
Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024 – 2026



Palermo

Indice

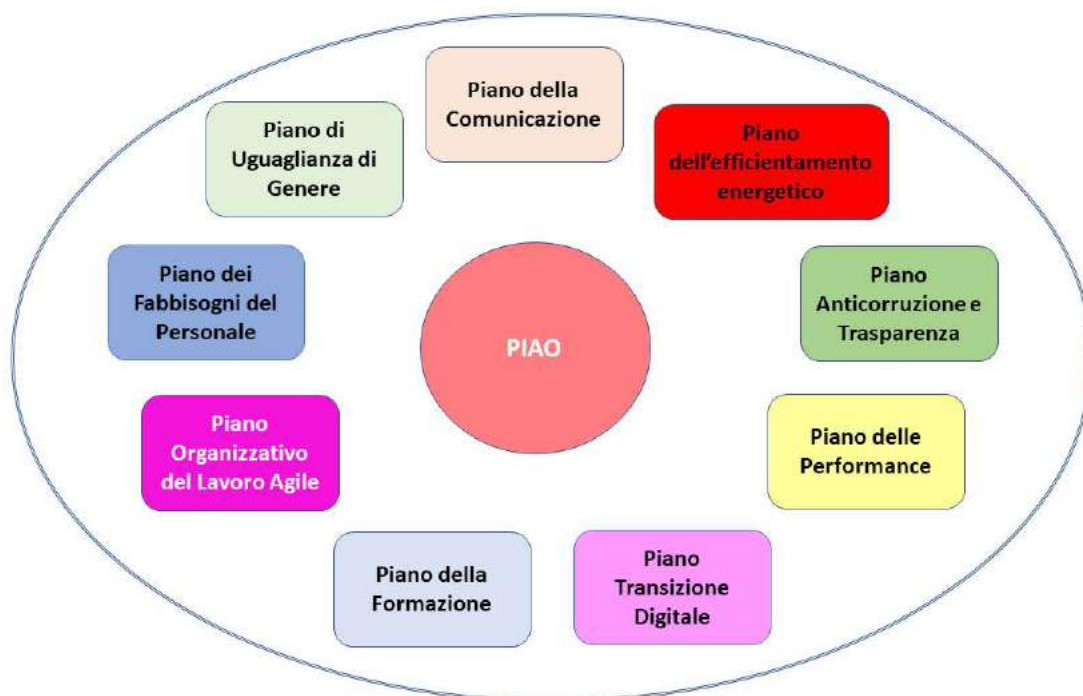
	pag.
Premessa	3
SEZIONE 1 - Scheda Anagrafica dell'Amministrazione;	5
1.1 Dati identificativi dell'Azienda	5
1.2 Organizzazione dell'offerta	14
SEZIONE 2 - Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione	21
2.1 Il Valore Pubblico	21
2.1.1 Obiettivi Generali	25
2.1.2 Obiettivi Specifici	26
- Piano di uguaglianza di genere 2024-2026	32
- Piano della Comunicazione 2024	64
2.1.3 Obiettivi di accessibilità fisica e digitale	74
2.1.4 Obiettivi di digitalizzazione	74
2.2 Performance	76
- Piano delle Performance 2024	76
2.3 Prevenzione della corruzione e trasparenza 2024 - 2026	99
- Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2023-2025 - Aggiornamento 2024	99
2.4 Il Piano per l'Efficientamento energetico 2024	99
SEZIONE 3- Organizzazione e capitale umano	139
3.1 Organizzazione	140
3.2 Piano Organizzativo Lavoro Agile	145
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale	155
3.4 Formazione del personale	160
- Piano Formativo Aziendale 2024	160
3.5 Piano della transizione al digitale	168
SEZIONE 4 - Monitoraggio	170
4.1 Monitoraggio del ciclo della performance	170
4.2 Monitoraggio delle azioni di prevenzione della corruzione	170
4.3 Monitoraggio del piano dei fabbisogni di personale	170
4.4 Monitoraggio del piano della transizione digitale	171
4.5 Monitoraggio della soddisfazione utenti	171
Allegato 1 - Obblighi di pubblicazione	
Allegato 2 - Protocollo di Legalità'/Patto di Integrità'	
Allegato 3 - Mappatura Rischi	
Allegato 4 - Schede per il monitoraggio, per UO, dell'attuazione delle misure previste nel Piano	
Allegato 5 - dettaglio dotazione organica per profilo giuridico	
Allegato 6 - Piano_dei_Fabbisogni_triennale_2024-2026_v.1.0	

Premessa

Il **Piano integrato di attività e organizzazione** dell'ARNAS Civico G.Di Cristina Benfratelli è redatto secondo le disposizioni dell'articolo 6 del D.L. 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 L. 113/2021, che ne ha previsto l'adozione da parte delle pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti, al fine di "assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi". Il Piano deve essere adottato deve essere adottato entro il 31 gennaio. Ha valenza triennale con aggiornamento annuale. Il PIAO 2023-2025 è pubblicato all'url: <https://www.arnascivico.it/index.php/altri-contenuti/piao>.

Tale Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui erano tenute le amministrazioni, quali il Piano della Performance, il Piano Anticorruzione e trasparenza, il Piano dei Fabbisogni del personale e il Piano Organizzativo del Lavoro Agile.

Inoltre, in aderenza a quanto richiesto con la Circolare 2/2022 del Dipartimento Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, fa parte integrante del presente PIAO anche il Piano per l'Efficientamento Energetico.



Sulla base delle indicazioni normative citate e delle linee guida allegate alla bozza di Decreto Ministeriale del dicembre 2021, il gruppo di lavoro composto dal personale dirigente delle UU.OO. a vario titolo coinvolti, come di seguito indicato, ha provveduto alla predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli:

- Dott.ssa Sabrina Arnone - UOC Programmazione e Controllo di Gestione
- Dott. Gian Luca Curzi - UOC Programmazione e Controllo di Gestione
- Dott.ssa Carla Marrali - UOC Programmazione e Controllo di Gestione
- Dott. Fabio Marussich - UOC Risorse Umane
- Avv. Maria Luisa Curti - UOC Risorse Umane
- Dott.ssa Federica Biondo - UOC Risorse Umane
- Dott. Davide Leonardo Lauricella - UOC Risorse Umane
- Ing. Ernesto Basilico - UOC Gestione Tecnica
- Dott. Vincenzo Cardinale - UOS ICT Management
- Dott. Gioacchino Clesi - UOS Formazione
- Dott. Filippo Trupia – Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Dott. Giuseppe Carruba – Direttore UOC Staff - RCPT

- **Direttore Sanitario – Dott. Gaetano Buccheri**
- **Commissario Straordinario – Dott. Roberto Colletti**

Le scelte di programmazione e di organizzazione illustrate nel presente documento risentono dell'attuale gestione Commissariale dell'Azienda, tenuto conto che, con DA n.53/2022 del 29/12/2022 e n.1 del 02/01/2023, il dott. Roberto Colletti è stato nominato Commissario Straordinario, con decorrenza 01/01/2023, inizialmente sino al 30/06/2023, successivamente prorogato fino al 31/01/2024 ovvero per un minore periodo in relazione alla procedura di nomina dei Direttori Generali delle aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Sicilia.

Alla data di redazione del presente PIAO, di conseguenza, la Regione Sicilia non ha ancora assegnato gli obiettivi strategici Aziendali del triennio 2023-2025. Quelli descritti nel PIAO sono quelli relativi al triennio 2020-2022, che, per continuità amministrativa, nell'ottica del mantenimento delle buone pratiche cliniche e assistenziali, continuano ad essere perseguiti fino a nuova assegnazione.

Per il prossimo triennio, la vera sfida per la Direzione ed i Dipartimenti sarà quella di riuscire a consolidare/migliorare i risultati conseguiti nel corso del 2023, portando avanti la riorganizzazione ed il potenziamento e tecnologico dell'ospedale.

L'Azienda deve infatti garantire piena adesione agli obiettivi definiti dall'Assessorato anche in considerazione degli atti di programmazione nazionale e regionale che orientano il sistema in termini di accessibilità, qualità, efficienza e sostenibilità.

Sezione I – Scheda anagrafica dell'amministrazione

1.1 Dati identificativi dell'Azienda

Amministrazione	ARNAS Civico Giovanni Di Cristina Benfratelli
Sede Legale	Piazza Nicola Leotta, 4 - 90127 Palermo (PA)
Partita IVA	05841770828
PEC	ospedaleccivico@pec.it
Sito istituzionale	www.arnascivico.it
Contatti Telefonici	Centralino: 0916661111 - URP: 800272028
Codice IPA	aocdcb

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Civico G. Di Cristina Benfratelli è stata formalmente costituita con la Legge Regionale n.5 del 14 aprile 2009 ed attivata giusto Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 338 del 31.08.2009.

L'Azienda ha sede nell'area urbana di Palermo ed assicura i propri servizi utilizzando le seguenti strutture ospedaliere:

- Presidio "Civico", ospedale generale dotato di dipartimento di emergenza con trauma center, centrale operativa per la gestione dell'emergenza territoriale, centro oncologico e di tutte le unità operative di diagnosi e cura a basso, medio ed elevato livello di assistenza, con discipline ad alta specializzazione;
- Presidio "Giovanni Di Cristina", ospedale pediatrico dotato di area d'emergenza, trauma center pediatrico, e di tutte le unità operative utili ad assicurare un'assistenza specialistica pediatrica pluridisciplinare, di alta specialità e per le malattie rare.

La Planimetria dell'Ospedale



Il patrimonio dell'ARNAS Civico costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti ivi compresi, pertanto, quelli da trasferire o trasferiti dallo Stato o da altri enti pubblici in virtù di leggi o provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività, compresi i beni mobili ed immobili utilizzati dalla società Is.Me.T.T. s.r.l., partecipata dall'ARNAS Civico, o acquisiti a seguito di atti di liberalità.

L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui agli articoli n°826, 3° comma, e n°830, 2° comma, del Codice civile. I beni mobili e immobili che l'Azienda utilizza per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile della stessa, soggetti alla disciplina dell'articolo 828, 2° comma, del Codice civile.

L'Azienda adotta l'**organizzazione dipartimentale** come modello ordinario di gestione operativa di tutte le sue strutture.

Per "struttura" si intende l'articolazione interna dell'Azienda alla quale è attribuita la responsabilità di risorse umane, tecnologiche e finanziarie; essa costituisce un "centro di responsabilità" e il responsabile di struttura partecipa alla costruzione e definizione del processo di budget e di assegnazione degli obiettivi.

Le strutture organizzative si distinguono in complesse e semplici, in relazione alla intensità assunta dalle variabili citate e all'ampiezza degli ambiti di autonomia e di responsabilità conferiti dall'Azienda.

