più ampia partecipazione dei soggetti, (interni ed esterni, persone fisiche e giuridiche), alle procedure pubbliche di reclutamento di personale a qualsiasi titolo, e alle procedure di approvvigionamento di beni e servizi e affidamento lavori, i termini di decorrenza e di scadenza, ovvero anche solo uno dei termini, non potranno cadere nel periodo compreso tra il 1 agosto e il 31 agosto del medesimo anno. La deroga può essere consentita solo per imprevedibili ed improvvise esigenze di urgenza, da motivarsi adeguatamente ed espressamente nel provvedimento di indizione (bando, concorso ed avviso etc.). All' applicazione della misura, obbligatoria e trasversale, sono tenuti tutti i Responsabili delle varie articolazioni aziendali che propongono tali procedure (UOC Tecnico, UOC Provveditorato, UOC Gestione Risorse Umane, UOC Economico Patrimoniale, UOC Affari Generali, UOS Servizio Legale etc.).

Art. 16 Pantouflage

Nella organizzazione delle **attività** amministrative e nella individuazione dei rischi di corruzione, il **divieto di pantouflage** previene uno scorretto esercizio dell'attività istituzionale da parte del dipendente pubblico, un conflitto di interessi ad effetti differiti, finalizzato a preconstituirsì un *favor* nei confronti di colui che in futuro potrebbe conferirgli incarichi professionali, acclarando il diretto collegamento con il principio costituzionale di trasparenza, imparzialità, buon andamento e di quello che impone ai pubblici impiegati esclusività del servizio a favore dell'Amministrazione (art. 97 e 98 Cost.)

Il legislatore ha integrato la disciplina della prevenzione della corruzione nell'ambito della complessa e articolata materia degli incarichi pubblici, mediante l'introduzione di misure nella fase di c.d. **post-employment** (appunto il *pantouflage* o l'*incompatibilità successiva*), preordinate a ridurre i rischi connessi all'uscita del dipendente dalla sfera pubblica e al suo passaggio, per qualsivoglia ragione, al settore privato. Tali misure si affiancano ai meccanismi di *pre-employment* (le c.d. "**inconferibilità**", ossia i divieti temporanei di accesso alla carica) e di **in-employment** (le c.d. "**incompatibilità**", ossia il cumulo di più cariche) previsti dal D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 – *Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico*) - finalizzati a sterilizzare possibili conflitti di interesse nell'accesso agli incarichi pubblici.\

Questa Azienda ha infatti, a tal riguardo, inserito nella stipula dei contratti di lavoro dei dipendenti la clausola prevista espressamente che testualmente recita "*i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal secondo comma dell'art. 16 ter sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti*".

Art. 17 Procedura di individuazione componenti collegi, commissioni etc... - Misura obbligatoria e trasversale

Al fine di assicurare la massima trasparenza, il criterio è quello della rotazione per garantire la più ampia partecipazione nella individuazione dei componenti di collegi, commissioni etc. a qualsiasi titolo (reclutamento di personale, valutazioni etc.)

La designazione aziendale sarà effettuata su indicazione del Direttore Generale oppure, ove possibile, sulla base di sorteggio tra coloro aventi diritto e in possesso dei requisiti richiesti. Dal sorteggio, ove effettuato, deve essere data pubblicità adeguata e all'applicazione della misura, obbligatoria e trasversale, sono tenuti tutti coloro che hanno titolo alla individuazione. La deroga potrà essere consentita solo previa adeguata e puntuale motivazione.

Art. 18 Regolamento sul conferimento dei patrocini legali e regolamento sul controllo antiriciclaggio

E' stato adottato un apposito regolamento per l'affidamento dei patrocini legali a professionisti esterni in ossequio alla determina ANAC n. 12/2018 e alla direttive regionali in materia. E' stato adottato dal Responsabile antiriciclaggio apposito regolamento in materia, pubblicato sul sito web aziendale nella pagina di riferimento.

Art. 19 Partecipazione del personale dipendente ad attività formative esterne con spese a carico di soggetti terzi

Al fine di disciplinare la partecipazione dei dipendenti alle varie attività formative accreditate ECM con spese, in tutto o in parte (iscrizione, viaggio, vitto, alloggio) a carico di soggetti terzi di qualunque tipologia in qualità di sponsor, è stato adottato un apposito regolamento cui si atterrano tutti i dipendenti in modo di assicurare che la sponsorizzazione avvenga con trasparenza secondo criteri di pari opportunità, imparzialità e rotazione, evitando conflitti di interesse anche solo potenziali.

Art. 20 Tutela del dipendente che segnala illeciti. Misura di prevenzione obbligatoria e trasversale

L'Azienda si è adeguata alla nuova normativa dettata dalla legge 30 novembre 2017 n. 179 entrata in vigore il 29.12.2017 ed ha implementato una piattaforma per le segnalazioni (cd. Whistleblowing: dipendenti che segnalano illeciti).

Il sistema, cui si accede dalla homepage del sito aziendale assicura tutte le garanzie di riservatezza della corrispondenza dettate dalle normative vigenti ed in linea con le caratteristiche tecniche già fissate da ANAC. Rimane ovviamente la responsabilità del segnalante per calunnia o diffamazione.

Il dipendente che segnala condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del proprio ufficio alla Autorità giudiziaria, al superiore gerarchico, al Responsabile per la prevenzione della corruzione, non può essere sottoposto a misure discriminatorie, sanzionato o licenziato per motivi collegati alle iniziative di cui si è detto. Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, quando la contestazione degli addebiti sia fondata su distinti ed ulteriori accertamenti e/o atti rispetto alla segnalazione. Al responsabile per la prevenzione della corruzione è affidata la competenza della obbligatoria istruttoria delle segnalazioni anche se di matura anonima purché ampiamente circostanziate.

E difatti, la protezione della persone, che in un contesto lavorativo segnalano presunte violazioni di disposizioni normative e nazionali o dell'Unione Europea di cui siano venuti a conoscenza, che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'Amministrazione Pubblica, è obiettivo di questa Azienda, in recepimento del decreto legislativo approvato in sede preliminare dal Consiglio dei Ministri il 9 dicembre 2022 con il concerto del Ministro della Pubblica Amministrazione

Impegno da intensificare per rafforzare i principi di trasparenza e responsabilità e per prevenire la commissione dei reati.

Nella sezione del sito istituzionale è previsto il canale whistleblowing che garantisce riservatezza e sicurezza delle informazioni secondo le Linee Guida dettate dall'ANAC con ultima delibera n. 469 del 9.06.2021 avente ad oggetto “ Linee Guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o di irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54 bis del D.leg.vo 165/2001 “

Art. 21 Segnalazione illeciti dalla società civile. Misura di prevenzione trasversale e ulteriore.

Con l'implementazione del sistema descritto nell'articolo precedente, si è altresì aperta la possibilità di ricevere segnalazioni anche dalla società civile sia per i suggerimenti di politiche atte alla prevenzione del fenomeno corruttivo all'interno dell'Azienda che per le segnalazioni di fatti illeciti noti.

Rimane la responsabilità e le conseguenze per calunnia o diffamazione.

Art. 22 Rotazione degli incarichi dei dirigenti e criteri rotazione del personale. Misura di prevenzione obbligatoria e trasversale

Il Direttore/Responsabile di ufficio, dandone obbligatoria evidenza al Responsabile per la prevenzione della corruzione, procede alla rotazione (cd. funzionale) all'interno della propria UO dei dipendenti coinvolti nella istruttoria e/o attività a ad elevato rischio di corruzione (responsabili del procedimento), compatibilmente con l'organico assegnato e la capacità e competenza del personale assegnato e, in caso di impossibilità di rotazione ritenuta necessaria e utile, dà evidenza alla Direzione strategica per le possibili rotazioni tra UUOO.

Specifici regolamenti e atti organizzativi sull'affidamento degli incarichi dirigenziali in adesione ai principi fissati dall'ultimo PNA, provvedono a stabilire i criteri di rotazione tra le varie UUOO del personale fungibile afferente il comparto nonché a stabilire la durata massima degli incarichi dirigenziali per le strutture apicali fungibili, classificate in base al livello di rischio elevato e rilevante identificato dal presente piano, anche in caso di esito positivo delle valutazioni.

Il regolamento stabilisce i criteri trasparenti, le modalità e la tempistica di rotazione, esclude opportunamente le professionalità e i ruoli infungibili anche a causa dell'esiguità del personale, in tal caso si procederà alla rotazione del personale che svolge le funzioni intermedie e allo spezzettamento delle competenze (cd. Segregazione delle funzioni). La rotazione si applica altresì agli incarichi interni per Commissioni mediche per accertamento dell'invalidità civile e delle commissioni di selezione del personale e quelle di gara.

Analogamente, nei modi e nei tempi, si procederà nei confronti del personale in servizio nelle aree a rischio da individuarsi in base allo specifico profilo professionale posseduto, afferente il comparto ovvero i profili della dirigenza purché non titolari di incarico di struttura.

Art. 23 Trasparenza e integrità. Trasparenza degli atti: Accesso civico e accesso civico generalizzato. Misura di prevenzione strategica, obbligatoria e trasversale

L'Azienda si conforma ai principi della nuova normativa 25 maggio 2016 n. 97 cosiddetto FOIA. I Responsabili delle varie strutture aziendali, pubblicano nella apposita sezione del sito aziendale i provvedimenti adottati in formato riutilizzabile; il mancato adempimento da parte degli stessi comporta responsabilità dirigenziale e disciplinare oltre ai risvolti sulla valutazione personale e di struttura.

E' individuata quale obiettivo strategico in materia di trasparenza la pubblicazione di tutte le fasi del percorso attuativo di certificazione del bilancio già avviata da questa Azienda nel corso del 2016: le varie fasi di avanzamento sono puntualmente pubblicate nell'apposita sezione del sito aziendale "amministrazione trasparente" ed è individuato quale responsabile della pubblicazione il Direttore della UOC Economico Patrimoniale.

Il Responsabile per la trasparenza è individuato quale soggetto preposto per il riesame in caso di diniego totale o parziale ovvero in caso di mancata risposta all'accesso civico generalizzato ai sensi del dlgs. 97/2016; Il Responsabile per la trasparenza adotta entro i termini un provvedimento motivato. I Responsabili delle varie strutture aziendali possono prevedere la pubblicazione di ulteriori atti non obbligatori per legge, indicandone la misura tra quelle di contrasto alla corruzione nell'analisi dei processi e rischi correlati. Il Direttore della UOC Economico Patrimoniale provvede alla pubblicazione sul sito aziendale del bilancio di esercizio entro sei mesi dalla approvazione e ne è responsabile in caso di omissione. Il Direttore Generale, tramite il responsabile della trasparenza, dispone, entro il 30 giugno di ogni anno, la pubblicazione sul sito aziendale dei risultati del monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti.

Art. 24 Monitoraggio dei rapporti tra l'Azienda e i soggetti con i quali ha rapporti aventi rilevanza economica. Misura di prevenzione obbligatoria

I Responsabili delle articolazioni aziendali provvedono a monitorare i rapporti tra l'Azienda e 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, anche verificando o indagando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione, attraverso appositi moduli da somministrare ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni e ai fornitori in relazione agli importi economici in gioco.

In caso di conflitto di interessi dovranno essere attivati meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art.6 bis Legge n.241/90 e s.m.i. del personale in conflitto.

Con cadenza almeno annuale deve essere data evidenza al Responsabile per la prevenzione della corruzione.

Art. 25 PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza (PNRR) è il documento che il Governo Italiano ha predisposto per illustrare alla Commissione Europea come il nostro Paese intende investire i fondi previsti nell'ambito del Programma Next Generation Eu.

Il documento descrive quali Progetti l'Italia intende realizzare grazie ai fondi comunitari. Il Piano delinea come tali risorse saranno gestite e presenta anche un calendario di riforme, in parte finalizzate all'attuazione del Piano e in parte alla modernizzazione del Paese.

Il Piano è stato realizzato seguendo linee guida emanate dalla Commissione Europea e si articola su tre assi principali:

- Digitalizzazione e innovazione;
- Transizione ecologica;
- Inclusione sociale

Il PNRR raggruppa i progetti di investimento in 16 componenti, a loro volta raggruppate in 6 Missioni:

- Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo;
- Rivoluzione verde e transizione ecologica;
- Infrastrutture per una mobilità sostenibile;
- Istruzione e ricerca;
- Coesione e inclusione;
- Salute

Attesa l'attuale fase storica caratterizzata dai forti cambiamenti dovuti alle molte riforme connesse agli impegni assunti dall'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per superare il periodo di crisi derivante dalla pandemia, oggi reso ancor più problematico dagli eventi bellici ancora in corso nell'Europa dell'est, stante l'ingente flusso di denaro a disposizione da una parte, e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità e realizzazione degli interventi, diventa necessario attuare un maggiore rafforzamento della integrità pubblica e una maggiore programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione.

Gli impegni assunti con il PNRR incidono in modo significativo sulla innovazione e organizzazione e riguardano in modo peculiare il settore dei contratti pubblici, ambito nel quale è preminente il ruolo dell'ANAC. Infatti, in merito alla organizzazione delle PP.AA. sono state previste novità nel sistema dell'anticorruzione e della trasparenza dal D.L. 9 giugno 2021, n. 80 recante “ 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

A tal riguardo questa Azienda rivolge la propria attenzione alla gestione metodologica sulla gestione del rischio corruttivo fornito da ANAC in quelle UU.OO. in cui vengono gestiti fondi strutturali e del PNRR ed in cui è necessario mettere a sistema le risorse disponibili (umane, finanziarie e strumentali)

Una larga parte delle risorse è destinata a migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche

Con nota prot. n. 21939 dell'8 marzo 2023 del Responsabile della Prevenzione della Corruzione è stato chiesto al Referente Aziendale PNRR e ai RR.UU.PP. aziendali PNRR una mappatura dei competenti processi, procedimenti ed attività svolte o da svolgersi coerentemente ai relativi profili di responsabilità

La suddetta mappatura è finalizzata ad analizzare e a garantire, nell'ambito di ciascuna azione amministrativa, contabili e di verifica e di controllo svolta dai Referenti e dai RUP, la previsioni di tutte le misure possibili volte alla realizzazione del principio della sana gestione finanziaria, secondo quanto disciplinato dal Regolamento finanziario UE, EURATOM 2018/1046 e dall'art. 22 del Regolamento UE 2021/241 e secondo quanto previsto dall'ANAC, in particolare modo nella sezione speciale dedicata ai contratti pubblici, nel PNA.