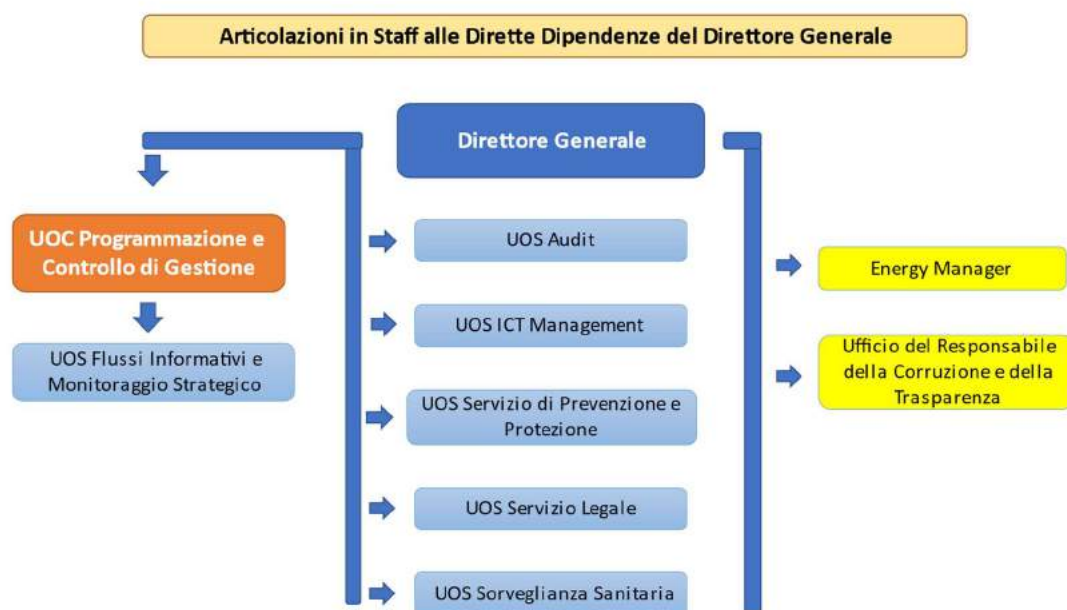
L'organizzazione dipartimentale appare la modalità organizzativa che meglio possa consentire di raggiungere i seguenti obiettivi:

- il miglioramento del coordinamento delle attività di assistenza, ricerca e formazione;
- la diffusione delle conoscenze e lo sviluppo delle competenze;
- la promozione della qualità dell'assistenza;
- la realizzazione di economie di scala e di gestione.

Con Decreto Assessoriale n. 53 del 29.12.2022 il Dott. Roberto Colletti è stato nominato Commissario Straordinario dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "Civico – Di Cristina – Benfratelli".

Con Delibera n.2023/0106 del 23/01/2023, del Commissario Straordinario, il Dott. Gaetano Buccheri si è insediato nelle funzioni di Direttore Sanitario dell'ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli di Palermo.

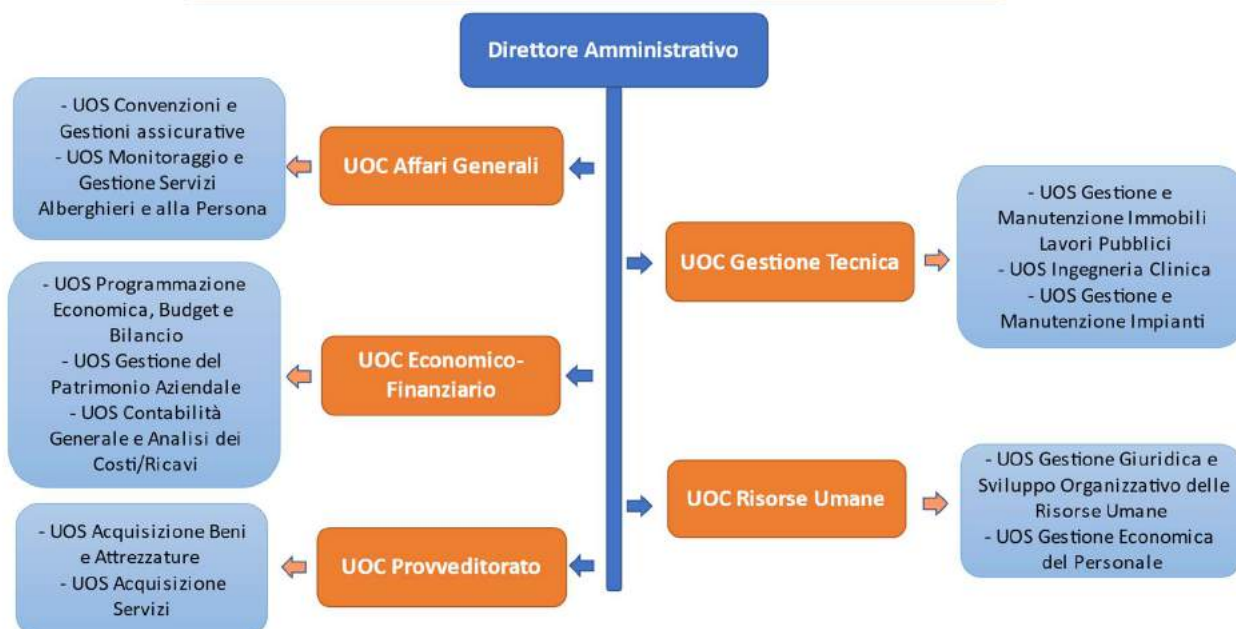
Si riporta l'**organigramma** dell'Azienda previsto con atto deliberativo n.166 del 03/02/2023.

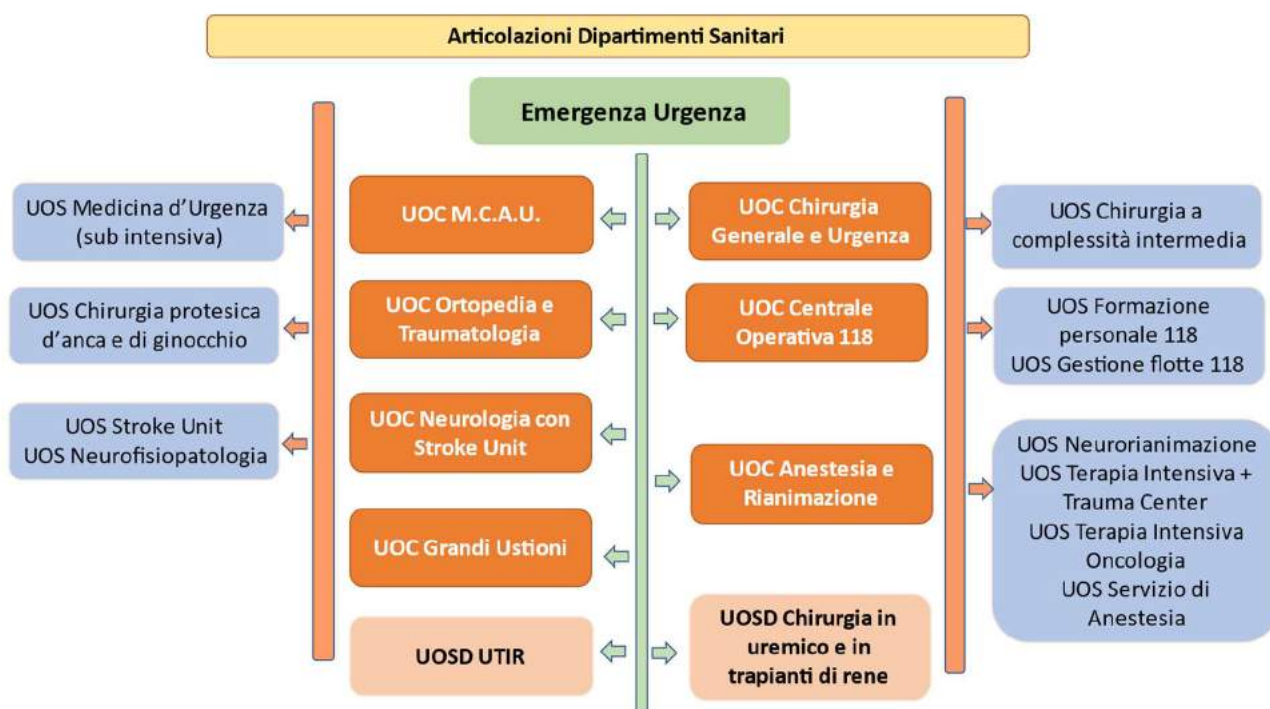
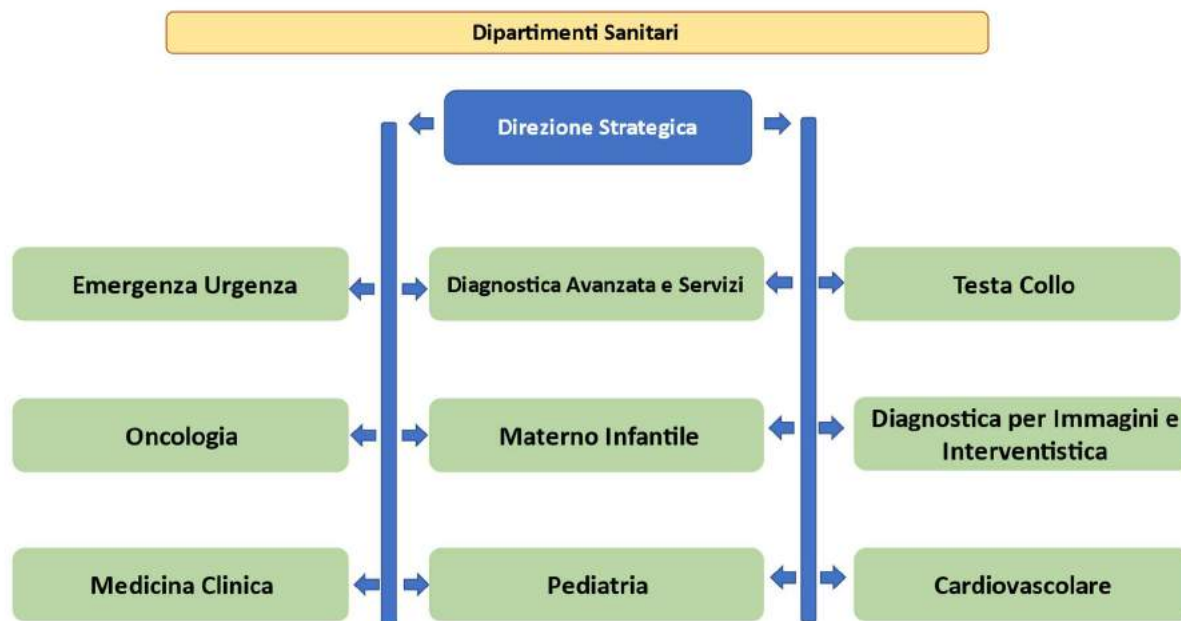