Sarà quindi data particolare attenzione al monitoraggio sull'attuazione di quanto programmato per contenere i rischi corruttivi, attraverso poche ma chiare misure di prevenzione, ben programmate e coordinate ma soprattutto attuate e verificate nei risultati

Art. 26 Collegamento con il ciclo della performance

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.

Nei casi più gravi il mancato rispetto delle previsioni contenute nel presente piano comporta illecito disciplinare nei confronti dei dirigenti e del personale inadempiente.

L'O.I.V. verifica 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.

Art. 27 Adeguamenti del Piano per la prevenzione della corruzione e trasparenza e adeguamento del codice unico di comportamento.

Il presente piano sarà costantemente adeguato alle indicazioni fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione anche a seguito delle intervenute modifiche dell'organizzazione aziendale. Si procederà nel corso del presente anno ad adottare il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, rinnovato e al passo con i tempi, che punti, come dettato dal DPR del 1 dicembre 2022, al divieto di discriminazione

sui luoghi di lavoro, sui nuovi criteri per la misura della performance, sulla responsabilità dei dirigenti, sui comportamenti “ green “ ed uso responsabile dei social media su proposta del Direttore della UOC Gestione Risorse Umane

Conclusioni Prospettive di gestione del rischio di corruzione in sanità in ambito emergenziale

L'emergenza epidemiologica ha richiesto sforzi estremi al SSN e al SSR. Il Governo ha mobilitato risorse economiche senza precedenti ed ha attribuito poteri straordinari a commissari nazionali e regionali. Molti appalti pubblici sono stati aggiudicati ed eseguiti con procedure accelerate, i benefici economici sono stati riconosciuti ai cittadini sulla base di semplici autocertificazioni, molteplici dati clinici e sanitari sono entrati a far parte del patrimonio pubblico.

Per tali ragioni il sistema organico di prevenzione della corruzione di questa Azienda, attuato attraverso il P.T.P.C. anni 2023 – 2024 - 2025, si propone di strutturare un processo finalizzato al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- a) Ridurre sempre la possibilità che si manifestino casi di corruzione;
- b) Aumentare la capacità del sistema aziendale di intercettare e prevenire casi di corruzione;
- c) Favorire sempre il miglioramento del sistema, valorizzando i principi fondamentali di eguaglianza, trasparenza, fiducia nelle istituzioni, legalità ed imparzialità

Pertanto il presente P.T.P.C. nel rappresentare complessivamente la strategia di prevenzione della corruzione dell'Azienda, offre un quadro di riferimento e apre campi applicativi sulle misure di intervento che lo stesso nuovo Piano Nazionale Anticorruzione intende accompagnare

SEZIONE TRASPARENZA E INTEGRITÀ

Con il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n.150, il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione ha posto l'accento sul tema della trasparenza, introducendo una serie di strumenti obbligatori, atti a garantire la pubblicità e l'accessibilità dei dati e delle informazioni e definendo nuovi ambiti d'intervento, ai quali deve attenersi il piano strategico Aziendale. In ottemperanza all'art.11, comma 8, lettera a), del D.lgs. n°150/2009, della Legge 6 novembre 2012 n.190, del D.Lgs n°33/2013, come modificato dal D.Lgs n. 97 del 25.05.2016 (F.O.I.A., diventato operativo dal 23.12.2016) “Riordino della discipline riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni“ e sulla base delle Linee Guida ANAC (delibera n. 1310 del 28.12.2016) “Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 modificato dal D.Lgs. 97/2016”, “le Pubbliche Amministrazioni, hanno l'obbligo di adottare come Sezione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione - il Programma per la Trasparenza e l'Integrità (pertanto, con decorrenza 23.12.2016, si ha un unico documento denominato Piano Triennale prevenzione corruzione e trasparenza(adesso P.T.P.C.T.), ex delibera ANAC n. 831/2016 relativa al PNA 2016, previsione confermata dall'art. 10, comma 1, D.Lgs. 33/2013 come modificato da FOIA), da aggiornare annualmente, al fine di garantire un adeguato livello di Trasparenza, intesa come accessibilità totale da parte della collettività (in particolare mediante la pubblicazione on-line delle informazioni concernenti ogni aspetto della Organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse); Integrità, da intendersi in relazione al carattere

strumentale che la pubblicazione ha al fine della prevenzione della corruzione nelle PP.AA. (la trasparenza è il mezzo attraverso cui prevenire varie forme di illecito e di conflitto di interessi).

Unitamente alla piena integrazione tra Piano della prevenzione della corruzione e Piano della Trasparenza, la delibera ANAC n°831/2016, relativa al PNA 2016, e il D.Lgs.n°97/2016 hanno operato l'unificazione in un unico soggetto del Responsabile della prevenzione della corruzione e del responsabile della Trasparenza (adesso R.P.C.T.). La deroga a tale assetto –assolutamente residuale – può essere giustificata in caso di particolare estensione territoriale dell'amministrazione, come si verifica presso la scrivente azienda, dotata di quattro strutture ospedaliere dislocate in un ambito territoriale che, diametralmente, abbraccia una distanza di quasi cento chilometri.

L'ultimo PNA 2019, approvato da ANAC con deliberazione n°1064 del 13/11/2019, fa assurgere la trasparenza a “regola per l'organizzazione, per l'attività amministrativa e per la realizzazione di una moderna democrazia”.

Da ciò si ricava che la trasparenza diventa il naturale presupposto per l'attività preventiva della corruzione, promuovendo una cultura della legalità, come è stato ampiamente riconosciuto anche dalla stessa Consulta (sentenza n°20/2019). Il programma dell'Asp Siracusa è realizzato rendendo note le iniziative da intraprendere nell'arco triennale di attività e consiste in una dichiarazione programmatica di intenti, in modo da garantire i seguenti duplici profili di Trasparenza dell'Azione Amministrativa:

1)Un profilo “statico”, consistente nella pubblicità di categorie di dati attinenti all'Azienda per finalità di controllo sociale da parte della cittadinanza e degli utenti in generale;

2)Un profilo “dinamico”, direttamente collegato alla performance, che comporta l'obbligo di risposta alle decisioni prese ed alle azioni compiute.

La pubblicità dei dati collegati all'organizzazione ed all'erogazione dei servizi al pubblico si inserisce strumentalmente nell'ottica di fondo del “miglioramento continuo” dei servizi pubblici, connesso al ciclo della performance, anche grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interessi (stakeholder).

Il coinvolgimento e l'apporto partecipativo degli stakeholder agevola il raggiungimento del medesimo obiettivo. Per quanto attiene al buon andamento dei servizi pubblici ed alla corretta gestione delle relative risorse, la pubblicazione on-line dei dati consente a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione dell'Azienda e concorre a sollecitare nuove modalità di partecipazione e di coinvolgimento della collettività. In quest'ottica, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia del cittadino, nella doppia veste di destinatario delle attività delle pubbliche amministrazioni, che di utente dei servizi pubblici. L'adozione, da parte dell'Asp di Siracusa, del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità -triennio 2014-2016, giusta deliberazione n°155 del 30/01/2014, ha avuto lo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e di imparzialità. Con deliberazione n. 60 del 27/01/2016, si è provveduto all'aggiornamento annuale del P.T.T.I. per il triennio 2016-2018, integrato nel P.T.P.C. In maniera non dissimile, con deliberazione n. 74 del 31/01/2017, si è provveduto all'aggiornamento per il triennio 2017-2019 come pure, con deliberazione n. 94 del 30/01/2018, si è disposto l'aggiornamento annuale per il triennio 2018-2020. Con deliberazione n. 67 del 29/01/2019, si è predisposto l'aggiornamento per il triennio 2019-2021, con deliberazione n. 87 del 29/1/2020 si è provveduto all'aggiornamento per il triennio 2020-

2022, con deliberazione n. 461 del 30.3.2021 per il triennio 2021-2022-2023 e con il presente atto per il triennio 2022-2023-2024.

Il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità enuncia ed esplicita tutte quelle iniziative in corso o da intraprendere, che garantiscano gli obiettivi sopra enunciati. Fondamento di tale iniziativa è la pubblicazione di tutta una serie di dati e informazioni che favorisca:

- Un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione

- Una gestione ottimale delle risorse pubbliche

- Un livello massimo di trasparenza, da attuare anche nelle fasi cruciali e strategiche del ciclo di gestione della performance. La trasparenza, pertanto, è intesa come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sul sito istituzionale aziendale www.asp.sr.it.

CONTESTO NORMATIVO

- Art. 11 del D.Lgs n. 150/2009, che definisce la trasparenza come “accessibilità totale attraverso lo strumento di pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche delle informazioni all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità”; •Linee guida per i siti web della P.A. del 29 luglio 2011, previste dalla Direttiva n. 8 del 26 novembre 2009 del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione, che prevede che i siti web delle P.A. debbano rispettare il principio della trasparenza tramite l'accessibilità totale, da parte del cittadino, alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, definendo i contenuti minimi dei medesimi siti istituzionali; la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione, che ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione e che, in particolare, all'art. 1, comma 15, prevede che la trasparenza dell'attività amministrativa sia assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione e individua, al comma 16, i procedimenti che debbono essere oggetto di trasparenza per assicurare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili;

- Legge 17 dicembre 2012 n. 221, “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”, che ha poi differito al 31 marzo 2013 il termine per l'adozione del Piano della prevenzione della corruzione, ai sensi dell'art. 1, comma 8, della legge n. 190/2012;

- Delibera n. 6/2013, “Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013” della CIVIT, quale Autorità Nazionale Anticorruzione, con la quale, in considerazione del rilievo della trasparenza all'interno dei Piani di prevenzione della corruzione del predetto differimento del termine per la loro adozione della delega sul riordino degli obblighi di trasparenza e al fine di evitare duplicazioni, si era riservata di intervenire successivamente, per definire il termine e le modalità di aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e il suo coordinamento con il Piano triennale di prevenzione della corruzione;

•D.Lgs 14 marzo 2013 n. 33, recante il “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”, adottato dal Governo in attuazione della delega contenuta nella legge n. 190/2012, che costituisce la norma di rilevante impatto sull’intera disciplina della trasparenza, e costituisce il risultato conseguente ai diversi interventi normativi, che si sono seguiti nel tempo e, in particolare: Delibera CIVIT n. 50/2013 avente ad oggetto “Linee Guida per l’aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2014-2016”; Delibere CIVIT n. 71/2013, n. 77/2013, n.148/2014 e n.43/2016, in merito alle attestazioni OIV sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l’anno 2013, 2014, 2015 e 2016 e sull’attività di vigilanza e controllo dell’Autorità; Delibera CIVIT n. 144/2014, relativa agli obblighi di pubblicazione concernenti gli organi di indirizzo politico nelle Pubbliche Amministrazioni;

•Linee Guida del Garante per la protezione dei dati personali, giusto provvedimento n. 243 del 15.5.2014 “Linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul WEB da soggetti pubblici o da altri enti obbligati”;

•D.P.C.M. 22 settembre 2014 avente ad oggetto “Definizione degli schemi e delle modalità per la pubblicazione su internet dei dati relativi alle entrate e alle spese dei bilanci preventivi e consuntivi e dell’indicatore annuale di tempestività dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni”;

•Primo rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza e integrità (AGENAS) -anno 2015;

•Legge n. 208 del 30.12.2015 (Legge di stabilità 2016), art.1, commi 522 e 523: □ Gli Enti del SSN assicurano la massima trasparenza dei dati di bilancio pubblicando integralmente il Bilancio di esercizio entro 60 giorni dalla data di relativa approvazione; □ Gli Enti del SSN attivano un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità e pubblicano entro il 30 giugno di ogni anno i relativi esiti;

•D.Lgs. n. 97 del 25.05.2016 (F.O.I.A.) “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni”; Linee Guida ANAC (delibera n. 1310 del 28.12.2016) “Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.lgs. 33/2013 modificato da D.lgs. 97/2016”; D.Lgs. n. 50/2016 (nuovo Codice Contratti pubblici);

- Linee Guida ANAC su accesso civico (delibera n.1309 del 28.12.2016);
- Linee guida ANAC su Codici comportamento (determinazione n.358 del 29.03.2017);
- Regolamento ANAC del 16.11.2016 in materia di esercizio del potere sanzionatorio, ai sensi dell’art.47 del D.lgs. 97/2016;
- Delibera ANAC n. 1388 del 14.12.2016 “Atto di segnalazione a Governo e Parlamento per la modifica art. 14 comma 1 lett. d, dell’art.41, comma 3 e dell’art. 47, comma 3, del D.Lgs. 97/2016”;
- Determinazione ANAC n. 241 del 08/03/2017 Linee guida recanti indicazioni sull’attuazione dell’art. 14 del d.lgs. 33/2013 su “Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali” come

- modificato dall'art. 13 del d.lgs. 97/2016 (obbligo di pubblicazione dichiarazioni reddituali e patrimoniali);
- Delibera ANAC n. 382 del 12/04/2017 e comunicato del 12.04.2017 “Sospensione dell’efficacia della delibera n. 241/2017 limitatamente alle indicazioni relative all’applicazione dell’art. 14 comma 1 lett. c) ed f) del d.lgs. 33/2013 per tutti i dirigenti pubblici, compresi quelli del SSN”;
 - Comunicato ANAC del 17/05/2017 e dell’8 novembre 2017 “Chiarimenti in ordine alla pubblicazione degli emolumenti complessivi a carico della finanza pubblica percepiti dai dirigenti”;
 - Atto di segnalazione al Governo e al Parlamento n. 6 del 20/12/2017, concernente la disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, contenuta nel d.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016;
 - Comunicato del Presidente dell’Autorità del 07/03/2018 “Determinazione dell’8 marzo 2017 n. 241 “Linee Guida recanti indicazioni sull’attuazione dell’art.14 del D. Lgs. 33/2013 - Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali” come modificato dall’art. 13 del D.lgs. 97/2016 - sospensione dell’efficacia limitatamente alle indicazioni sulla pubblicazione dei dati di cui all’art. 14, comma 1-ter, ultimo periodo, del d.lgs. 33/2013”;
 - Deliberazione ANAC n°586 del 26 giugno 2019, ad oggetto “Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l’applicazione dell’art. 14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n.20 del 23 gennaio 2019”;
 - Deliberazione n°1064 del 13/11/2019, ad oggetto “Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019”;
 - Comunicato del Presidente ANAC del 4 dicembre 2019, ad oggetto “Pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali di cui all’art. 14, comma 1, lett. f), del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, dei dirigenti regionali”, con il quale è stato rinviato a marzo 2020 l’avvio dei controlli sulla pubblicazione dei redditi e patrimoni dei dirigenti regionali; obblighi sospesi pure per i dirigenti sanitari di struttura complessa delle aziende sanitarie.

PREMESSA

L’ Azienda Sanitaria di Siracusa provvede 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 presente Programma è orientato a garantire la qualità delle informazioni riportate sul sito istituzionale nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge e definisce 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.

Il contenuto e le misure del presente Programma sono 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.

Come nel precedente Programma si evidenziano gli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. n.97/2016 e si confermano le seguenti modalità:

- Indicazione nominativa dei responsabili della pubblicazione secondo l'atto aziendale;
- Individuazione di referenti per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente", con specifica formazione;
- Coinvolgimento degli stakeholder per l'individuazione e gestione delle esigenze di trasparenza.

Nel presente documento, in continuità con i precedenti, si prende atto delle attività finalizzate al rispetto delle normative vigenti in materia di trasparenza, e specificatamente:

- a) Nel sito web istituzionale www.asp.sr.it la sezione Amministrazione Trasparente è raggiungibile dalla Home page;
- b) Con deliberazione n. 102 del 29.1.2020, è stato nominato il nuovo Responsabile della Trasparenza, come indicato all'art.3 del presente piano, nonché il referente aziendale per la Trasparenza (art 1, c. 7, 60, 61 legge 6 novembre 2012, n. 190 -Conferenza Unificata n. 79 del 24 luglio 2013 art. 2), nella persona della Dott.ssa Agata di Giorgio – Responsabile dell'Ufficio Stampa e Responsabile della gestione del sito web aziendale;
- c) Per tutte le Direzioni/Uffici/Settori dell'Azienda sono state attivate le caselle di posta elettronica, raggiungibili tramite link diretto: posta ordinaria: <http://www.asp.sr.it/default.asp?id=619&mnu=619&toolbar=on>, posta certificata: <http://www.asp.sr.it/default.asp?id=641&mnu=641> ed è stato creato un canale di comunicazione dedicato per i portatori d'interesse con l'istituzione della e-mail dedicata alla trasparenza: trasparenza@asp.sr.it.
- d) I Direttori delle UUOCC hanno indicato al Responsabile della Trasparenza un proprio Referente per la pubblicazione con il compito di provvedere, dopo adeguata formazione personalizzata effettuata dal Responsabile della Trasparenza, alla pubblicazione e all'aggiornamento di dati/documenti/informazioni nella Sezione del sito internet "Amministrazione Trasparente" e nelle pagine di pertinenza nel rispetto dell'Allegato B "Obblighi di pubblicazione" che individua, sulla base della griglia prevista dal dlgs 33/2013 e 97/2016 la tempistica di pubblicazione e aggiornamento e individua i dirigenti responsabili della pubblicazione.

Art.26 Obiettivi, iniziative e percorsi di interazione del Programma

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, individua i seguenti obiettivi strategici.

L'obiettivo generale è 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 specifici del presente Programma, finalizzati alla comunicazione ed interazione con il cittadino/utente, sono:

-Razionalizzare e migliorare le informazioni esistenti ed assicurare la conoscenza diffusa dei servizi erogati;

-Semplificare il rapporto con l'utenza, migliorando i processi di ascolto;

-Rendere più accessibili e fruibili i dati dell'Azienda;

-Consolidare i rapporti di fiducia e favorire maggiore partecipazione dei portatori d'interesse.

Il contenuto e le misure del presente Programma sono collegati 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 di questo programma per la trasparenza, quindi, coerenti con gli obiettivi di attività, organizzativi e di miglioramento del piano della performance, perseguono modalità di lavoro condiviso e contribuiscono alla unificazione di procedure organizzative ed operative.

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

Infatti la trasparenza deve essere 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 correlato alla performance.

A tal fine la pubblicazione dei dati relativi all'organizzazione e all'erogazione dei servizi si inserisce nell'ottica di un controllo diffuso che consenta un "miglioramento" dei servizi pubblici erogati dall'Azienda.

Il processo è al servizio della semplificazione del lavoro, alla produzione di dati confrontabili, a disposizione dei cittadini nell'ottica di un'amministrazione aperta. Il presente Programma per la Trasparenza contiene, l'Allegato 1) Sezione Amministrazione Trasparente – Elenco degli obblighi di pubblicazione aggiornato al 31/3/2021 secondo il d.Lgs. n.97/2016 – delibera n. 1310/ANAC del 28.12.2016 -dove risultano gli obblighi di comunicazione/pubblicazione ricadenti sui singoli uffici con l'individuazione sia dell'unità organizzativa responsabile che dei rispettivi dirigenti preposti nonché dei tempi di aggiornamento.

Art.27 Il Responsabile della Trasparenza

L'Azienda continua a mantenere distinte le due figure del Responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza, giusto quanto già affermato all'art.3 del presente Piano è operata la scelta di mantenere la duplicità dell'incarico stante i risultati ottenuti da entrambi i soggetti designati e in considerazione della complessità dei compiti attribuiti nonché delle dimensioni territoriali e organizzative dell'Azienda.

Al responsabile della Trasparenza sono, in particolare affidati i seguenti compiti:

- svolgere un'attività di coordinamento e controllo sull'adempimento da parte dell'Amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa, con particolare riferimento alla continuità, completezza, chiarezza ed aggiornamento delle informazioni;
- predisporre ed aggiornare il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, quale sezione del piano triennale di prevenzione della corruzione;
- controllare e assicurare la regolare attuazione dell'istituto dell'accesso civico;

•segnalare all'Organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione della performance (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) e, nei casi più gravi, all'ufficio procedimenti disciplinari i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Art.28 L'Organismo Indipendente di valutazione

L'O.I.V. ha il compito di verificare e controllare il livello di trasparenza raggiunto dall'Azienda. E' responsabile della corretta applicazione delle linee guida dell'ANAC, monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità, dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza.

Gli esiti delle verifiche vengono trasmessi anche agli organi di vertice dell'Amministrazione al fine di un eventuale aggiornamento degli obiettivi strategici in materia di trasparenza per l'elaborazione dei contenuti del programma triennale.

Art. 29 Iniziative di comunicazione della trasparenza

Le principali iniziative sono tese 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.

L'Azienda garantisce la trasparenza, la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità, attraverso la prosecuzione delle iniziative già intraprese durante il precedente programma.

Si specificano di seguito le misure da porre per favorire la promozione dei contenuti del Programma triennale e dei dati attraverso strumenti anche alternativi considerate le limitazioni imposte dall'attuale situazione pandemica:

- Formazione, tramite corsi (webinar) in materia di trasparenza e integrità rivolti ai dipendenti.
- Forme di comunicazione e coinvolgimento dei cittadini in materia di trasparenza e integrità sia sul sito istituzionale, sia con altre forme per soggetti che non utilizzano tecnologie informatiche quali diffusione a mezzo stampa e canali social.
- Azioni di comunicazione e Giornate della Trasparenza agli stakeholder esterni ed interni in funzione della evoluzione della curva pandemica.
- Azioni da intraprendere in materia di accessibilità per l'utilizzo sempre più ampio di programmi che producano documenti in formato standard.

Verrà verificata la accessibilità dei formati dei documenti presenti sul sito e saranno prese iniziative per rimuovere eventuali ostacoli all'accesso. Nel corso dell'anno, compatibilmente con le limitazioni imposte dalle normative in vigore e gli strumenti di comunicazione alternativi in ordine alla pandemia da SarsCov 2, saranno pianificati ed organizzati incontri con i cittadini, gli stakeholder con il personale dipendente e, altresì iniziative di formazione in materia di trasparenza ed integrità per la condivisione e l'illustrazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e del programma per la trasparenza e l'integrità nonché del Piano della Performance.

L'Azienda continuerà a diffondere i contenuti del programma verso l'esterno con diversi strumenti di comunicazione gestiti dall'Ufficio Stampa aziendale: il sito web istituzionale www.asp.sr.it, la rivista aziendale "Asp Siracusa in forma", comunicati stampa e canali social Facebook, Youtube, Twitter attraverso le pagine istituzionali attivate nonché lo strumento della Newsletter settimanale istituita nel corso del 2021 e indirizzata agli stakeholder sia interni che esterni per mezzo di trasmissione mail. Per dare maggiore diffusione dei contenuti del programma verrà allargata la platea dei partecipanti alle giornate dedicate alla trasparenza, sia per gli stakeholder esterni che interni. Per la comunicazione interna, l'Azienda continuerà a disporre della rete Intranet e della posta elettronica con i contatti di tutti i dipendenti.

Art. 30 Organizzazione e risultati attesi delle Giornate della Trasparenza

Le Giornate dedicate alla Trasparenza, costituiscono un momento per fornire informazioni sia sul Piano Anticorruzione e sul Programma per la Trasparenza che sul Piano e Relazione della performance, a tutti i soggetti a vario titolo interessati e coinvolti (stakeholder sia interni che esterni). Le giornate in argomento costituiscono, altresì l'occasione per condividere esperienze e risultati della valutazione del "clima" lavorativo, del livello dell'organizzazione del lavoro, oltre che del grado di condivisione del Sistema di valutazione.

Gli eventi saranno organizzati, compatibilmente con le limitazioni imposte dalle norme antiassembramento per la pandemia in atto e gli strumenti telematici a disposizione, in modo da rendere più diretto ed interattivo il rapporto con associazioni e organismi rappresentativi dei principali fruitori dei servizi dell'Azienda attraverso un focus sui fondamentali risultati raggiunti ed un'analisi delle potenzialità da sviluppare e delle opportunità di miglioramento.

Art.31 Processo di attuazione del Programma: attività

⇒1) **attività dei Dirigenti responsabili della pubblicazione ed aggiornamento dei dati e dei Referenti per la trasparenza e per la pubblicazione.**

La pubblicazione ed aggiornamento dei dati sul SITO WEB aziendale avviene grazie all'interazione tra le diverse strutture aziendali ed i rispettivi Dirigenti responsabili, con la collaborazione del Responsabile del Sito e del Responsabile della Trasparenza, ruoli assunti dalla dottoressa Di Giorgio che è inoltre responsabile dell'Ufficio Stampa Aziendale, ciascuno per la propria competenza. Come previsto dai precedenti programmi è stata attuata una rete di Referenti per la pubblicazione nelle unità organizzative coinvolte che rappresentano il contatto operativo tra il Responsabile ed il Referente della trasparenza e le varie Strutture dell'Azienda.

Fermo restando che la responsabilità del dato e della relativa pubblicazione non afferisce ai referenti per la pubblicazione ma ai Direttori/Responsabili individuati nella griglia trasparenza allegata al Piano, i Referenti per la pubblicazione individuati garantiscono, insieme ai Responsabili di riferimento, il rispetto degli obblighi di pubblicazione, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale. Gli incaricati della pubblicazione ed immissione diretta sul sito, svolgeranno le loro funzioni dopo aver ottenuto il rilascio delle specifiche credenziali dal Responsabile del sito aziendale, a seguito dell'apposita formazione.

I Responsabili delle Unità Operative vigileranno attraverso i loro referenti per la pubblicazione:

- sul tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge e dal presente Programma;
- sull'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'Amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità delle informazioni pubblicate.

Tutti i documenti saranno pubblicati in formato di tipo aperto secondo la normativa vigente e il Responsabile del Sito vigilerà sulla regolare pubblicazione dei dati.

Modalità di pubblicazione e aggiornamento dati

Alla pubblicazione e all'aggiornamento dei dati oggetto di pubblicazione provvedono i referenti individuati dai Dirigenti Responsabili che, dopo aver acquisito i dati e le informazioni dalla Unità Operativa di appartenenza, con la supervisione del Dirigente responsabile, avviano il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto degli adempimenti stabiliti dalla legge (tempestivo, entro 30 giorni dalla produzione dell'atto, semestrale ed annuale).

⇒2) attività del Responsabile della Trasparenza e del Responsabile del Sito e Referente Aziendale per la trasparenza

Il Responsabile della Trasparenza espleta le proprie funzioni di vigilanza sulle attività dei Referenti per la trasparenza attraverso le seguenti modalità:

- comunicazioni, informazioni e disposizioni operative, emanate prioritariamente attraverso modalità semplificate (posta elettronica, ecc.)
- qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell'esercizio delle proprie prerogative di vigilanza.

Il Responsabile del Sito e Responsabile per la trasparenza espleta le proprie funzioni di coordinamento, controllo e monitoraggio sulle attività dei Referenti per la pubblicazione delle diverse UU.OO. attraverso le seguenti modalità:

- Formazione ed aggiornamento dei referenti per la pubblicazione;
- organizzazione e supervisione di specifici gruppi di lavoro;
- messa a disposizione di materiale e documentazione di specifico interesse sulla rete informativa aziendale;
- qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell'esercizio delle proprie prerogative di coordinamento, controllo e monitoraggio dell'attività dei Referenti per la trasparenza.