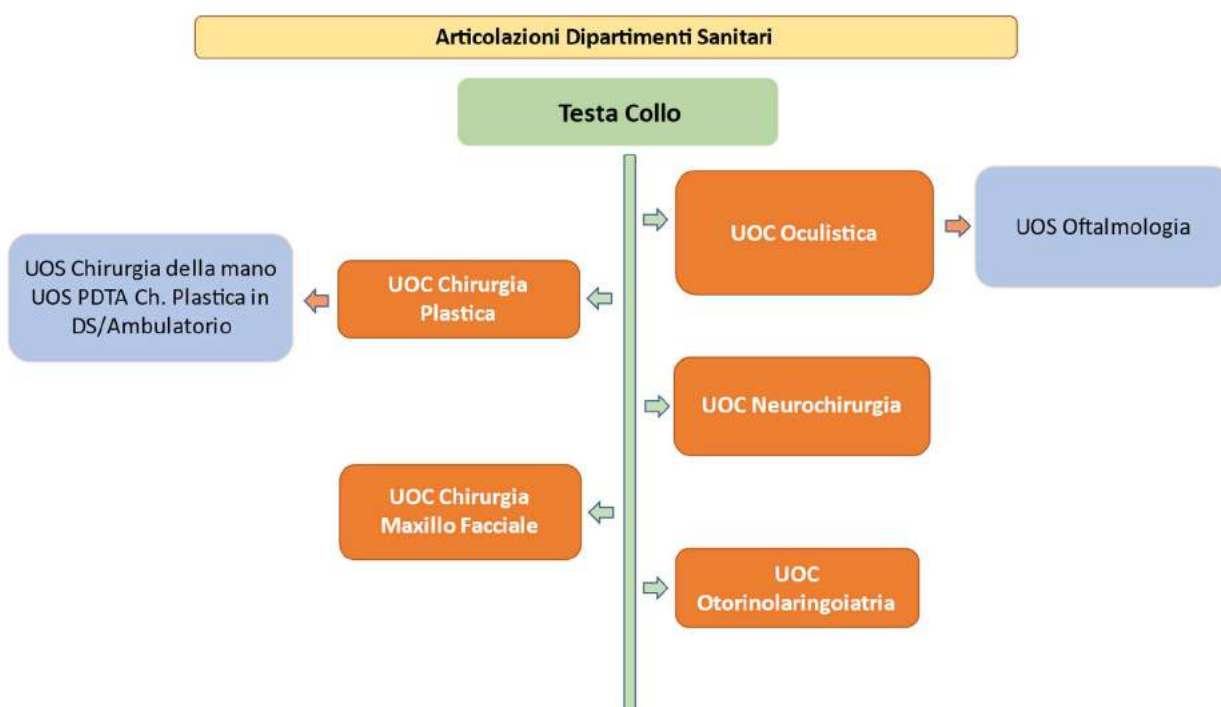
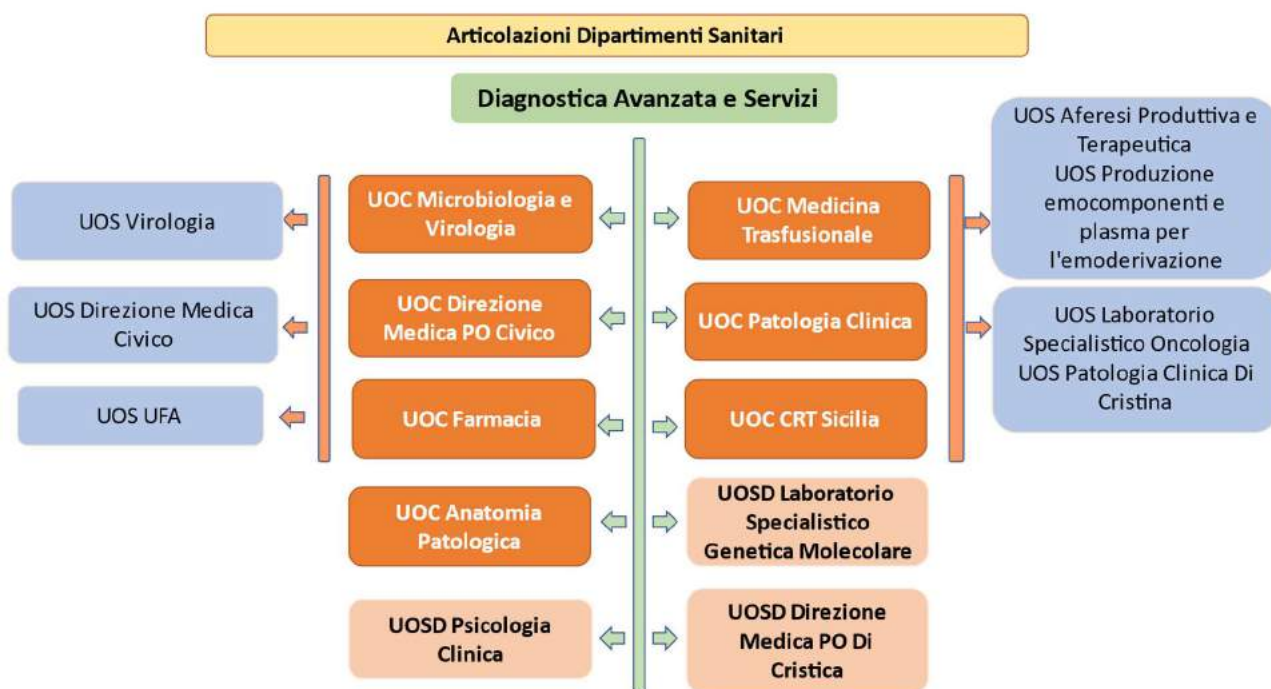
Articolazioni in Staff alla Direzione Strategica

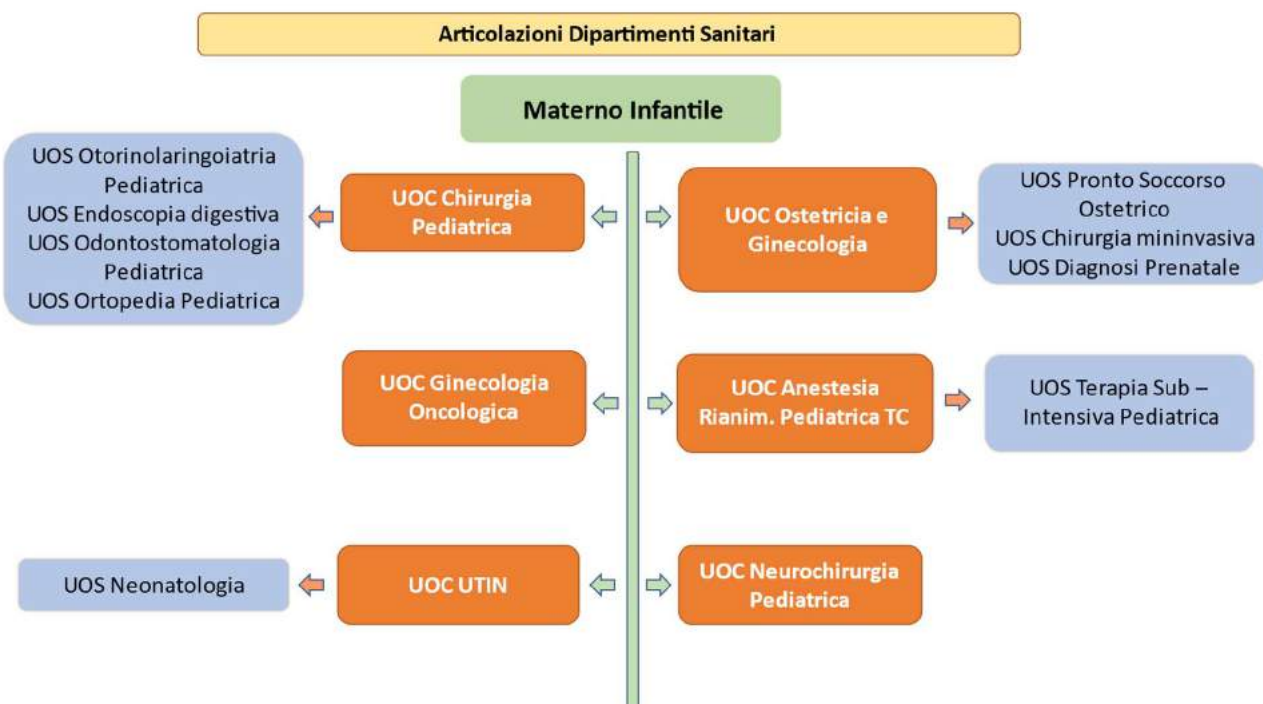
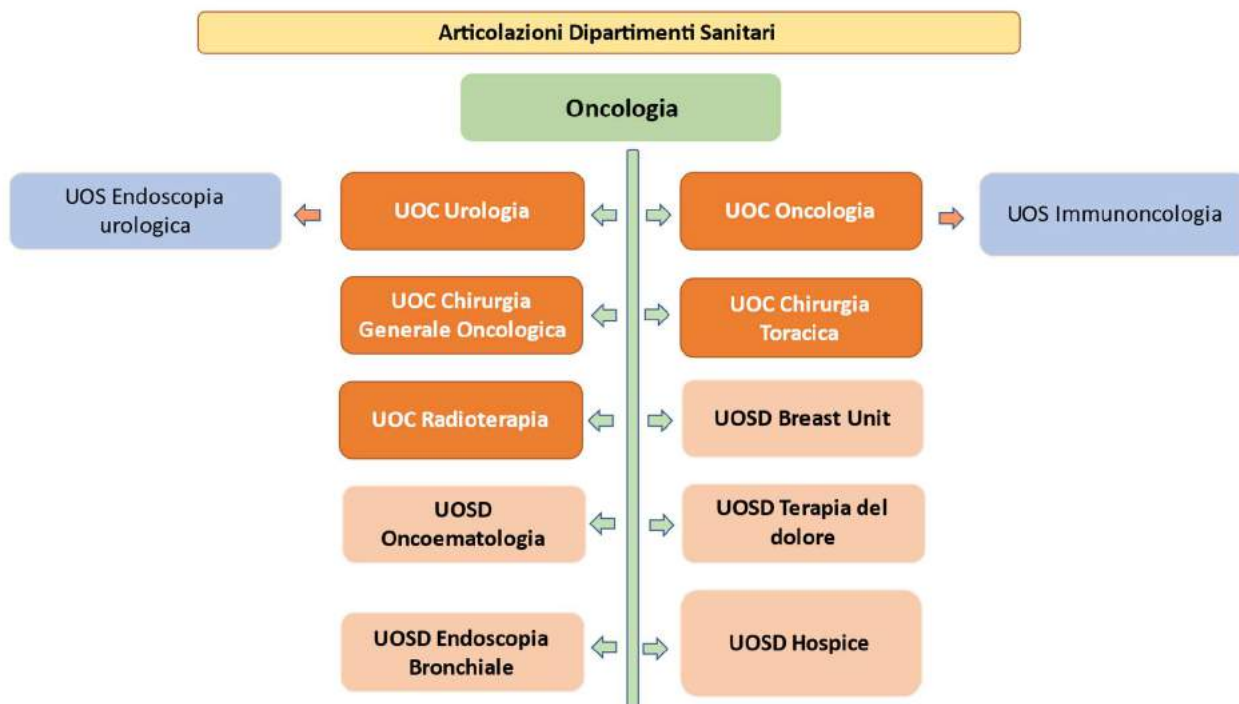