Art. 32 Misure organizzative volte ad assicurare regolarità e tempestività dell'attuazione degli obblighi di trasparenza

Per garantire la regolarità dei flussi informativi, il Responsabile del Sito e Responsabile della Trasparenza vigilerà sulla attività dei referenti della pubblicazione per il rispetto degli obblighi di pubblicazione e di aggiornamento nonché sulla tipologia di dati e atti pubblicati, ricadenti sui Responsabili delle Unità Operative.

In caso di ritardata o mancata pubblicazione di un dato soggetto ad obbligo, il Responsabile della trasparenza ne segnalerà la mancanza ai Responsabili di Unità Operative che a loro volta provvederanno a sollecitare il soggetto incaricato alla produzione dell'atto, il quale dovrà provvedere tempestivamente e comunque nel termine massimo di giorni dieci (10).

L'attività di vigilanza sarà altresì svolta:

- nell'ambito dell'attività di monitoraggio del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione;
- attraverso segnalazioni a verifica dell'aggiornamento delle informazioni pubblicate attraverso il monitoraggio effettuato in merito al diritto di accesso civico (art. 5 d.lgs. 33/2013) sulla base delle segnalazioni pervenute. L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente costituisce elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'Azienda ed è altresì oggetto di valutazione ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale ed organizzativa.

Art.33 Accesso agli atti: TIPOLOGIE E PROCEDIMENTI

Il D.lgs 97/2016 ha modificato l'art. 5 del D.lgs 33/2013, prevedendo l'obbligo, posto in capo alle pubbliche amministrazioni, di pubblicare documenti, informazioni o dati, attribuendo il diritto a chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

Inoltre, sempre allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis.

L'esercizio del diritto di cui trattasi non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente. L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e non richiede motivazione. L'istanza può essere trasmessa per via telematica secondo le modalità previste dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, ed è presentata alternativamente ad uno dei seguenti uffici:

- a) all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti;
- b) all'Ufficio relazioni con il pubblico;
- c) ad altro ufficio indicato dall'amministrazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale;
- d) al responsabile della trasparenza, esclusivamente nel caso in cui l'istanza abbia a oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del decreto in argomento. Il procedimento di accesso civico deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza con la comunicazione al richiedente e agli eventuali controinteressati.

Tali termini sono sospesi nel caso di comunicazione dell'istanza al controinteressato durante il tempo stabilito dalla norma per consentire allo stesso di presentare eventuale opposizione (10 giorni dalla

ricezione della comunicazione). In caso di accoglimento, l'amministrazione provvede a trasmettere tempestivamente al richiedente i dati o i documenti richiesti, ovvero, nel caso in cui l'istanza riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D. Lgs. n. 33/2013, a pubblicare sul sito i dati, le informazioni o i documenti richiesti e a comunicare al richiedente l'avvenuta pubblicazione dello stesso, indicandogli il relativo collegamento ipertestuale. Laddove vi sia stato, invece, l'accoglimento della richiesta di accesso civico nonostante l'opposizione del controinteressato, l'Azienda è tenuta a darne comunicazione a quest'ultimo. I dati o i documenti richiesti possono essere trasmessi al richiedente non prima di quindici giorni dalla ricezione della stessa comunicazione da parte del controinteressato, ciò anche al fine di consentire a quest'ultimo di presentare eventualmente richiesta di riesame o ricorso al giudice amministrativo (cfr. art. 5, commi 7-9).

Il responsabile della Trasparenza può chiedere agli uffici informazioni sull'esito delle istanze

A seguito dell'entrata in vigore del nuovo art. 5 del D.lgs 33/2013 le tipologie di accesso ai dati e documenti introdotte dal legislatore sono così individuate:

- a) Accesso documentale (accesso agli atti) disciplinato dalla legge n. 241/1990, limitato ai soggetti con interesse differenziato;
- b) Accesso civico, disciplinato dal D.Lgs. n. 33/2013, art. 5, comma 1, limitato a documenti, informazioni o dati per i quali è previsto specifico obbligo di pubblicazione, nei casi in cui questa sia stata omessa (vedi anche specifiche descrizioni sotto riportate);
- c) Accesso civico generalizzato, disciplinato dal D.Lgs. n. 33/2013, art. 5 e art. 5-bis, relativo all'accesso a dati, documenti, informazioni ulteriori rispetto a quelli oggetto di obbligo di pubblicazione.

L'Azienda al fine di coordinare le tre tipologie di accesso (accesso civico semplice, accesso civico generalizzato, accesso documentale o agli atti), adotta apposito regolamento al quale si fa rinvio.

Le tre diverse modalità si riepilogano nella tabella in allegato (allegato1)

.⇒ Tutela dell'Accesso Civico

Contro le decisioni e contro il silenzio sulla richiesta di accesso civico connessa all'inadempimento degli obblighi di trasparenza il richiedente può proporre ricorso al giudice amministrativo entro trenta giorni dalla conoscenza della decisione dell'Amministrazione o dalla formazione del silenzio.

Art. 34) Obblighi di pubblicazione

Nella tabella, allegata al presente atto (Allegato N.1), "Elenco degli obblighi di pubblicazione aggiornamento al 19/01/2023, sono evidenziate le aree e le strutture dell'Amministrazione coinvolte nella pubblicazione degli obblighi di trasparenza e le relative responsabilità.

L'allegato costituisce lo strumento operativo del programma di pubblicazione, in stretta connessione con gli obiettivi individuati nel Piano triennale per la Prevenzione della corruzione. Nella tabella sono indicati i dati oggetto di pubblicazione, la struttura competente e la tempistica dell'aggiornamento, ed in particolare:

- Le categorie dei dati da pubblicare, come previsti da Linee Guida ANAC (delibera n.1310 del 28.12.2016): “Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 modificato da D.Lgs. 97/2016”;
- La relativa fonte informativa, ovvero la struttura che produce tali dati (con il nominativo del responsabile);
- La modalità di pubblicazione, ovvero il formato utilizzato per la pubblicazione dei documenti sul sito istituzionale;
- La tempistica degli aggiornamenti dei dati;
- La struttura competente alla pubblicazione web.

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

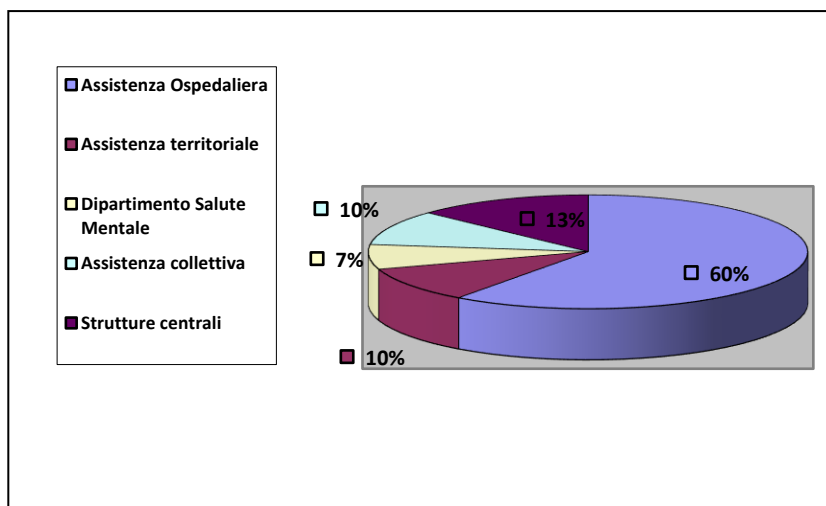
B) Ambito Ospedaliero

- 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:

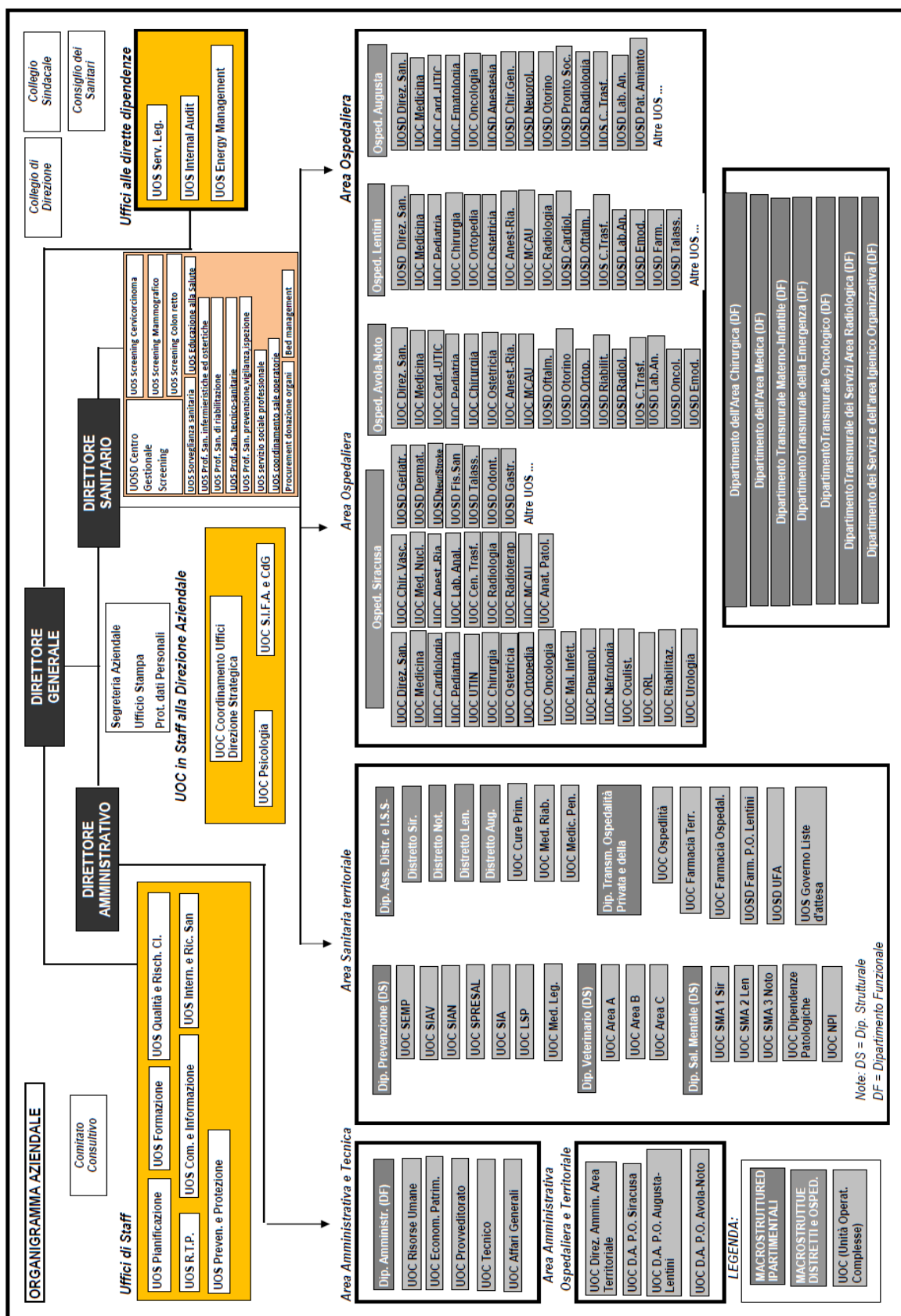
DESCRIZIONE	%
Assistenza ospedaliera	60
Assistenza territoriale	10
Dipartimento Salute Mentale	7
Assistenza collettiva	10
Strutture centrali	13
TOTALE	100



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.

SCHELETRO ORGANIZZATIVO ATTO AZIENDALE

ALLEGATO 1



ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Il quadro normative riferito al lavoro agile nelle Pubbliche Amministrazioni, risulta alquanto complesso in relazione anche alle circostanze che hanno determinato interventi necessari in materia in occasione del periodo emergenziale legato alla pandemia da Covid-19, dando una spinta alla rinnovata regolamentazione del lavoro agile nella P.A..

Il lavoro agile entra nell'ordinamento giuridico con la Legge 7 agosto 2015, n.124 "*Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*" – c.d. riforma Madia – quale forma alternativa e flessibile di rapporto di lavoro nella Pubblica Amministrazione, con obiettivo (art. 14) iniziale di conciliare i tempi di vita ed i tempi di lavoro, anche al fine di tutelare le cure parentali.

Segue 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. 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 all'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:

a) 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;

b) 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 dellanormativa sopra indicata. Successivamente, al fine di fornire specifiche direttive uniformi allePubbliche 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 modificadell'art.14 della Legge 7 agosto 2015, n.124 è redatto secondo le disposizioni dettate dalle su indicate linee guida e tiene conto del DPR 24-6-2022 n. 81 art. 4.

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

Come fatto rilevare nel PIAO 2022-2024, causa il protrarsi dell'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del Covid-19 fino al 31 marzo 2022 ed alle successive scadenze del 2022, l'ASP di Siracusa 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.

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, emanate 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 al l'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.

Nella tabella sottostante vengono riportati i dati del personale in *smart working* presso l'ASP di Siracusa nell'anno 2022.

Qualifica Personale	Quantità
Assistente Amministrativo	3
Coadiutore Amministrativo	1
Coadiutore Amministrativo senior	1
Collaboratore Amministrativo	1
Collaboratore Amministrativo Senior	1
Collaboratore Professionale Ass.San.	1
Collaboratore Professionale Sanitario (Tecnico della Prevenzione)	4
Dirigente Psicologo	3
TOTALE	15

Esaurita la fase emergenziale, nella definizione di una proposta di modello permanente di smart working occorre tener conto del Decreto Ministro per la Pubblica Amministrazione del 8 ottobre 2021, ad oggetto "Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle PP.AA".

Si segnala, in particolare, l'art.1, comma 3 che demanda la definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile alla contrattazione collettiva (CCNL).

Il primo puntuale intervento di Contrattazione collettiva è rinvenibile nel CCNL 2019-2021 del Comparto Sanità che al Titolo VI-Lavoro a distanza si occupa al Capo I del Lavoro agile (art. 76-80).

Riferimenti al Lavoro agile negli altri CC.CC.NN.LL delle Aree Sanità e PTA si rinvengono quale materia oggetto di esame da parte degli Organismi paritetici per l'innovazione.

Modalità attuative

Sulla base delle Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa dovrà 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 dovrà tener conto della richiamata intervenuta contrattazione collettiva che, almeno con riferimento al personale del comparto, disciplina il lavoro agile, prevedendo anche un confront in ordine alla individuazione delle attività che possono essere svolte in lavoro agile.

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 smartworking 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 gli Organismi paritetici per l'innovazione e le delegazioni trattanti.

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. Punti di partenza, pertanto, sono: la valutazione dell'esperienza pregressa rispetto a forme di lavoro a distanza; l'analisi del contesto interno; la raccolta ed elaborazione delle informazioni in merito al fabbisogno aziendale, ai bisogni dei dipendenti nonché analisi sulla più recente normativa in materia;

Una seconda fase di sviluppo intermedio, con redazione di un apposito regolamento, frutto di confronto aziendale con i diversi soggetti coinvolti.

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 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:

siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;

possano essere svolte da remoto e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore presso la sede di servizio;

prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;

richiedano una concentrazione o una creatività particolare per la loro esecuzione;

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.

Sottosezione di programmazione - Piano 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 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 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.

La dotazione organica è stato oggetto di successive modifiche ed integrazioni, nell’invarianza di costi e di unità di personale, con deliberazione n. 816 del 16-7-2022

Rimandando, per lo specifico, agli atti citati, il Fabbisogno 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 (€/mgl)	Posti Vacanti	Piano del Fabbisogno (Teste)	Costo piano del fabbisogno (€/mgl)	Posti Vacanti	Piano del Fabbisogno (Teste)	Costo piano del fabbisogno (€/mgl)
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	48	58	-	32	-	-	-	32	-	32	-	129	-	58
di cui Veterinari						13						13						13
di cui Altri Dirigenti Sanitari						-						-						-
di cui Dirigenti PTA						-						-						-
TOTALE FABBISOGNO 2021	-	32	1	129	48	71	-	32	-	-	-	45	-	32	-	129	-	71

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

Una prima linea di intervento concerne la valorizzazione professionalità interne e nei limiti delle vigenti capacità assunzionali: sopravvenuta, allo scadere del triennio 2020-2022, l’impossibilità di avvalersi della facoltà prevista dall’articolo 22, comma 15, del d.lgs. n. 75 del 2017, sarà oggetto di valutazione 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; si fa riferimento, al riguardo, alle previsioni del CCNL 2019-2021 del Comparto Sanità art. 20 sulla progressione tra le aree ai sensi dell’art. 52, comma 1-bis del D. Lgs, 165/2001.

Per il superamento del precariato e la riduzione dei contratti a termine attraverso la valorizzazione della 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 e dall'art. 1, comma 268 della L. 234/2021;

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.

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

La formazione continua e l'aggiornamento professionale, rappresentano uno strumento necessario per favorire il cambiamento di comportamenti individuali e collettivi, nell'ambito delle attività che ogni operatore svolge nel contesto organizzativo dell'azienda e nel promuovere lo sviluppo professionale 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 ai cittadini, la qualità dell'assistenza erogata e garantendo il rispetto dei livelli minimi assistenziali indicati nel Piano Sanitario Nazionale.

La formazione è, infatti, rappresentativa della qualità del Servizio erogato, soprattutto se viene intesa come bagaglio di abilità e competenze tecnico professionali (*sapere e saper fare*), come modo di saper leggere e interpretare la realtà che riguarda gli aspetti relazionali e interattivi della persona (*sapere essere*) e come strumento strategico per la gestione delle risorse umane.

È uno strumento capace di produrre cambiamenti, non solo nell'operatore che si forma ma anche nell'organizzazione che lo vede protagonista e depositario di abilità tecniche, di competenze organizzative e relazionali.

Esiste una forte connessione tra formazione e organizzazione al fine di sostenere:

- ✓ le scelte strategiche e i programmi mirati allo sviluppo delle professionalità in linea con i cambiamenti organizzativi e il miglioramento della cultura relazionale;
- ✓ la trasversalità dei momenti formativi aziendali di aree e lo sviluppo dell'interazione tra le varie professionalità;
- ✓ i bisogni specifici tecnico-scientifici di settore;
- ✓ l'interscambio culturale con le Aziende Sanitarie, la Regione, la Provincia e le altre istituzioni;
- ✓ l'effettuazione di un maggior numero di momenti formativi interni in grado di introdurre una maggiore flessibilità dell'organizzazione e di rispondere in modo più adeguato agli obiettivi strategici aziendali;
- ✓ la diffusione delle conoscenze acquisite per il miglioramento delle varie attività aziendali;
- ✓ la valutazione dell'efficacia dell'apprendimento individuale e del cambiamento organizzativo.

L'assetto organizzativo delle Unità Operative per la Formazione nelle Aziende Sanitarie della Regione Siciliana, è definito dal D.A. n°1771 del 07 settembre 2012, che prevede che le stesse siano dotate di autonomia tecnico-funzionale, organizzativa, strutturale e di un budget economico della formazione coerente con la normativa vigente pari ad almeno l'1% del monte salari delle aree contrattuali, come previsto dalla Direttiva della Funzione Pubblica n°14 del 24 aprile 1995, e che siano poste alle dirette dipendenze della Direzione Generale, con le funzioni e i compiti di seguito elencati:

- Analisi dei bisogni formativi aziendali;
- Elaborazione, attuazione e verifica del Piano di Formazione Aziendale;
- Gestione del budget economico e delle risorse umane, tecnologiche e strumentali dedicate alla formazione e del sistema amministrativo e documentale;
- Progettazione delle attività formative;
- Realizzazione delle attività formative;
- Monitoraggio e valutazione degli obiettivi contenuti nel Piano Formativo Aziendale;
- Implementazione di azioni correttive e di miglioramento;
- Coordinamento con gli altri enti istituzionali deputati alla Formazione a livello regionale, in particolare con il CEFPAS, in relazione alle attività concertate a livello regionale tra lo stesso e le aziende sanitarie;
- Funzione di agenzia di servizio per gli aspetti progettuali e metodologici sia per gli aspetti operativi – organizzativi delle altre articolazioni aziendali;
- Funzione di provider ECM;
- Coordinamento della rete dei Referenti della formazione delle varie articolazioni aziendali;
- Responsabile istituzionale per la formazione sia per le articolazioni aziendali interne (Dipartimenti, Servizi, Distretti, P.O. etc...) sia per i rapporti con l'esterno (Aziende Sanitarie, CEFPAS, Assessorato della Salute, etc..).

L'UOS Formazione Permanente dell'ASP di Siracusa, in staff alla Direzione Generale, nell'anno 2010 ha avviato la procedura presso il Ministero della Salute per l'accreditamento in qualità di “*provider ECM*”, e con decorrenza dal 12 aprile 2011 l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa, ha ottenuto l'accreditamento con numero identificativo 1289.

Con il D.D.G. 1380/12 – “Decreto accreditamento provvisorio Aziende del SSR”, la Regione Sicilia ha istituito il “sistema Regionale ECM” ed ha accreditato provvisoriamente come

“Provider ECM Regionale” l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa con il codice identificativo n°423.

In data 17.03.2022, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa per il tramite dell'UOS Formazione Permanente ha fatto, richiesta di “*Accreditamento Standard*”, presso il Sistema Regionale ECM, secondo la normativa vigente.

L'UOS Formazione Permanente è dotato al momento di due risorse umane, un amministrativo e il Responsabile il cui ruolo professionale è quello di psicologo dirigente.

A livello strutturale, attualmente è dotata di una “aula di formazione” di n°60 posti.

Con l'unità operativa collaborano i Referenti per la Formazione che costituiscono la “*rete aziendale*”.

I Referenti vengono individuati dai Direttori di UU.OO.CC., dai Responsabili delle U.O.S. e Dipartimentali e dai Responsabili UOS in Staff alla Direzione Aziendale, e fungono da anello di congiunzione tra le Unità Operative che rappresentano e l'UOS Formazione Permanente, svolgendo i seguenti compiti:

- si relazionano con il Responsabile dell'U.O.S. Formazione Permanente che li coordina e di cui ne seguono le direttive inerenti la formazione;
- Collaborano con il Responsabile della struttura in cui operano ed attuano le eventuali specifiche indicazioni ove richieste dall'U.O.S. Formazione Permanente in merito alle segnalazioni;
- Danno opportuna diffusione a tutte le comunicazioni attinenti il processo formativo;
- Collaborano nella rilevazione dei bisogni formativi;
- Raccolgono eventuali suggerimenti e proposte per la progettazione e l'organizzazione del sistema formativo;
- Informano delle attività di formazione programmate tutto il personale afferente alla struttura di loro riferimento;
- attraverso il “portale web della formazione”:
 - procedono all'iscrizione degli operatori, alle attività formative;
 - informano il personale interessato dell'iscrizione ai corsi;
 - monitorano l'andamento dei crediti ECM conseguiti annualmente dagli operatori, garantendone pari opportunità.

Il Comitato Tecnico-Scientifico (CTS) aziendale per la formazione continua ed aggiornamento professionale è un organismo garante del contenuto tecnico-scientifico formativo, della qualità scientifica e dell'integrità etica delle attività formative programmate. Valida il Piano Formativo Aziendale.

I componenti del CTS sono nominati con atto formale dal Rappresentante Legale dell'Azienda, e le funzioni di coordinamento del CTS sono affidate al Responsabile dell'UOS Formazione Permanente.

FORMATORI

I docenti vengono nominati dalla Direzione Generale, su proposta del Responsabile/i Scientifico/i del corso e per il tramite del Responsabile dell'U.O.S. Formazione Permanente, che, in via prioritaria, li individuano tra i dipendenti aziendali iscritti all'albo docenti interni in possesso dei requisiti professionali e delle competenze specifiche.

Qualora si verifichi l'impossibilità di ricorrere a personale interno, per mancanza delle specifiche professionalità richieste, il/i Responsabile/i Scientifico/i del corso, congiuntamente al Responsabile dell'U.O.S. Formazione Permanente, provvedono a consultare l'albo dei docenti esterni, effettuando una valutazione comparativa individuando la rosa dei docenti idonei all'area tematica di riferimento.

Ai sensi del D. Lgs 165/2001, vengono predisposte due diverse tipologie di contratto, a seconda se l'incaricato sia dipendente o meno della Pubblica Amministrazione.

Tutti i professionisti sottoscrivano una dichiarazione in cui attestano l'assenza di conflitto di interessi, di non trattenere collaborazioni di qualsiasi natura con società o Enti inerenti la tematica dell'evento/progetto formativo, così da non compromettere completezza e oggettività dell'informazione scientifica.

In applicazione al CC.CC.NN.LL., i docenti interni individuati possono svolgere l'attività didattica in servizio o fuori servizio, in modo da conciliare ed integrare l'attività assistenziale con quella didattica.

Oltre alla tradizionale modalità di formazione in “aula”, verranno 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.

DESTINATARI DELLA FORMAZIONE

Destinatario interno delle attività formative è il personale dipendente e convenzionato dell'Azienda alle condizioni previste dalle norme contrattuali o da altre specifiche disposizioni.

Destinatari esterni sono i soggetti a vario titolo interessati, quali, ad esempio, personale dipendente di altri enti e aziende sanitarie e professionisti della sanità, dei servizi sociali che partecipano ai corsi di formazione rivolti al personale dipendente o ad altri corsi organizzati su richiesta di clienti esterni.

FORMAZIONE OPE LEGIS

È necessaria una distinzione tra la formazione che deriva da poteri discrezionali da quella obbligatoria, laddove disposizioni di legge prevedano specifici interventi formativi collegati allo svolgimento di particolari attività. In tale ambito il quadro normativo più articolato in tal senso è quello previsto dal d. lgs n. 81/2008, inerente la sicurezza sul lavoro, con particolari disposizioni contenute negli articoli 36 e 37. Le Amministrazioni devono assicurare altresì la formazione obbligatoria anche 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. Va anche assicurato che 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", siano realizzati al fine di individuare tutti gli interventi idonei a prevenire, nelle strutture sanitarie regionali, i rischi specifici di corruzione e di illegalità. Tali temi saranno tutti oggetto di formazione anche nell'anno 2023.

ADESIONE FON.TER

L'A.S.P. di Siracusa ha, inoltre, aderito al "*Fondo Paritetico Interprofessionale per la formazione continua del terziario*" – Fon.Ter. – che promuove, secondo le modalità fissate dall'art. 1178 della L. n°388/2000, piani formativi aziendali, territoriali o settoriali concordati tra le parti sociali, rivolti al personale a tempo determinato. Nell'ambito delle attività formative proposte e da realizzare con la collaborazione dell'U.O.S. Formazione Permanente, alla luce dell'analisi del fabbisogno formativo aziendale, nell'ambito dell'avviso n. 53/2022 – FAST NEO, saranno svolti nell'anno 2023 i seguenti percorsi formativi:

- *La corretta gestione e la responsabilità professionale della cartella clinica*
- *La tutela della privacy in ambito sanitario*
- *Eventi sentinella e l'organizzazione*
- *Gli appalti pubblici aggiornati al D.L. "Semplificazioni Bis" (D. L. 77/21) e alla legge europea 2019-2020 (l. 238/2021) semplificazioni in materia di affidamento ed esecuzione dei contratti pubblici PNRR*
- *La responsabilità amministrativa e civile in azienda*
- *Contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto sanità – triennio 2019-2021 comparto*

In vista di probabili e futuri aggiornamenti del su citato Fondo, sarà possibile la realizzazione di ulteriori progetti formativi

Il principio guida nell'elaborazione del presente Piano di Formazione Annuale redatto dall'U.O.S. Formazione Permanente aziendale, verificato ed approvato dalla Direzione Aziendale e dal CTS per la formazione ECM, è stato il dare priorità alle nuove sfide formative valorizzando le professionalità interne, alle quali associare anche esperienze scientifiche e professionali di livello nazionale.