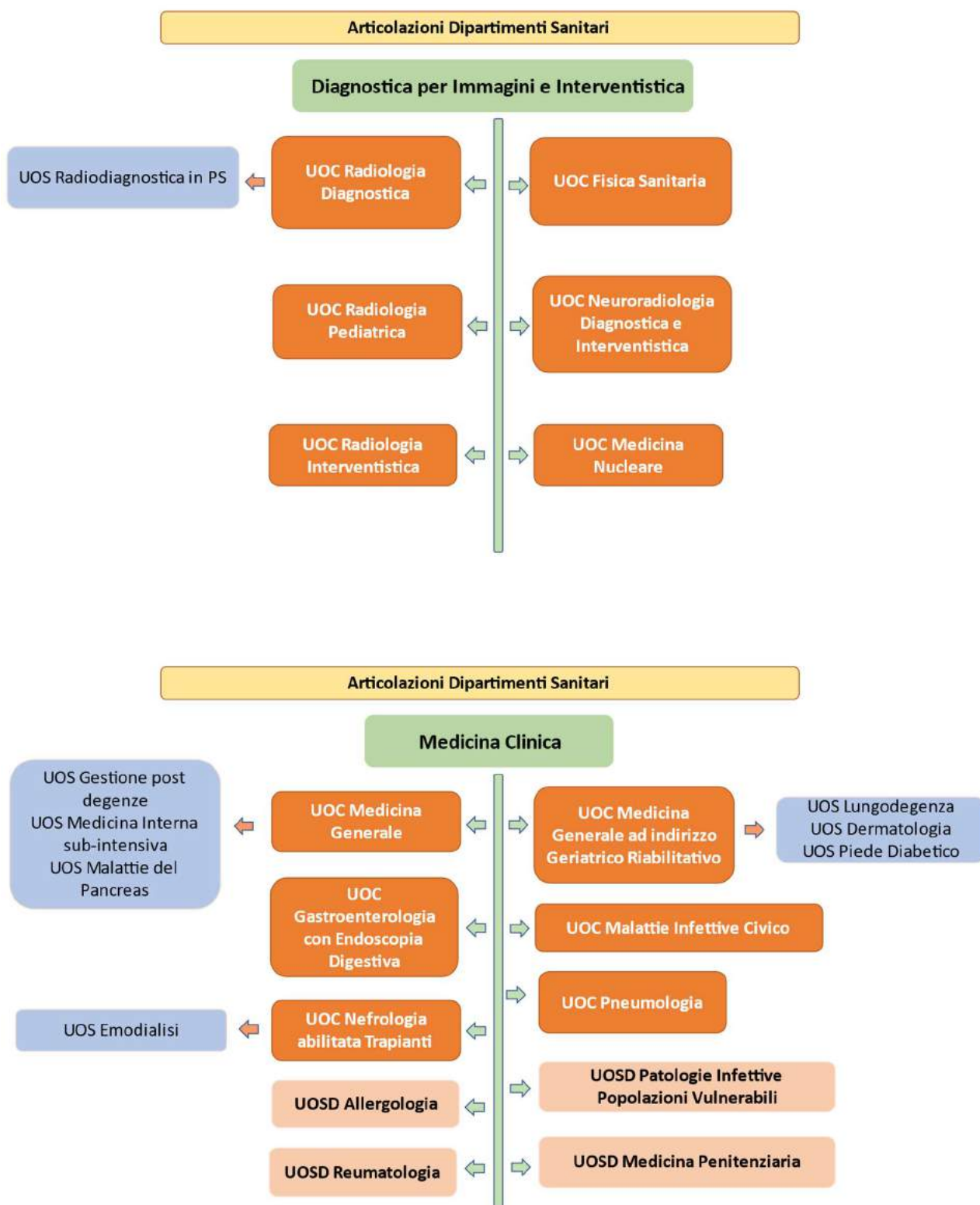
Articolazioni Dipartimento Amministrativo

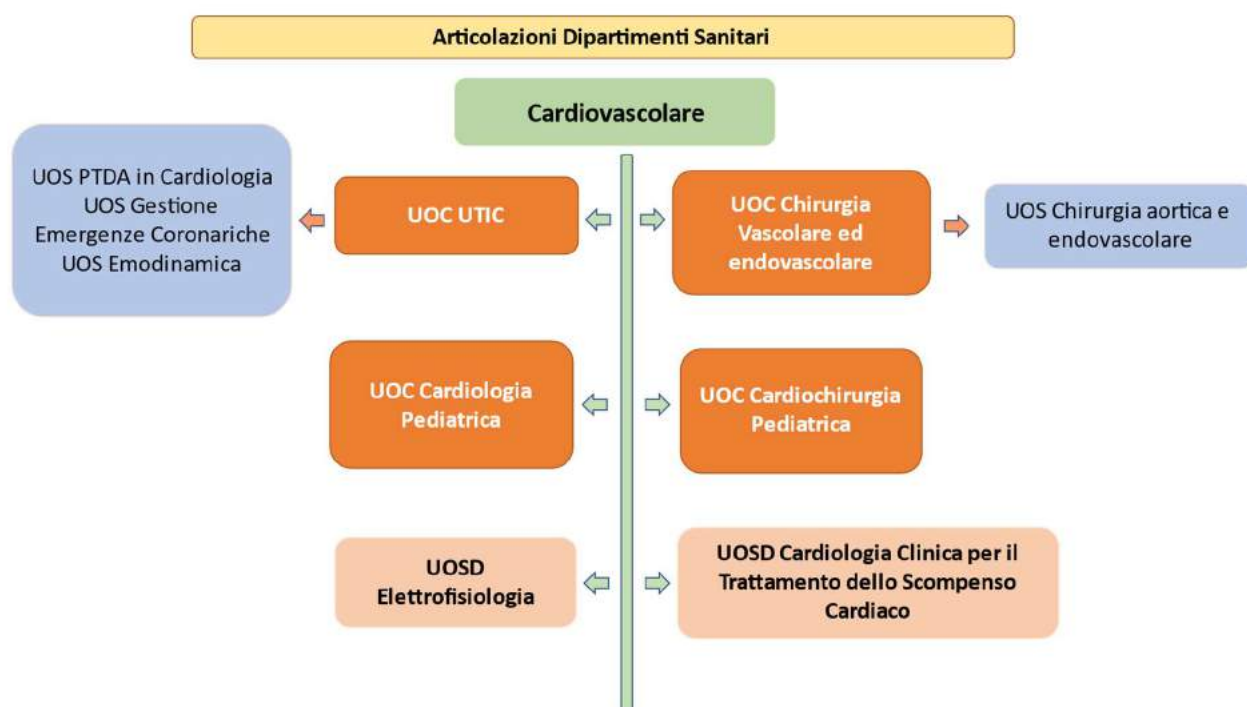
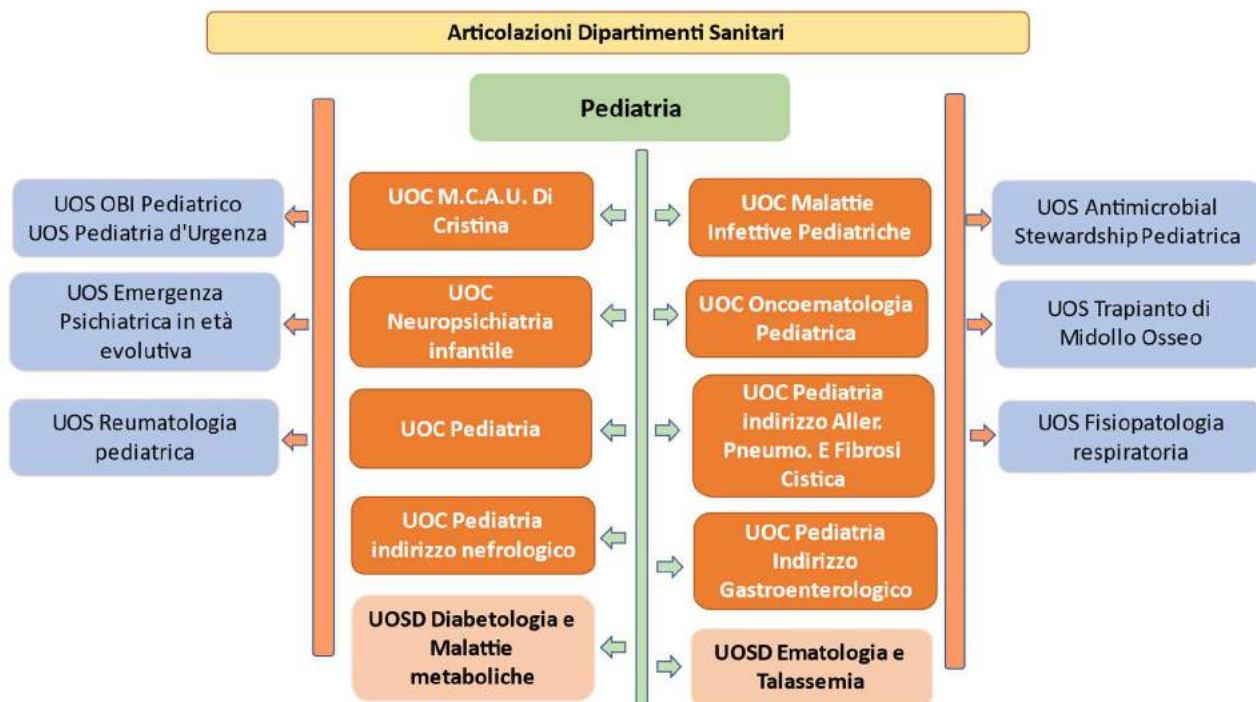












1.2 Organizzazione dell'offerta

L'Azienda, unitamente alle altre Aziende ospedaliere dell'area metropolitana completa la rete sanitaria pubblica della provincia di Palermo con un'offerta sanitaria fra le più importanti e complete dell'intera Regione, opera in un'area fortemente urbanizzata, con una popolazione di 1.204.189 abitanti (fonte ISTAT – 01/01/2023) distribuita in 82 comuni.

L'ARNAS Civico istituzionalmente costituisce il principale punto di riferimento per le attività ad alta specializzazione nell'ambito dell'intero bacino occidentale siciliano, sia per le attività di ricerca applicata, sia per le attività diagnostiche e terapeutiche.

L'Azienda rappresenta il punto di riferimento per gli assistiti della Sicilia occidentale nelle alte specializzazioni. Ciò significa:

- gestire patologie, non solo ad alta complessità, ma anche per le quali risulta indispensabile il contributo di professionalità dotate di alta specializzazione;
- garantire la continuità diagnostico-assistenziale dell'emergenza/urgenza sia per gli adulti che per i bambini;
- essere un centro di riferimento per le attività specialistiche delle Aziende Sanitarie Territoriali della Sicilia Occidentale, secondo le indicazioni degli atti di programmazione sanitaria;
- svolgere attività di ricerca orientata a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative.

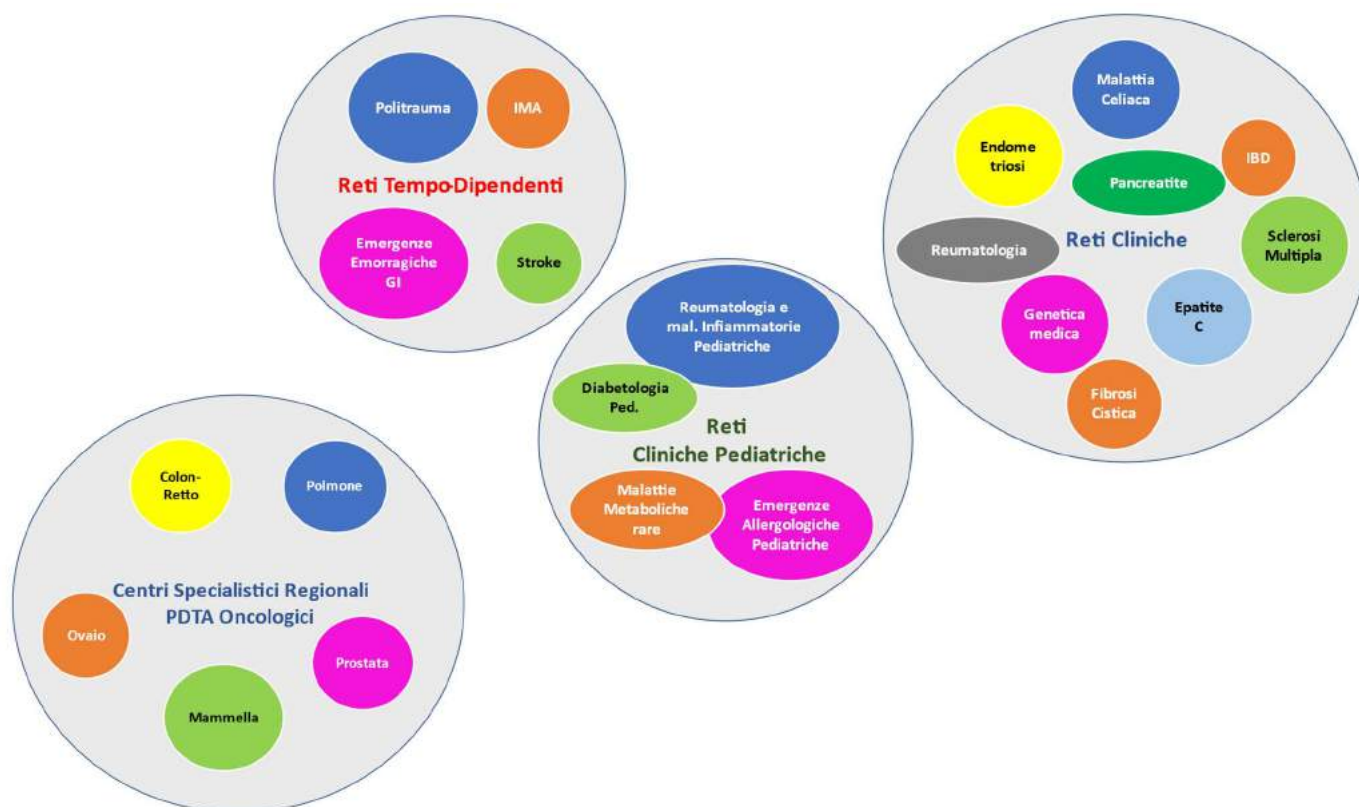
Le Reti Assistenziali

L'Azienda, in coerenza agli indirizzi del Piano Socio-Sanitario Regionale, concorre a garantire l'assistenza ad alta complessità e ad alto contenuto tecnologico, nell'emergenza e nell'elezione, in ambito provinciale e regionale, in quanto, così come determinato dalla programmazione regionale, costituisce **hub regionale per le reti**:

1. dell'**emergenza**: Infarto Miocardico Acuto, Stroke, TeleNeuReS, Politrauma (hub integrato);
2. **cliniche**: Trapianto di cellule staminali emopoietiche, Trapianto di Rene, Rete Reumatologica, Epatiti da Virus C, Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, Malattia Celiaca, Talassemia e Emoglobinopatie, Fibrosi Cistica;
3. legate alle **malattie rare**: Malattie Infettive Rare, Tumori Rari e Tumori solidi eredo-familiari del bambino, Metabolismo dell'infanzia, Anemie rare congenite, Malattie rare di interesse dermatologico, Malformazioni congenite rare.

Inoltre, data la sua storica vocazione per il trattamento delle patologie oncologiche e la presenza di un dipartimento oncologico dotato di specialità e professionalità avanzate in tale ambito, è identificata dalla Regione Sicilia quale Centro Specialistico per l'attuazione dei PDTA per il trattamento dei tumori:

- colon-retto: DA 798 del 12/09/2022;
- polmone: DA 799 del 12/09/2022;
- prostata: DA 114 del 18/02/2021;
- mammella: DA 912 del 04/10/2022;
- ovaio: DA 800 del 12/09/2022.



Ancora, l'Azienda, svolge diffusa ed intensa attività di ricerca orientata a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative e a favorire il rapido trasferimento applicativo e la loro diffusione attraverso attività formative programmate e organizzate all'interno dell'azienda.

Le Attività Produttive

L'ARNAS Civico, nel corso dell'anno 2023, ha continuato a perseguire l'obiettivo primario derivante dal proprio mandato istituzionale di effettuare prestazioni di assistenza ospedaliera di elevata complessità e di alta specializzazione, e continuando ad assolvere al proprio ruolo "storico" di presidio per l'assistenza ospedaliera delle condizioni patologiche di medio-bassa complessità. Nell'ambito del programma nazionale di smaltimento liste di attesa sono più di 3.000 gli interventi chirurgici effettuati in favore di pazienti inseriti in lista ante 2023.

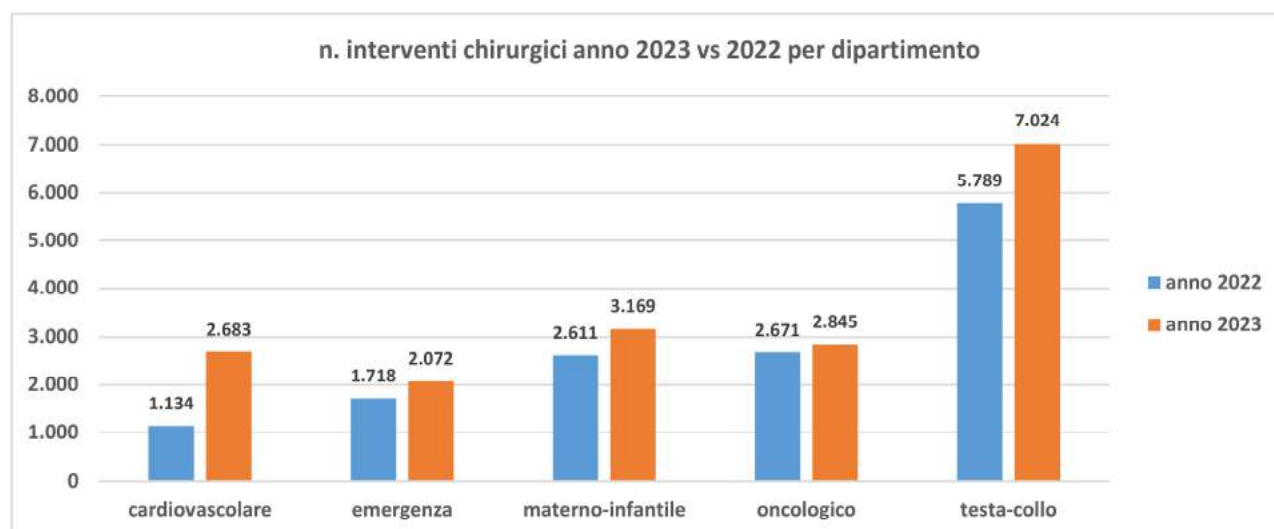
Si è registrato un significativo incremento delle attività rispetto all'anno precedente.

Le Attività di Sala Operatoria

L'attività Chirurgica dell'Azienda si svolge su n. 9 blocchi operatori che comprendono n. 23 sale operatorie al PO Civico, n.1 blocco operatorio comprendente n.2 sale operatorie al PO G.Di Cristina.

Una delle Sale operatorie del Blocco Oncologico al PO Civico è dedicata alle attività di chirurgia robotica.

Nel 2023 si è registrato un aumento dell'attività chirurgica del 27,8%, in parte nell'ambito del progetto finalizzato allo smaltimento liste di attesa ante 2023, passando dai 13.923 interventi chirurgici del 2022 ai 17.793 del 2023.



Attività di Pronto Soccorso

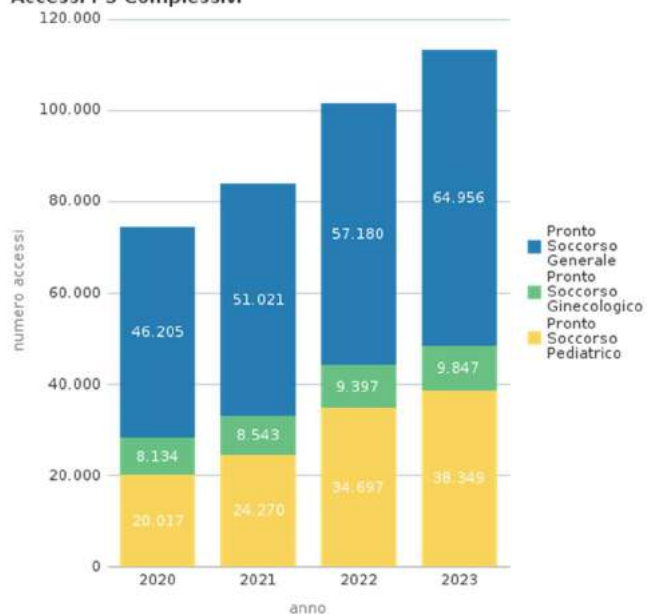
L'ARNAS Civico Giovanni Di Cristina Benfratelli è sede di:

- Pronto Soccorso Generale e di Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico al PO Civico,
- Pronto Soccorso Pediatrico al PO G. Di Cristina,

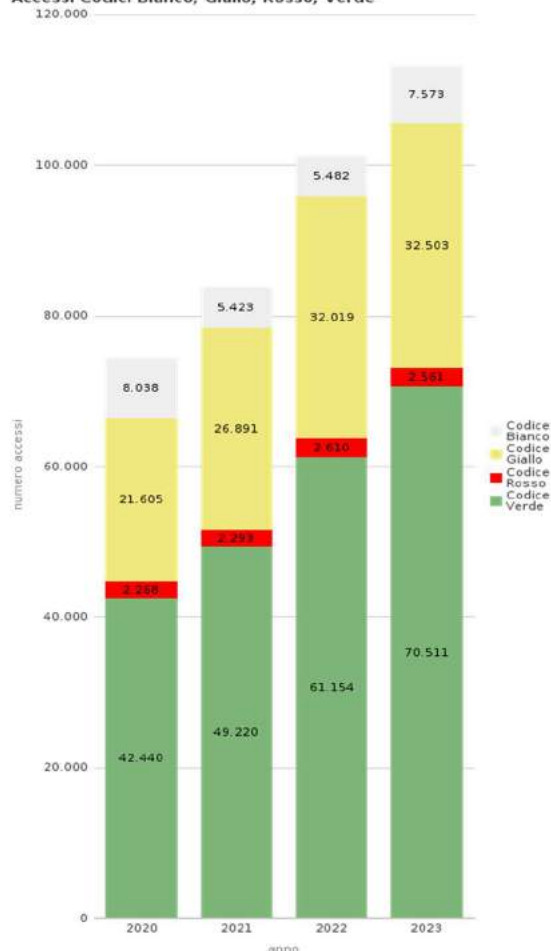
Gli accessi per l'anno 2023 hanno superato le 110.000 unità.