La formazione vuole garantire la coniugazione dei bisogni formativi del singolo operatore, portatore di una professionalità specifica che va sviluppata e migliorata nel tempo, con i bisogni dell'organizzazione e del contesto di lavoro nel quale la professionalità viene esercitata. La formazione diventa così, un'ulteriore azione di miglioramento dei servizi offerti in termini di efficacia, appropriatezza ed economicità.

Una formazione quindi, che non coincide con la mera acquisizione di conoscenze e skills, ma che promuove la modifica dei comportamenti professionali che vede nel miglioramento delle competenze le determinanti fondamentali per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

Le diverse proposte formative presenti nel Piano di Formazione, tenendo conto delle esigenze del contesto operativo aziendale del personale, sono finalizzate al cambiamento e superamento delle criticità assistenziali e organizzative rilevate.

Come da percorso già consolidato, nel mese di ottobre viene inviata a tutti i Direttori dei Dipartimenti, ai Direttori dei Presidi Ospedalieri, ai Direttori dei distretti, ai Responsabili UOSD/UOS e ai Referenti per la Formazione, una nota con la quale gli stessi devono trasmettere la scheda di proposta formativa, avvalendosi di un format pubblicato sul portale web della Formazione alla voce "documentazione". Tali proposte formative, devono tener conto sia del reale bisogno delle specificità professionali che degli obiettivi regionali e aziendali.

Il Piano di Formativo Aziendale per l'anno 2023 è così strutturato (vedi "**Quadro sinottico**"):

- **Progetti formativi aziendali n°51**
- **Edizioni previste n°196**
- **Ore formative n°1161**
- **Operatori coinvolti n°4135**

Gli obiettivi formativi riguardano le competenze riconosciute come indispensabili per esercitare adeguatamente i diversi ruoli sanitari e migliorare la qualità del servizio erogato. Pertanto, sono stati identificati i seguenti obiettivi formativi:

- Sviluppare e sostenere le conoscenze e le competenze relative alla sicurezza e prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, per migliorare ed aumentare:
 - la cultura della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro e del benessere dei lavoratori;
 - la consapevolezza dei problemi legati alla salute e sicurezza sul lavoro e della comprensione del valore dell'impegno verso la sicurezza;
 - il cambiamento dei modelli comportamentali dei lavoratori e dei datori di lavoro nonché abitudini di vita che migliorino le condizioni di salute in generale;

- Sviluppare e sostenere le capacità comunicativo-relazionali, viste come componente fondamentale della professionalità, necessarie ad affrontare positivamente e costruttivamente i rapporti interpersonali, inevitabili in ambito sanitario, con le persone assistite e con gli altri operatori. In particolare si ritiene necessario sviluppare comportamenti che pongano l'attenzione sulla centralità della persona, improntati al rispetto, capacità di condivisione e compartecipazione alle scelte e decisioni, capacità di valorizzazione del contributo individuale.

- Sviluppare le competenze necessarie per garantire la sicurezza del paziente; la prevenzione e gestione del rischio clinico può essere attuata solo stimolando una maggior consapevolezza nei professionisti circa le proprie responsabilità nella identificazione degli ambiti di maggior rischio e nell'adozione di comportamenti appropriati in relazione alle diverse attività clinico-assistenziali.

- Sviluppare e sostenere le competenze nella gestione dell'emergenza-urgenza, anche attraverso l'addestramento alle tecniche rianimatorie del personale sanitario selezionato.

- Sviluppare le competenze per garantire la qualità assistenziale attraverso l'utilizzo di strumenti conoscitivi e metodologici per la costruzione integrata di Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), all'interno dei quali vengono esplicitati i livelli di stratificazione per intensità assistenziale e diversi ambiti di competenza delle professionalità coinvolte.
- Sviluppare e aggiornare le competenze tecnico-professionali per rispondere efficacemente alla domanda di diagnosi, terapia ed assistenza, coerentemente con le continue innovazioni scientifiche basate sull'evidenza e le linee guida di riferimento.
- Sviluppare e diffondere la cultura della centralità del paziente e della personalizzazione delle terapie nella prassi medica multidisciplinare, negli ambiti della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, che tengano conto delle variabili biologiche, ambientali, culturali, psicologiche e socioeconomiche, determinate dal genere in considerazione del loro impatto sulla fisiologia, sulla patologia e sulle caratteristiche cliniche della malattia (sinteticamente *medicina di genere*).

AREE TEMATICHE E QUADRO SINOTTICO

- ❖ SICUREZZA DEI LAVORATORI E DEI PAZIENTI
- ❖ EMERGENZA/URGENZA
- ❖ TECNICO/SCIENTIFICA/SANITARIA
- ❖ PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI/
PROTOCOLLI/PROCEDURE
- ❖ EPIDEMIOLOGIA, PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE
- ❖ COMUNICAZIONE/UMANIZZAZIONE
- ❖ GIURIDICO/AMMINISTRATIVA

QUADRO SINOTTICO ATTIVITA' FORMATIVE ANNO 2023

AREA SICUREZZA DEI LAVORATORI E DEI PAZIENTI

STRUTTURE PROPONENTI	TITOLO	OBIETTIVO FORMATIVO ECM	TARGET	N. EDIZIONI	N. PARTECIPANTI PER EDIZIONE	IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	RISCHIO DA ESPOSIZIONE A SOSTANZE CANCEROGENE (FORMALDEIDE E FARMACI ANTIBLASTICI) AI SENSI DELL'ART. 239 DEL D. LGS 81/08	27	OPERATORI SANITARI DEI PP.OO. AZIENDALI ESPOSTI AL RISCHIO	3	25	8
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	FORMAZIONE SULLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO D. LGS. 81/2008	27	LAVORATORI E NEOASSUNTI	17	35	12
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	FORMAZIONE PER LA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO (D. LGS 81/08)	27	PREPOSTI	1	35	8
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	FORMAZIONE RAPPRESENTANTI LAVORATORI PER LA SICUREZZA IN AZIENDA D. LGS 81/08	27	RAPPRESENTANTI LAVORATORI PER LA SICUREZZA AZIENDALI	1	12	8
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	FORMAZIONE PER LA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO (D. LGS 81/08)	27	DIRIGENTI CON FUNZIONI DI DELEGA E SUB-DELEGATI	3	35	16
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	RISCHIO DA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI (METODOLOGIE DI VALUTAZIONE E PROCEDURE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO) AI SENSI DELL'ART. 9 DELL'ACCORDO STATO REGIONI N°128/CSR DEL 07.07.2016	27	OPERATORI DELLE UNITA': SPRESAL, SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE, MEDICINA, GERIATRIA E RIABILITAZIONE	3	35	8

DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE	AGGIORNAMENTO ANTINCENDIO A RISCHIO MEDIO AI SENSI DEL D. LGS 81/08	27	OPERATORI ADDETTI ANTINCENDIO	DA DEFINIRE	DA DEFINIRE	DA DEFINIRE
---	---	----	--	------------------------	--------------------	------------------------

AREA SICUREZZA DEI LAVORATORI E DEI PAZIENTI						
<i>STRUTTURE PROPONENTI</i>	<i>TITOLO</i>	<i>OBIETTIVO FORMATIVO ECM</i>	<i>TARGET</i>	<i>N. EDIZIONI</i>	<i>N. PARTECIPANTI PER EDIZIONE</i>	<i>IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE</i>
DIPARTIMENTO TRANSMURALE DEL FARMACO U.O.C. FARMACIA OSPEDALIERA P.O. UMBERTO I	FARMACOVIGILANZA E REGISTRI AIFA: L'IMPORTANZA DEI DATI STRATIFICATI PER SESSO E GENERE	33	MEDICI OSPEDALIERI E MEDICI AMBULATORI DI VACCINAZIONE E FARMACISTI TERRITORIALI E OSPEDALIERI	2	25	6
UOS QUALITA' AZIENDALE	PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CADUTA DEL PAZIENTE	27	MEDICI, INFERMIERI E OSS DELLE UNITA' OPERATIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI AZIENDALI	2	30	8
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DELL'AREA IGIENICO ORGANIZZATIVA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO UMBERTO I	PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)	6	PERSONALE SANITARIO DELLE UNITA' OPERATIVE DI DEGENZA DEI PP.OO. AZIENDALI	3	35	6
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICO U.O.C. SIA	LA VERIFICA DEGLI IMPIANTI DI MESSA A TERRA ALIMENTATI CON TENSIONE FINO A 1.000 V IN C.A.	27	PERSONALE DELL'UOC SIA	1	30	28
DIPARTIMENTO DELL'OSPEDALITA' E DELLA FARMACEUTICA – UOC MALATTIE INFETTIVE PO UMBERTO I	PROMUOVERE LE BUONE PRATICHE ASSISTENZIALI ANTIMICROBIOICHE	6	REFERENTI PER LE PRATICHE DI TERAPIA ANTIBIOTICA (1 MEDICO E 1 INFERMIERE) DELLE UU.OO. TERRITORIALI	2	25	6
DIPARTIMENTO DELL'OSPEDALITA' E DELLA FARMACEUTICA – UOC MALATTIE INFETTIVE PO UMBERTO I	AGGIORNAMENTO SULLE BUONE PRATICHE ASSISTENZIALI ANTIMICROBIOICHE	6	REFERENTI PER LE PRATICHE DI TERAPIA ANTIBIOTICA (1 MEDICO E 1 INFERMIERE) DELLE UU.OO. DEI PP.OO. AZIENDALI	3	30	5

AREA EMERGENZA/URGENZA

STRUTTURE PROPONENTI	TITOLO	OBIETTIVO FORMATIVO O ECM	TARGET	N. EDIZIONI	N. PARTECIPANTI PER EDIZIONE	IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE
DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	BASIC LIFE SUPPORT (BLS) PROCEDURA DI SOCCORSO ADULTO, BAMBINO, LATTANTE	6	INFERMIERI DELL'AREA EMERGENZA – URGENZA; MEDICI E INFERMIERI DELLA U.O.C. PEDIATRIA DEL P.O. UMBERTO I E DEGLI AMBULATORI DI VACCINAZIONE TERRITORIALI AFFERENTI ALLA U.O.C. DI EPIDEMIOLOGIA	10	12	8
DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA U.O.S. MCAU P.O. AUGUSTA DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE U.O.C. NEONATOLOGIA/UTI N	ACCESSI VENOSI ECOGUIDATI	6	MEDICI E INFERMIERI DEI DIPARTIMENTI DI: EMERGENZA E U.O.C. NEONATOLOGIA/UTI N	3	20	8
DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA U.O.S. MCAU – P.O. AUGUSTA	INTERPRETAZION E EMOGASANALISI	6	MEDICI DELLE MCAU DEI PP.OO. E NEUROLOGIA PO AUGUSTA	2	25	8
DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA	TARGETING ZERO: GESTIONE DEGLI ACCESSI VASCOLARI	6	INFERMIERI DELLE UNITA' OPERATIVA DI DEGENZA DEI PP.OO. AZIENDALI	4	20	6

U.O.C. CARDIOLOGIA P.O. AVOLA-NOTO						
--	--	--	--	--	--	--

AREA EMERGENZA/URGENZA

STRUTTURE PROPONENTI	TITOLO	OGGETTIVO FORMATIVO O ECM	TARGET	N. EDIZIONI	N. PARTECIPANTI PER EDIZIONE	IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE
DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE P.O. LENTINI	GESTIONE DELLE EMERGENZE INTRAOSPEDALIERE, IN AMBIENTE EXTRA RIANIMATORIO	6	MEDICI E INFERMIERI DELLE UU.OO.CC. DI DEGENZA, DEI SERVIZI DIAGNOSTICI E DEGLI AMBULATORI DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI LENTINI	3	30	6
DIPARTIMENTO EMERGENZA U.O.S.D. CARDIOLOGIA PO LENTINI	CORSO SULLA VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA (NIV)	6	MEDICI E INFERMIERI DELLE UNITA' OPERATIVE DI CARDIOLOGIA	2	30	12
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE U.O.C. NEONATOLOGIA UTIN – P.O. UMBERTO I	CORSO DI FORMAZIONE SULLA CURA ED ASSISTENZA DEL NEONATO PRETERMINE IN UTIN	6	MEDICI E INFERMIERI DELLA UOC NEONATOLOGI A-UTIN DEL PO UMBERTO I	2	20	6
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE UOC NEONATOLOGIA- UTIN – PO UMBERTO I	CORSO DI FORMAZIONE SUL TRATTAMENTO DELL'ENCEFALOPATIA IPOSSICA ISCHEMICA (IPOTERMIA) E INTERPRETAZIONE DEL MONITORAGGIO ELETTROENCEFALOGRAFICO IN TIN BEDSIDE	6	MEDICI E INFERMIERI DELLA UOC NEONATOLOGI A-UTIN DEL PO UMBERTO I	2	20	6

AREA TECNICO/SCIENTIFICA/SANITARIA

STRUTTURE PROPONENTI	TITOLO	OBIETTIVO FORMATIVO ECM	TARGET	N. EDIZIONI	N. PARTECIPANTI PER EDIZIONE	IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE
DIPARTIMENTO AREA EMERGENZA U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE P.O. UMBERTO I	DALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI AL TRAPIANTO: PERCORSI ATTUALI E PROPOSTE FUTURE	28	MEDICI E INFERMIERI DELLE UU.OO.CC. DI: ANESTESIA E RIANIMAZIONE, BLOCCO OPERATORIO, MCAU, NEUROLOGIA, CARDIOLOGIA E DIREZIONE MEDICA, DEI PP.OO. AZIENDALI	3	35	8
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE SERT DI SIRACUSA	IL GRUPPO MULTIFAMILIARE COME DISPOSITIVO DI INTERVENTO TERAPEUTICO NEI SERVIZI DELLA DIPENDENZA PATOLOGICA	22	STAFF MULTIDISCIPLINARE DEI SERT AZIENDALI	1	30	42
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA U.O.C. CHIRURGIA – P.O. LENTINI	PROTOCOLLO E.R.A.S. (ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY) NELLA CHIRURGIA COLON RETTALE	18	MEDICI, INFERMIERI, DIETISTI, FISIOTERAPISTI, OSS, OSA COINVOLTI NEL PERCORSO DI CURA	2	25	6
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DELL'AREA IGIENICO ORGANIZZATIVA U.O.C. MEDICINA TRASFUSIONALE DEL P.O. UMBERTO I	AFERESI TERAPEUTICA E PRODUTTIVA	3	PERSONALE DELLE UNITA' OPERATIVE COINVOLTE NEL PROCESSO	2	30	16
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE U.O.C. SMA 1	PREVENZIONE SUICIDI NELLE CARCERI	22	OPERATORI DELL'U.O.C. SMA 1, PERSONALE EDUCATIVO DELL'ISTITUTO PENITENZIARIO E AGENTI DI POLIZIA PENITENZIARIA	2	25	8
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE U.O.C. SMA 1	AUTISMO ADULTI	22	COMPONENTI EQUIPE' AUTISMO ADULTI DELL'U.O.C. SMA 1	1	25	8
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE U.O.C. SMA 1	MINIFULNESS: APPLICAZIONI NELLA CLINICA E NEI CONTESTI LAVORATIVI	22	OPERATORI DELL'U.O.C. SMA 1	1	25	8

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DELL'AREA IGIENICO ORGANIZZATIVA U.O.C. MEDICINA TRASFUSIONALE DEL P.O. UMBERTO I	SISTEMI DI GESTIONE DELLA QUALITA' NEI SERVIZI TRASFUSIONALI E NELLE UNITA' DI RACCOLTA	14	PERSONALE DELLE UNITA' OPERATIVE COINVOLTE NEL PROCESSO DI GESTIONE	2	30	16
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DELL'AREA IGIENICO ORGANIZZATIVA U.O.C. MEDICINA TRASFUSIONALE DEL P.O. UMBERTO I	PATIENT BLOOD MANAGEMENT: APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE PER LA SICUREZZA DELLE CURE E CONTENIMENTO DELLA RISORSA SANGUE	14	PERSONALE DELLE UNITA' OPERATIVE COINVOLTE NEL PROCESSO	2	30	8
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DELL'AREA IGIENICO ORGANIZZATIVA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO UMBERTO I	ASPETTI MEDICO LEGALI SUL CONSENSO INFORMATO E DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO	6	MEDICI DELLE UNITA' OPERATIVA DEI PP.OO. AZIENDALI	7	25	3

AREA Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali/Protocolli/Procedure						
Strutture Proponenti	Titolo	Obiettivo Formativo ECM	Target	N. Edizioni	N. Partecipanti per Edizione	Impegno orario a Edizione
DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA U.O.C. ONCOLOGIA P.O. AVOLANOTO	AGGIORNAMENTO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA CARCINOMA MAMMARIO	3	COMPONENTI DEI GRUPPI ONCOLOGICI MULTIDISCIPLINARI	1	30	6
DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA U.O.C. ONCOLOGIA P.O. AVOLANOTO	AGGIORNAMENTO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA CARCINOMA OVARICO	3	COMPONENTI DEI GRUPPI ONCOLOGICI MULTIDISCIPLINARI	1	30	6
DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA U.O.C. ONCOLOGIA P.O. AVOLANOTO	AGGIORNAMENTO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA CARCINOMA DEL COLON-RETTO	3	COMPONENTI DEI GRUPPI ONCOLOGICI MULTIDISCIPLINARI	1	30	6
DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA U.O.C. ONCOLOGIA P.O. AVOLANOTO	AGGIORNAMENTO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA CARCINOMA AL POLMONE	3	COMPONENTI DEI GRUPPI ONCOLOGICI MULTIDISCIPLINARI	1	30	6
DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA U.O.C. ONCOLOGIA P.O. AVOLANOTO	AGGIORNAMENTO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA CARCINOMA PROSTATICO	3	COMPONENTI DEI GRUPPI ONCOLOGICI MULTIDISCIPLINARI	1	30	6
UOSD NEUROLOGIA PO AUGUSTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA PARKINSON	3	MEDICI DI MEDICINA GENERALE E SPECIALISTI AMBULATORIALI	3	50	2

AREA Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali/Protocolli/Procedure

STRUTTURE PROPONENTI	TITOLO	OBIETTIVO FORMATIVO ECM	TARGET	N. EDIZIONI	N. PARTECIPANTI PER EDIZIONE	IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE
DIPARTIMENTO MEDICO U.O.S. RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	APPROCCIO MULTI-DISCIPLINARE AL TRATTAMENTO DELLA SPASTICITA'	3	MEDICI, INFERMIERI, TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE DELLE UU.OO.CC. DI NEUROLOGIA, MEDICINA INTERNA E RIABILITAZIONE	2	25	6
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE U.O.C. DSM 3	IL BUDGET DI SALUTE: LA PSICHIATRIA DI COMUNITA'	22	OPERATORI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E REFERENTI DEI DISTRETTI SOCIO SANITARI	3	30	16
DIPARTIMENTO ADISS U.O.C. MEDICINA RIABILITATIVA	AGGIORNAMENTO IN TEMA DI PRESCRIVIBILITA' DEI DISPOSITIVI MEDICI PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PROTESICA NEL TERRITORIO DELLA REGIONE SICILIANA	4	OPERATORI DELLA U.O.C. MEDICINA RIABILITATIVA, MMG, PLS E SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI	3	25	5

AREA EPIDEMIOLOGIA, PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE						
STRUTTURE PROPONENTI	TITOLO	OBIETTIVO FORMATIVO ECM	TARGET	N. EDIZIONI	N. PARTECIPANTI PER EDIZIONE	IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA UOC SANITA' ANIMALE	GESTIONE DEI FOCOLAI DI BRUCELLOSI E TUBERCOLOSI, PROCESSO DECISIONALE E PROCEDURA DI GESTIONE DEI FOCOLAI DUBBI, SOSPETTI E CONFERMATI – (DIRETTIVA REGIONALE 260 DEL 31. 10.2022)	24	MEDICI VETERINARI; SPECIALISTI AMBULATORIALI; TPALL DELL'UOC SANITA' ANIMALE	1	32	12
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA UOC SANITA' ANIMALE	IL REGOLAMENTO 625/2013 SUI CONTROLLI UFFICIALI, ILPROCEDIMENTO SANZIONATORIO ALLA LUCE DEI NUOVI DECRETI ATTUATIVI 134/2022, 136/2022 E LA PROCEDURA DI REGISTRAZIONE/RICONOSCIMENTO DEGLI STABILIMENTI AI SENSI DEL NUOVO MANUALE OPERATIVO	24	MEDICI VETERINARI; SPECIALISTI AMBULATORIALI; TPALL DELL'UOC SANITA' ANIMALE E SIAPZ	2	32	12
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA UOC SANITA' ANIMALE	ANIMAL HEALTH LAW: DAL REGOLAMENTO 429/2016 E 689/2020 AI RECENTISSIMI DECRETI LEGISLATIVI N°134/2022 E 136/2022. MODALITA' DI APPLICAZIONE DELLA NUOVA NORMATIVA IN SANITA' ANIMALE	24	MEDICI VETERINARI; SPECIALISTI AMBULATORIALI; TPALL DELL'UOC SANITA' ANIMALE	1	32	12
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE UOC NEONATOLOGIA- UTIN	PROMOZIONE DELL'ALLATTAMENTO MATERNO	10	PERSONALE DEL DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	3	30	8
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICO	LA GESTIONE DELLA SEDUTA VACCINALE	30	MEDICI E INFERMIERI DELL'UOC SEMP E DEGLI AMBULATORI TERRITORIALI AFFERENTI	2	25	6
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICO	PROFILASSI E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE	30	MEDICI E INFERMIERI DELL'UOC SEMP E DEGLI AMBULATORI TERRITORIALI AFFERENTI	2	25	12

DIFFUSIONI DELLE INFORMAZIONI

<i>STRUTTURE PROPONENTI</i>	<i>TITOLO</i>	<i>OBIETTIVO FORMATIVO ECM</i>	<i>TARGET</i>	<i>N. EDIZIONI</i>	<i>N. PARTECIPANTI PER EDIZIONI</i>	<i>IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE</i>
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO UOSD HOPICE	LO SPAZIO/TEMPO DELLA CURA TRA RIDUZIONISMO E COMPLESSITA'. WORKSHOP CURE PALLIATIVE	12	PERSONALE DELLE UNITA' OPERATIVE: HOSPICE, ONCOLOGIA, MEDICINA, RADIOTERAPIA	2	25	12
DIPARTIMENTO ADISS	L'ASSISTENZA SANITARIA NEGLI OSPEDALI DI COMUNITA': ASPETTI CLINICI E COMUNICAZIONE EFFICACE NEL PERCORSO DI CURA	12	INFERMIERI E OSS DEL TERRITORIO	1	30	16
U.O.S. FORMAZIONE PERMANENTE	LO SVILUPPO DELLA MEDICINA GENERE E SESSO SPECIFICA PER GARANTIRE EQUITÀ E APPROPRIATEZZA DELLE CURE	33	TEAM MULTIDISCIPLINARE MEDICINA DI GENERE	1	35	6ln
<i>STRUTTURE PROPONENTI</i>	<i>TITOLO</i>	<i>OBIETTIVO FORMATIVO ECM</i>	<i>TARGET</i>	<i>N. EDIZIONI</i>	<i>N. PARTECIPANTI PER EDIZIONI</i>	<i>IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE</i>
RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI	CORSO SPECIALISTICO PER DELEGATI AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	7	DELEGATI AL TRATTAMENTO DEI DATI FACILITATORI COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO PER LA PROTEZIONE DEI DATI	4	35	6
RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI	CORSO SPECIALISTICO PER AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	7	AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	8	35	4
RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI	CORSO SPECIALISTICO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: PIATTAFORMA SOFTWARE A SUPPORTO DELLE COMPONENTI DELL'ORGANIGRAMMA PRIVACY FORMAZIONE A DISTANZA	7	AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	1	300	2

La diffusione delle informazioni riguardanti il Piano formativo, viene garantita dall'U.O.S. Formazione Permanente attraverso la pubblicazione del documento deliberato dalla Direzione Aziendale, sul portale web della formazione, per la visualizzazione da parte di tutti gli operatori interni ed esterni all'Azienda, al fine di assicurare trasparenza alla governance dei processi formativi.

Il Piano della Qualità ECM, adottato con delibera D.G. n°493 del 04.04.2022, definisce e descrive le responsabilità ed i criteri di gestione delle attività di formative del Provider ECM, per l'implementazione, il mantenimento ed il miglioramento continuo di un Sistema di Qualità aziendale per l'educazione continua in medicina (ECM) che soddisfi e supporti la politica della qualità nello svolgimento degli eventi e progetti formativi.

Il Piano della Qualità, così come previsto dalla norma di riferimento, è tra gli elementi documentali obbligatori per la gestione del Sistema qualità ECM ed è finalizzato alla descrizione delle modalità di funzionamento e controllo del sistema operativo per la formazione continua, assumendo anche un ruolo importante nella comunicazione e nel supporto documentale.

Lo scopo principale è quello di rappresentare la qualità formativa legata alla capacità del Provider di promuovere, gestire e tenere sotto controllo il processo lavorativo legato nello specifico alla progettazione, pianificazione, esecuzione e controllo delle attività di formazione continua, che ha come destinatari i professionisti della sanità che operano come soggetti pubblici o privati all'interno del Servizio Sanitario della Regione Sicilia.

Il Piano di qualità trova applicazione oltre che da parte dell'Unità Operativa Formazione Permanente, anche da parte di tutte quelle articolazioni aziendali che hanno la responsabilità di proporre attività formative ECM per il personale del ruolo sanitario in forza presso le stesse, e vincola anche i singoli professionisti sanitari che partecipano ad eventi formativi ECM, organizzati dall'ASP di Siracusa, in quanto il sistema ECM pone degli obblighi diretti di aggiornamento in capo agli stessi.

L'UOS Formazione Permanente persegue la politica della qualità della formazione, garantendo i seguenti elementi qualitativi:

- ✓ continuità e sistematicità
- ✓ correttezza metodologica
- ✓ congruenza con gli obiettivi formativi identificati dalla Direzione, dai Responsabili delle unità organizzative e dagli operatori
- ✓ equità, trasparenza e pari opportunità di accesso.

L'UOS Formazione Permanente garantisce un sistema che assume come tappe fondamentali del processo metodologico:

- ✓ identificazione partecipata dei bisogni formativi;

- ✓ utilizzo di metodi didattici coerenti agli obiettivi formativi identificati per una concreta fruibilità delle conoscenze e abilità, funzionali alla centralità dei destinatari, favorendo processi di integrazione, partecipazione e consenso;
- ✓ criteri di scelta e valutazione dei docenti (applicazione del “**Regolamento di accesso e di funzionamento dell’albo docenti interni ed esterni per l’attività di formazione interna**” dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa; giusta delibera n°705 del 14.05.2021);
- ✓ valutazione dell'efficacia della formazione.

Gli strumenti ed i processi di verifica e monitoraggio della qualità dell'offerta formativa, sono strumenti indispensabili per garantire che gli investimenti risultino coerenti ed efficaci nel favorire il raggiungimento sia degli obiettivi del sistema formativo, sia quelli del sistema aziendale. Monitorare la qualità dell'offerta significa entrare nel merito del rapporto tra bisogni espressi nella domanda formativa ed i risultati rappresentati dalle ricadute professionali organizzative osservabili e misurabili nel post-formazione.

L'UOS Formazione 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: il risultato del questionario di gradimento;
- Apprendimento dei contenuti: il risultato del test di apprendimento, in genere a scelta multipla o a risposte aperte, e/o scheda 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.

RISORSE ECONOMICHE

La Direzione Aziendale assegna annualmente all'U.O.S. Formazione Permanente, il budget economico, al fine di sostenere la realizzazione delle attività formative inserite nel Piano di riferimento. Per l'anno 2023, la previsione dei costi ammonta a circa euro 120.000,00.

L'U.O.S. Formazione Permanente si impegna affinché il Piano Formativo Aziendale sia orientato a criteri di efficacia, di efficienza ed economicità, come indicato dalla Direzione Aziendale.