Accessi PS Complessivi

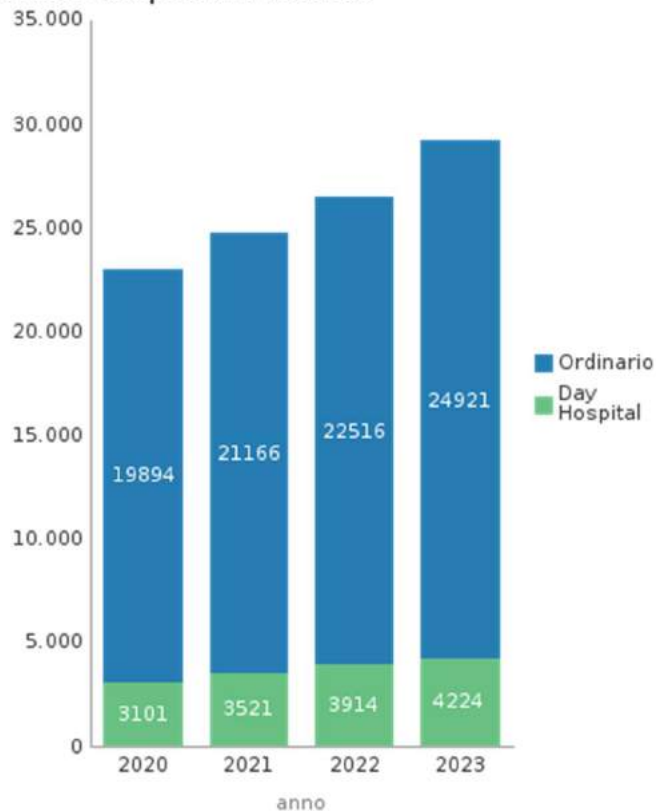


Accessi Codici Bianco, Giallo, Rosso, Verde

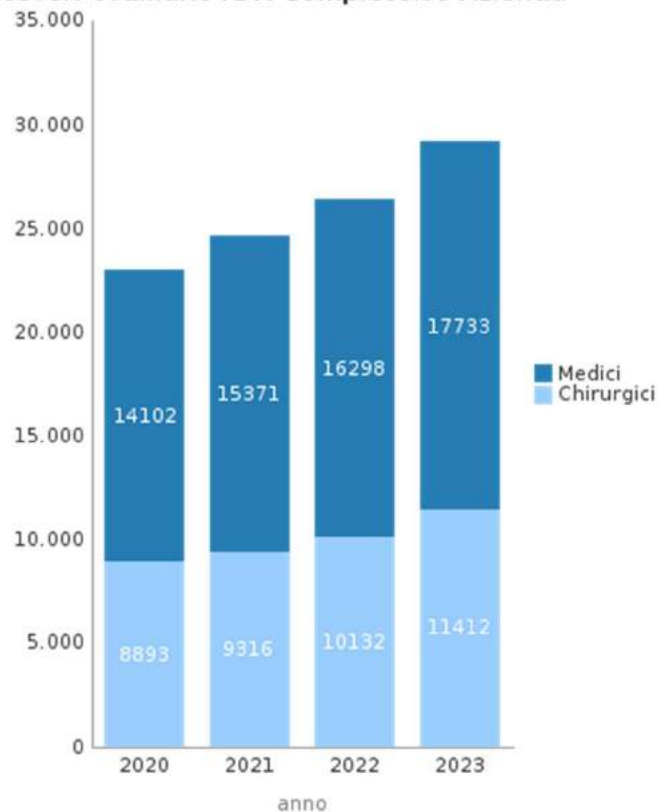


Attività di Ricovero

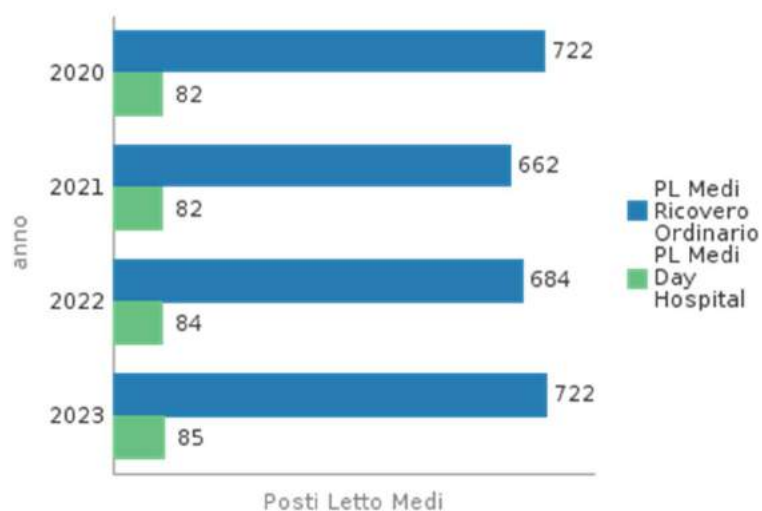
Ricoveri Complessivo Azienda



Ricoveri Ordinario+DH Complessivo Azienda

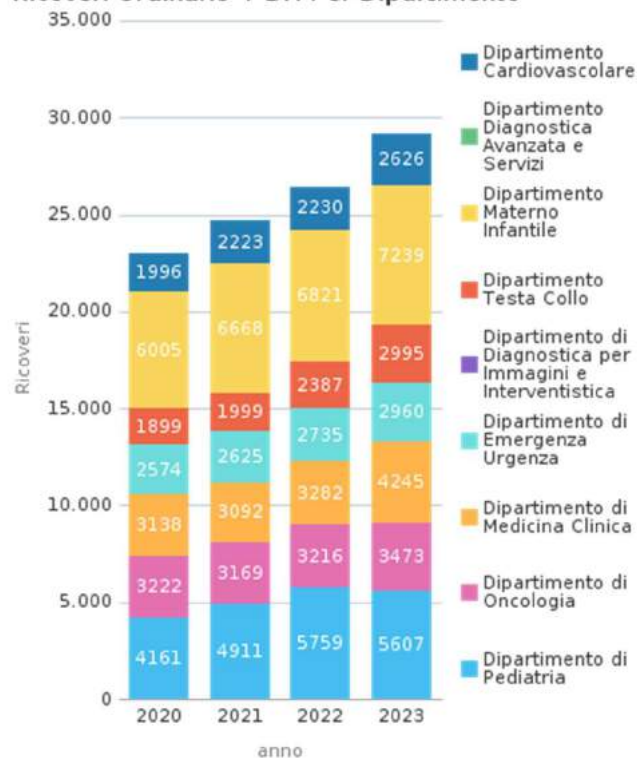


Posti Letto Medi

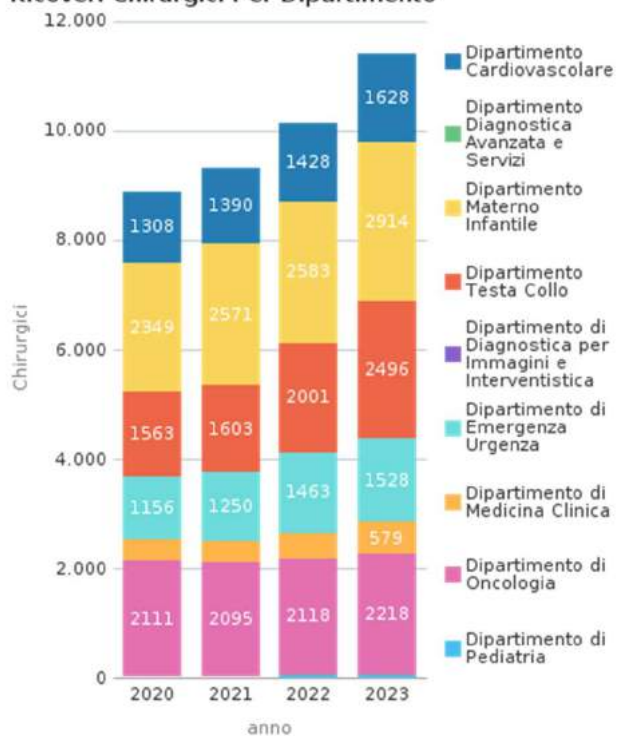


Attività di Ricovero per Dipartimento

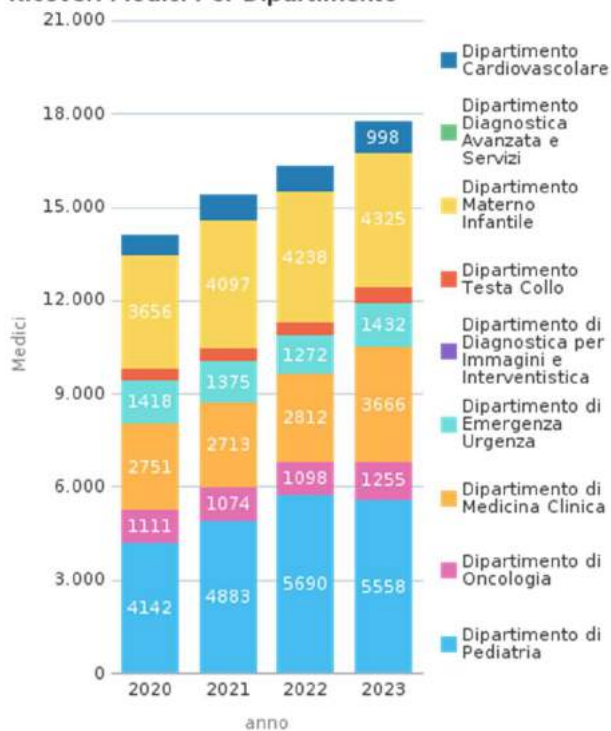
Ricoveri Ordinario + DH Per Dipartimento



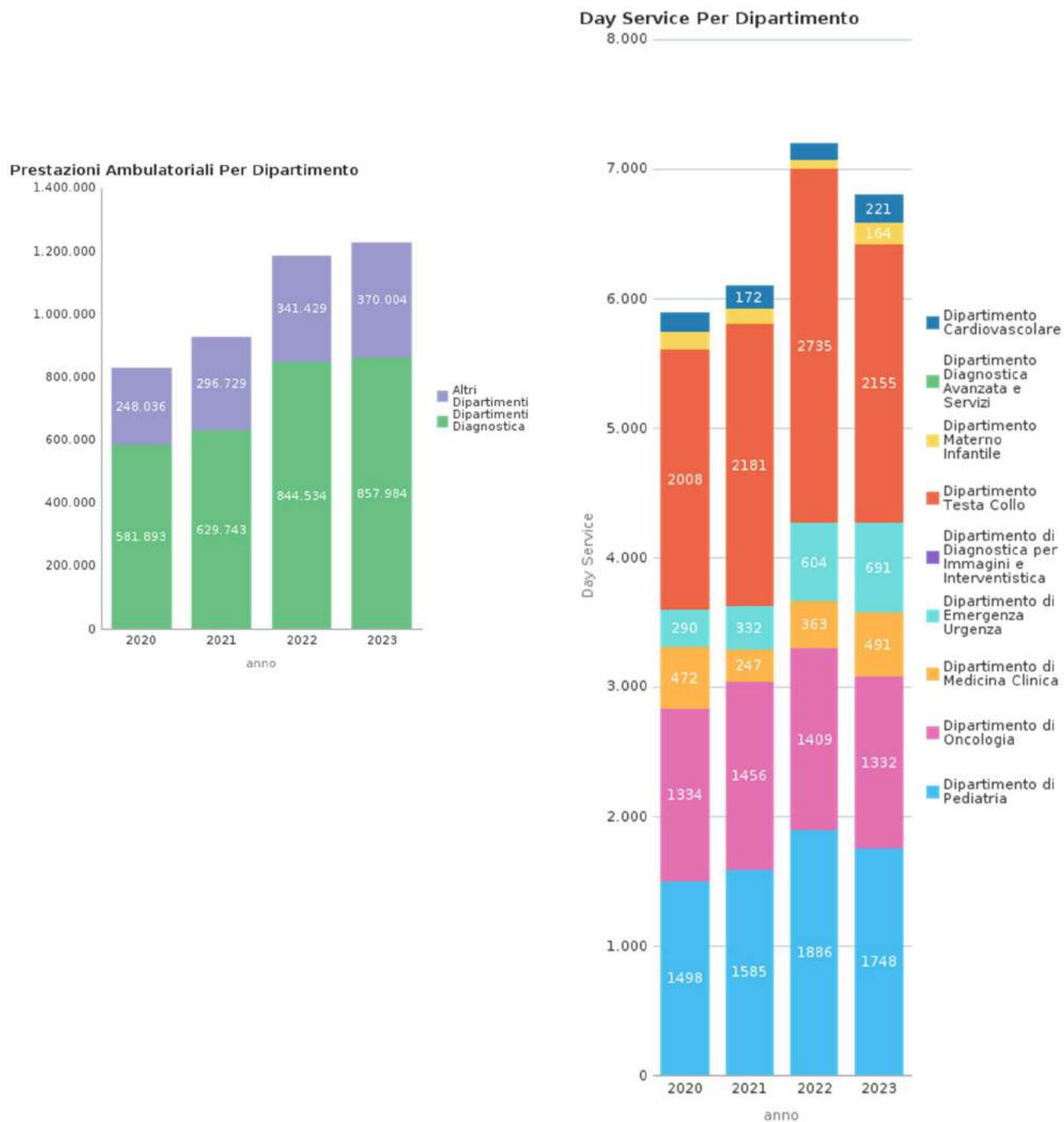
Ricoveri Chirurgici Per Dipartimento



Ricoveri Medici Per Dipartimento



Attività Ambulatoriale



Sezione 2 - Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

La presente sezione è ripartita nelle seguenti sottosezioni di programmazione:

- a) **Valore pubblico**, nel quale sono definiti:
 - 1) gli obiettivi generali programmati in coerenza con i documenti di salute e programmazione sanitaria adottati da questa azienda, in ragione della mission attribuita dalla pianificazione regionale;
 - 2) gli obiettivi specifici dell'azienda inteso come valore pubblico finalizzato all'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale e ambientale a favore dei cittadini;
 - 3) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
 - 4) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione;
- b) **Performance**: la sottosezione è predisposta secondo quanto previsto dal Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 e ss.mm.ii. ed è finalizzata, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di questa Azienda;
- c) **Rischi corruttivi e trasparenza**: la sottosezione è predisposta dal RPCT sulla base degli obiettivi in materia definiti dalla Direzione Strategica, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190 ss.mm.ii..

2.1 Il Valore Pubblico

L'ARNAS Civico G.Di Cristina Benfratelli rappresenta uno snodo importante per la sanità della città di Palermo e per l'intera Regione. Si tratta di una struttura di riferimento non solo per i palermitani ma per tutti i residenti in Sicilia Occidentale, che la percepiscono come elemento identitario e culturale importante.

Il valore pubblico individua l'incremento del benessere reale (economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, culturale etc.) che si intende creare per la collettività mobilitando al meglio le proprie risorse umane, finanziarie e tecnologiche, attraverso l'ottimizzazione dei processi interni (capacità organizzativa, sviluppo della rete di relazioni interne ed esterne), analisi della domanda e adeguatezza della risposta in termini di offerta di prestazioni in un contesto di sostenibilità ambientale delle scelte e di capacità di riduzione dei rischi reputazionali dovuti a insufficiente trasparenza o a fenomeni corruttivi.

In altri termini, in momenti in cui le risorse economiche sono scarse e le esigenze sociali crescenti, l'obiettivo prioritario è quello di utilizzare le risorse a disposizione in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale (utenti, cittadini, stakeholders in generale).

In ambito sanitario, in particolare, il termine "performance" ha assunto un diverso significato nel corso degli ultimi decenni: negli anni '80 era inteso soprattutto come rispetto delle norme e utilizzo adeguato delle risorse; negli anni '90 l'attenzione si è spostata sull'efficienza della produzione con un orientamento ai risultati. Negli ultimi anni il riferimento è sempre più spesso alla qualità dei servizi erogati e soprattutto alla creazione di Valore Pubblico.

Possiamo dire dunque che si crea Valore Pubblico quando si utilizzano le risorse a disposizione in modo efficiente, efficace e dunque funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze dei cittadini, realizzando un miglioramento del livello di benessere degli stessi.

Una maggiore componente di popolazione anziana e di cronicità significa necessariamente un notevole incremento dei bisogni in termini di servizi per la salute. Significa uno sforzo sempre maggiore per riuscire a produrre Valore Pubblico da risorse sempre più contingentate.

La strategia da impostare per il futuro non può che giocare sulla revisione dei modelli organizzativi e dei modelli assistenziali, su un ripensamento delle modalità di risposta a bisogni che altrimenti rischiano di rimanere insoddisfatti.

La visione strategica dell'Azienda è quindi orientata al costante miglioramento organizzativo, logistico, strutturale e infrastrutturale, teso a garantire appropriatezza, tempestività, efficacia e qualità dei servizi, in condizioni di sicurezza e nel rispetto della persona, attraverso una gestione efficiente delle risorse.

In armonia con le indicazioni regionali e nel rispetto della classificazione tipologica dell'Azienda l'indirizzo strategico guarda ad un sempre maggiore accoglimento di patologie ad alta complessità, all'ampliamento del bacino di utenza e al consolidamento del ruolo di riferimento nei percorsi assistenziali in rete oltre che alla collaborazione e integrazione operativa con altri istituti, limitrofi e no.

Per quanto sopra e al fine di meglio definire il proprio ruolo nel contesto locale e nazionale l'Azienda promuove, nel rispetto della propria missione istituzionale, il potenziamento e lo sviluppo delle aree di eccellenza clinica, anche al fine di interpretare pienamente il ruolo di realtà ospedaliera di alta specialità a rilievo regionale e nazionale. A tal fine:

- a) adegua la struttura dell'offerta assistenziale alla programmazione regionale;
- b) sviluppa percorsi assistenziali integrati tra ospedale e territorio;
- c) promuove le aree di eccellenza clinica rivolte anche all'utenza extra bacino;
- d) promuove l'innovazione assistenziale e l'appropriatezza clinica ed organizzativa.

La peculiarità dell'Ospedale Civico, Di Cristina, Benfratelli, come azienda sanitaria di rilievo nazionale, consiste nella disponibilità al proprio interno di tutte le specialità cliniche per il trattamento delle patologie in fase acuta, a qualunque età, e pertanto riconosce come caratteristica prioritaria di indirizzo nel proprio funzionamento la massima integrazione delle competenze e tecnologie esistenti.



L'Azienda, pertanto, si configura come parte di un sistema integrato, in rete, di servizi, professionisti sanitari e livelli di assistenza che compongono in un continuum l'offerta sanitaria regionale.

Obiettivo dell'Azienda è concorrere al benessere ed alla tutela della persona; tutte le funzioni ed i livelli di responsabilità nell'organizzazione sono regolati in una prospettiva di servizio e fondati sul principio della corresponsabilità nel conseguimento di un beneficio per l'utente come risultato delle attività.

Prerogativa fondamentale dell'Azienda per assolvere alla propria missione, è l'alta professionalità degli operatori. Per questo si caratterizza anche come luogo di sviluppo di cultura sanitaria, di ricerca intellettuale, di aggiornamento professionale e formazione continua.

La crescita e lo sviluppo dell'Azienda dipendono dalla massima espressione di tutte le risorse disponibili, opportunamente e appropriatamente impiegate, con un'apertura all'evoluzione del sistema. In questo senso, accanto all'aggiornamento tecnologico e organizzativo, l'attenzione è rivolta prioritariamente alla valorizzazione della risorsa umana, offrendo a tutto il personale le necessarie condizioni di sviluppare al meglio le proprie potenzialità e competenze.

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

- consolidare e potenziare le aree che caratterizzano l'Azienda come struttura di alta specialità incrementando, nel rispetto dei principi di appropriatezza, il "case mix";
- rafforzare il ruolo di riferimento svolto dall'Azienda nella risposta all'emergenza-urgenza in ambito provinciale e regionale;
- assicurare la risposta quali-quantitativa alla domanda di salute del bacino locale di riferimento per le aree di intervento di base valorizzando la vocazione per acuti dell'Azienda;
- favorire lo sviluppo dei necessari processi di integrazione, al proprio interno e nei rapporti con le altre strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, volti ad assicurare ai pazienti la continuità assistenziale.