Hanno priorità le attività formative che rispondono agli obblighi normativo/contrattuali e agli obiettivi prioritari esplicitati dalla Direzione Aziendale.

Il PFA viene trasmesso alle Organizzazioni Sindacali per l'informativa. Successivamente approvato con atto deliberativo, viene trasmesso all'Assessorato Regionale della Salute.

Il piano formativo dell'ASP, *“documento redatto annualmente che stabilisce e descrive le iniziative formative interne, enunciando i principi e gli obiettivi strategici che l'ente intende attivare”*, non esaurisce la complessità dei bisogni di sviluppo professionale di tutti gli operatori dell'Azienda per i quali è prevista, nel rispetto delle norme contrattuali, la possibilità di usufruire delle opportune occasioni di **formazione esterna e/o individuale** per completare il proprio percorso formativo, attraverso l'istituzione di un “budget” per la formazione fuori sede.

L'Azienda, in qualità di Provider ECM, nel rispetto dei principi e degli obiettivi identificati nel Piano Formativo Annuale, può provvedere alla realizzazione di attività formative non previste all'interno del PFA a seguito di:

- proposte provenienti dai Direttori di UU.OO.CC. dell'Azienda, che rilevano il bisogno di attivare iniziative formative finalizzate a sviluppare particolari tematiche;
- proposte provenienti da istituzioni ed associazioni del territorio che richiedono la collaborazione nell'attivazione di eventi formativi ed il relativo accreditamento ECM.

Il piano formativo può subire integrazioni o modifiche relativamente ad esigenze specifiche, ad indicazioni provenienti dalla Direzione Aziendale o all'entrata in vigore di nuove normative quindi deve intendersi per alcuni aspetti flessibile e può comportare variazioni nel corso dell'anno. Sarà ammessa l'attivazione di eventi formativi non inseriti nel PFA 2023, previa autorizzazione da parte del Direttore Generale.

La realizzazione di tutte le attività formative previste nel Piano di Formazione 2023, è subordinata all'assegnazione adeguata di risorse umane, strutturali (aule) ed economiche.

- Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni;
- Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”;
- Decreto Legislativo n. 196/2003;
- D. Lgs. n. 82 del 7 marzo 2005 - Codice dell'Amministrazione Digitale (G.U. n. 112 del 16/05/2005 – S.O. n. 93);
- Accordo Stato Regioni 1 agosto 2007, n. rep. 168 che definisce le modalità per la programmazione e la realizzazione delle attività di accreditamento e per la verifica dei provider;
- D.M. 17 marzo 2008 che ricostituisce presso l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali la commissione nazionale per la formazione continua;
- Decreto Legislativo n. 81/2008 e s.m.i;
- Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009, “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- Accordo Stato Regioni 5 novembre 2009 rep. 192 che definisce il nuovo sistema di formazione continua in medicina;
- Decreto Legislativo 33 del 14 marzo 2013 “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” (Codice della Trasparenza);
- D.M. 19 marzo 2015 “Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l’esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al Decreto 18 settembre 2002” (GU Serie Generale n.70 del 25 marzo 2015);
- Accordo Stato-Regioni del 07/07/2016 – Rep. 128/CSR – finalizzato all’individuazione della durata e dei contenuti minimi dei percorsi formativi per i responsabili e gli addetti dei servizi di prevenzione e protezione;
- Accordo Stato Regioni del 02/02/2017 – Rep. 14/CSR - in tema di formazione continua in medicina;
- Delibera Commissione Nazionale per la formazione continua del 15/03/2018;
- Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali (GDPR) n. 2016/679, entrato in vigore il 25 maggio 2018.

- Legge Regionale n. 30 del 3 novembre 1993 “Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali”, che all’art. 20 istituisce il Centro per la Formazione Permanente e l’Aggiornamento del personale del Servizio sanitario – CEFPAS;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia del 09/02/2005 “Nuove modalità di presentazione dei progetti di aggiornamento, formazione e informazione in campo sanitario”;
- Accordo Regionale dell’Emergenza Sanitaria Territoriale, pubblicato con D.A. 23 febbraio 2007 sulla GURS Parte I n. 14 del 30 marzo 2007, che all’art. 4, disciplina l’istituto contrattuale aggiornamento e formazione e l’Accordo Aziendale Medici Emergenza Sanitaria Territoriale siglato in data 24 giugno 2013 e successiva nota prot. n. 5107 del 20/01/2014 Servizio 2 dell’Assessorato Regionale Sanità “Area dell’Emergenza Sanitaria Territoriale. Corsi di formazione e aggiornamento – precisazioni in merito all’art. 4 dell’A.I.R. 2007”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 747 del 3 maggio 2007 (direttive per la gestione delle attività di formazione e aggiornamento presso le aziende sanitarie);
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 2826 del 13 dicembre 2007 di istituzione del livello regionale del sistema di educazione continua in medicina con il compito di promuovere lo sviluppo professionale degli operatori sanitari;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 297 del 26 febbraio 2008 di integrazione al Decreto n. 2826 del 13 dicembre 2007;
- Legge Regionale 16 dicembre 2008, n. 19, recante “Norme per la riorganizzazione dei dipartimenti regionali. Ordinamento del governo dell’amministrazione della regione”;
- Legge Regionale 14 aprile 2009, n. 5 recante “Norme per il riordino del servizio sanitario regionale”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 1465 del 28 maggio 2010 con il quale sono recepiti ed adottati i contenuti degli accordi Stato Regioni dell’1 agosto 2007 e 5 novembre 2009;
- Accordo Integrativo Regionale di Continuità Assistenziale vigente, pubblicato con D.A. del 06 settembre 2010 sulla GURS Parte I n. 45 del 15 ottobre 2010, che, ai sensi all’art. 15, rubricato come “Formazione continua (Art. 20 A.C.N. del 29/07/2009)”, prevede che l’A.S.P. organizzi, secondo quanto previsto dall’A.C.N., art. 20, comma 8, corsi di aggiornamento professionale per i medici di Continuità Assistenziale, con l’impegno che a tali attività siano riconosciuti crediti formativi E.C.M. per medici titolari e sostituti, al momento in servizio attivo;
- Accordo Integrativo Regionale dei Medici Specialisti Ambulatoriali, dei Medici Veterinari e delle altre professionalità (Biologi, Chimici e Psicologi) ambulatoriali stipulato ai sensi dell’A.C.N. del 29/07/2009 e s.m.i. pubblicato con D.A. Sanità Regione Sicilia del 28 agosto 2012 sulla GURS Parte I n. 41 del 28 settembre 2012 che, all’art. 12, prevede una collaborazione tra l’U.O. Formazione aziendale e gli specialisti di branca per la programmazione condivisa e la realizzazione di percorsi formativi;
- D.D.G. Assessorato della Salute Regione Sicilia n. 278 del 18 febbraio 2011 con il quale è stata approvata la convenzione tra l’Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (A.Ge.Na.S) e la Regione Siciliana – Assessorato della salute, finalizzata all’accreditamento in via sperimentale degli eventi e dei progetti formativi aziendali, nonché dei provider per l’erogazione della formazione in ambito regionale, con l’obiettivo di creare un sistema di formazione continua della Regione Siciliana;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 1050 del 8 giugno 2011 “Nuove Linee guida per il riordino del sistema siciliano di formazione continua in medicina (ECM)”, con le quali si dà avvio al sistema di accreditamento regionale dei provider;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 1771 del 07 settembre 2012 “Approvazione dell’assetto organizzativo delle Unità Operative per la Formazione nelle Aziende Sanitarie della Regione Siciliana e relative linee guida”;

- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 2471 del 23 dicembre 2013 “Manuale di Accredimento provider ECM della Regione Siciliana”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia del 10 febbraio 2016 “Approvazione del documento recante Direttive sulla implementazione del Sistema regionale della formazione”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 1354/2017 del 10 luglio 2017 “Recepimento ed adozione dell’Accordo Stato Regioni del 02/02/2017 in tema di formazione continua in medicina”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 1977 del 11/10/2017 “Ricostituzione della Commissione regionale per la formazione continua (CRFC)”, pubblicato sulla G.U.R.S. n. 57 del 29/12/2017;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 733 del 24/04/2018 “Rimodulazione e proroga al 2019 del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 e degli indirizzi operativi”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 1539 del 05 settembre 2018 sulla promozione dell’allattamento al seno;
- Circolare n. 18 del 04 ottobre 2018 dell’Assessorato della Salute Regione Siciliana -D.A.S.O.E. – Servizio 9 – U.O. 9.2: “Piano di Prevenzione 2014-2019 – Potenziamiento dell’operatività degli screening oncologici”;
- Direttiva Assessorato della Salute Regione Sicilia – D.A.S.O.E. - prot. n. DASOE/8 53456 del 01/07/2019 “Programma Regionale Appropriatazza “Fare di più non (sempre) significa fare meglio” (Campagna internazionale “ChoosingWisely”);
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 856/2019 del 09/05/2019 “Piano formazione continua 2019-2021”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 1432 del 08/07/2019, pubblicato su G.U.R.S. n. 34 del 17/07/2019 - Recepimento dell’Accordo Stato Regioni n. 128 del 7 luglio 2016 sulla durata e contenuti minimi dei percorsi formativi per responsabili e addetti dei servizi di prevenzione e protezione (ex art. 32 D. Lgs. 81/2008);
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Siciliana n°703/2020 DEL 04/08/2020 “Documento di indirizzo regionale per l’organizzazione dei programmi aziendali di antimicrobialstewardship”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n°1162 del 27.06.2018 Recepimento del “Piano Nazionale di contrasto dell’antibiotica-resistenza (PNCAR 2017/2020)”;
- Decreto Assessoriale del 20.02.2020 “Approvazione del documento di indirizzo regionale per la gestione dei pazienti affetti da malattia di parkinson e parkinsonismi”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Siciliana n°629/2019 – revoca del decreto n°602 del 16.04.2018 e approvazione del nuovo documento “Percorso diagnostico terapeutico (PDTA) per la gestione integrata delle persone con diabete mellito in età adulta”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia 25 maggio 2018 documento regionale “Percorso diagnostico terapeutico assistenziale in ambito cardio-oncologico”;
- Decreto Assessoriale della Salute della Regione Sicilia n°2274/2016 documento di indirizzo regionale “Percorsi assistenziali per la gestione integrata dei pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n°547/2020 “Rete del trauma maggiore percorso diagnostico-terapeutico assistenziale” “Atto di indirizzo – percorsi riabilitativi della persona traumatizzata con grave cerebrolesione acquisita e/o mielolesione”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n°166/2020 “Recepimento Piano nazionale Medicina di Genere – Istituzione Tavolo tecnico Regionale di Coordinamento per la Medicina di Genere”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia del 123/11/2020 “Recepimento del Piano nazionale della prevenzione 2020-2025”
- Piano Regionale della Comunicazione per la Salute 2021

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, 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, 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 imeddesimi 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.

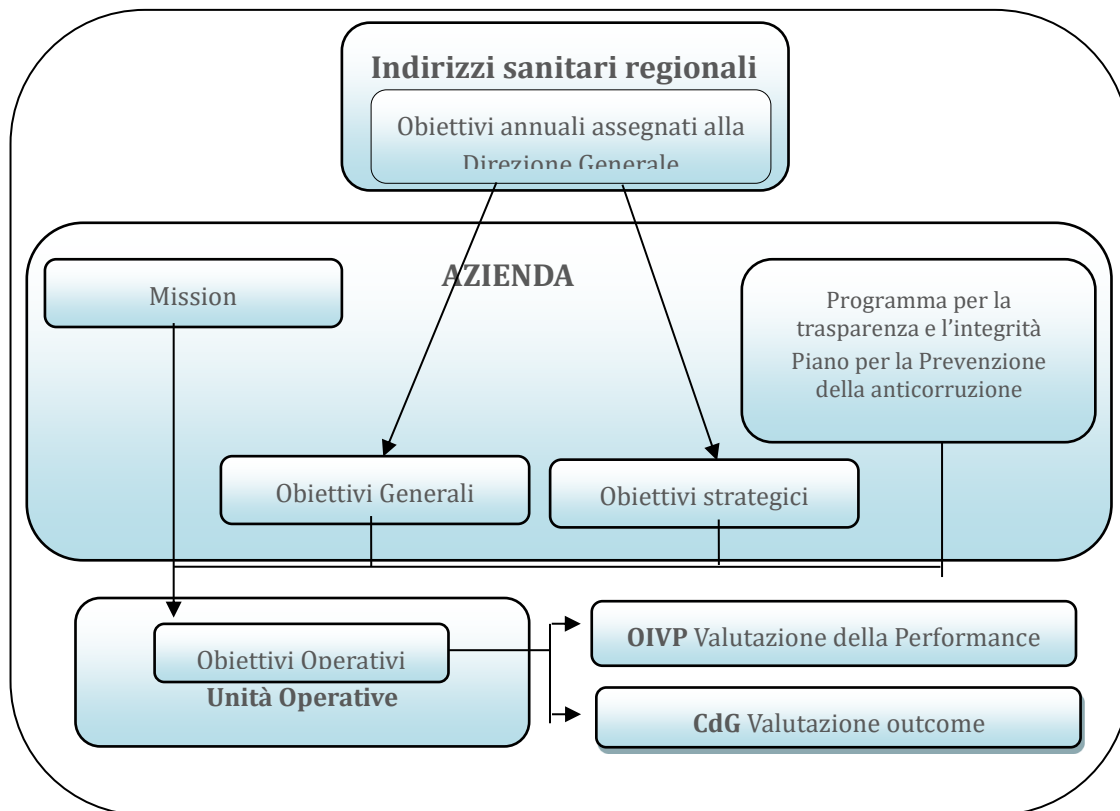
I Centri di Responsabilità partecipano al processo di Budget tramite i Direttori di Struttura gli stessi negoziano si confrontano sulle attività di seguito riportate:

- > 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.aD.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 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 stakeholder 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 e/o consolidare 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; (cittadini, organizzazioni sindacali e sociali ecc.)
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 input 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.