L'Azienda intende quindi realizzare la sua vision attraverso:

- l'organizzazione ospedaliera strutturata intorno al bisogno del paziente adottando un sistema basato su intensità e natura della cura con aree integrate offrendo alla persona un percorso assistenziale completo e interdisciplinare;
- la realizzazione di un modello di sviluppo continuo delle professionalità in considerazione del fatto che il patrimonio professionale aziendale è da considerare la leva fondamentale per poter perseguire le sue finalità assistenziali ed assicurarsi la possibilità di mantenere e migliorare nel tempo il posizionamento già conseguito;
- l'adozione di un modello organizzativo dipartimentale che garantisca il mantenimento delle logiche e degli strumenti del miglioramento continuo dei risultati sia sul fronte clinico assistenziale che su quello dell'efficienza gestionale;
- la ricerca di nuove soluzioni organizzative basate sui principi della flessibilità e dell'economicità, anche agendo nel ridisegno complessivo della struttura organizzativa e del sistema delle responsabilità;
- la tendenza ad assicurare i più elevati standard qualitativi per il soddisfacimento delle esigenze dei pazienti e dei loro familiari sotto i profili della competenza tecnico professionale, della cortesia e della disponibilità del personale oltre che della rapidità nella gestione della pratica amministrativa e del comfort alberghiero;

- la possibilità di realizzare o partecipare a programmi di ricerca finalizzati alla sperimentazione ed applicazione delle pratiche ospedaliere e delle evidenze scientifiche migliori e più avanzate.

Qualità Percepita

L'URP, struttura preposta al "contatto" con l'utenza, realizza, attraverso l'ascolto degli utenti e la comunicazione interna, processi di rilevazione sul grado di soddisfazione dell'utenza per i servizi erogati.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico è la struttura aziendale deputata alla realizzazione del *"Sistema Regionale Valutazione della Qualità Percepita. Linee di indirizzo per il sistema di gestione della qualità percepita: politica, metodologie e strumenti"*, ex D.A. n.3185 del 28/12/2010.

L'Assessorato della Salute – Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico – Servizio 5 "Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti" ha emanato, con la nota Prot. DASOE/5 – 54553 del 03/07/2015, la Direttiva *"Indagine sulla Qualità Percepita dei Servizi di Cura e di Ricovero, Day Hospital e Servizi ambulatoriali e Diagnostici"*, ed è questa la linea su cui si espleta l'attività di rilevazione della qualità percepita.

Tuttavia, a causa della emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19, lo stesso Assessorato della Salute ha sospeso l'attività di monitoraggio disposta ex D.A. n.3185 del 28/12/2010.

La sospensione per l'anno 2021 è stata comunicata con nota prot.DASOE/8/34650 del 04/08/21 e quella per l'anno 2022 con mail del 21/04/2022.

Il mandato dell'Assessorato alla salute è stato, comunque, quello di continuare a monitorare la qualità percepita in modo autonomo, in attesa di una riorganizzazione centrale di tale attività.

Pertanto, è **obiettivo di questa Azienda consolidare il rapporto con i propri utenti migliorando la comunicazione istituzionale.**

La rilevazione della Qualità Percepita è, in tale ottica, intesa come strumento di comunicazione che permette di monitorare lo standard dei servizi che l'Azienda offre agli stakeholder.

A questo scopo, è stato messo a punto un modulo online, che riproduce il questionario della *Customer Satisfaction* Regionale, e che consente sia ai pazienti ricoverati che a quelli afferenti agli ambulatori, di esprimere il proprio livello di gradimento.

Attraverso un QR Code l'utente apre il relativo questionario e, in forma del tutto anonima, compila il questionario che viene acquisito in tempo reale.

Vengono escluse dalla Rilevazione le Terapie intensive, i Laboratori, le Radiodiagnostiche e i reparti che ospitano ciclicamente gli stessi pazienti.

È possibile accedere al modulo, per manifestare il proprio gradimento, anche dall'Home Page Aziendale:

- <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeDmGEsay5tfiJOWOoO1QowvWDhRYEaN9dbcsMwwRyu40uM1g/viewform> per le attività di ricovero;
- https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfiAPw_WALuK-cs8iRQHJb3_bSFZ06UdvhbS0BQvZ3sPIUj5w/viewform per le attività ambulatoriali.

2.1.1 Obiettivi Generali

Con deliberazione n.96 del 13 marzo 2019 sono stati assegnati gli obiettivi Aziendali Generali, di Salute e di Funzionamento dei Servizi per gli anni 2019-2020. Gli stessi sono stati perseguiti, in assenza di un'assegnazione formale anche per il 2021 e considerati tali anche per il 2022 e per il 2023, nell'assegnazione degli obiettivi strategici alle strutture di line.

Anche per il 2024 gli obiettivi perseguiti saranno, per continuità amministrativa, e nel rispetto dei LEA e della loro garanzia di erogazione, quelli assegnati nel 2019. D'altra parte, come detto in precedenza, attualmente l'Azienda è retta da un Commissario Straordinario con decorrenza 01/01/2023, sino al 30/06/2023 e successivamente fino al 31/01/2024, ovvero per un minore periodo in relazione alla procedura di nomina dei Direttori Generali delle aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Sicilia.

- a) **Osservanza delle politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa con particolare riguardo:**
- al **tetto per la spesa del personale** assegnato all'Azienda ai sensi del comma 584 dell'art.1 della legge 23 dicembre 2014 n.190 che, modificando il comma 3 dell'art.17 del decreto-legge 6 luglio 2011 n.98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011 n.111 ha esteso fino al 2020 le misure di cui ai commi 71 e 72 dell'art. 2 della legge 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 DL 31 maggio 2010 n.78, convertito dalla legge 30 luglio 2010 n.122, secondo misure percentuali e tempistiche indicate 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;
 - all'Area di Emergenza-Urgenza e Pronto Soccorso l'**attivazione** delle procedure connesse al completo utilizzo delle somme assegnate a valere sulle risorse residue accantonate nella GSA;
 - all'assistenza **farmaceutica territoriale/ospedaliera** che sarà valutata in funzione delle risorse definite in sede di negoziazione.
- b) **Osservanza degli obblighi in materia di "Flussi Informativi"**, sia di istituzione nazionale che regionale, con particolare riguardo al rispetto dei tempi di trasmissione, della qualità del dato, anche in termini di coerenza con altre fonti informative, e di completezza, avendo riguardo tanto alle strutture di competenza dell'azienda che alla periodicità di ciascun file secondo criteri di valutazione specificati dall'Assessorato.
- c) **Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione** con specifico riferimento ai rischi corruttivi in sanità nonché degli obblighi di trasparenza di cui al decreto legge 14 maggio 2013 n.33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016 n.97, al fine di rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per i cittadini, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare in modo sia aggregato che analitico.

- d) **Osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in materia di libera professione intramuraria** ai sensi dell'art.1 comma 7 della legge 3 agosto 2007 n.120 e smi.

2.1.2 Obiettivi Specifici

La soglia minima di raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi è fissata al 60%; il mancato raggiungimento di tale soglia comporta la decadenza dell'incarico ai sensi dell'art.20, comma 6, della L.r. n.5/09.

Area/Obiettivi		Peso
1. Screening oncologici	tumore della cervice uterina	1
	tumore della mammella	1
	tumore del colon retto	1
2. Esiti	Frattura del femore	5
	Parti cesarei	5
	Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI	5
	Colecistectomia laparoscopica	5
3. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa		10
4. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita		10
5. Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento		10
6. Donazione organi		9
7. Prescrizioni in modalità dematerializzata		7
8. Fascicolo Sanitario Elettronico		10
9. Percorso di Certificabilità		5
10. Piani di efficientamento e riqualificazione		5
11. Piani Attuativi Aziendali	Area qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti	9
	Area assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria	2
TOTALE PUNTEGGIO		100

OBIETTIVO 1: Screening

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.

Gli inviti devono raggiungere tutta la popolazione target (estensione 100%).

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.

Indicatore	valore obiettivo
Prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP dell'AO direttamente sul programma gestionale degli screening dell'ASP	si
Partecipazione al PDTA screening e individuazione del referente clinico per ogni screening	si
Esecuzione delle prestazioni di approfondimento richieste dalla ASP	100%
Registrazione di tutti i dati dei casi inviati dalla ASP per approfondimento o terapia direttamente sul programma gestionale degli screening	100%

OBIETTIVO 2: Esiti

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

Indicatore	valore obiettivo
Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	94,3%

SUB-OBIETTIVO 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)

Indicatore	valore obiettivo
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti anno	< 25%

SUB-OBIETTIVO 2.3: Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI

Indicatore	valore obiettivo
PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati	> 91,8%

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

Indicatore	valore obiettivo
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	> 95,3%

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

Interventi per il governo dell'offerta [IGO]

- Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali [IGO1]
- Apertura delle strutture ambulatoriali anche nelle ore serali e durante il fine settimana [IGO2]
- Aumentare l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva [IGO3]
- Incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, l'incremento delle sedute operatorie [IGO4]
- Acquisto prestazioni aggiuntive da erogare in regime libero professionale [IGO5]
- Attuazione del blocco dell'attività libero professionale [IGO6]
- Attivazione dell'Organismo paritetico regionale [IGO7]
- Definizione ed applicazione dei "percorsi di tutela" [IGO8]

Rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero [IGO9]

- Riservare la classe di priorità P esclusivamente ai primi accessi e gestire separatamente gli accessi successivi [IGO10]
- Monitoraggio dei tempi massimi di attesa [IGO11]
- Centralizzare la totalità delle agende pubbliche e private accreditate [IGO12]
- Garantire l'interoperabilità provinciale ed interaziendale dei CUP [IGO13]
- Prevedere sistemi di sbarramento delle prenotazioni [IGO14]
- Attivare il servizio di disdetta telematica delle prenotazioni [IGO15]
- Garantire la totale visibilità dell'offerta pubblica e privata accreditata [IGO16]
- Garantire la gestione separata dei canali di accesso: "primi accessi" e "accessi successivi" [IGO17]
- Garantire un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale [IGO18]
- Servizio di prenotazione tramite farmacie territoriali [IGO19]
- Garantire il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" [IGO20]
- Recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette [IGO21]
- Presa in carico del paziente cronico [IGO22]
- Informazione e comunicazione sulle liste di attesa, [IGO23]
- Vigilanza sulla sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale [IGO24]
- Coinvolgimento degli organismi di tutela [IGO25]
- Individuare gli ambiti territoriali di garanzia [IGO 27]

Rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero [IGO9]

Le aziende sanitarie del S.S.R. devono garantire, per classe di priorità, il rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero (non solo quelle oggetto di monitoraggio e descritte nel successivo capitolo 6) secondo i limiti fissati nelle tabelle sottostanti.

Classi di priorità per le prestazioni ambulatoriali (primi accessi)

Priorità/Tempi massimi di attesa

U (Urgente)-da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;

B (Breve)-da eseguire entro 10 giorni;

D (Differibile)-da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;

P (Programmata)-da eseguire entro 120 giorni.

Classi di priorità per le prestazioni in regime di ricovero

Classe/Tempi massimi di attesa e indicazioni

A-Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.

B- Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

C- Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

D-Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

OBIETTIVO 4 : garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR	
SUB-OBIETTIVO 4.1) Punti nascita	
Indicatore	valore obiettivo
Presenza di tutti i requisiti contemplati dalla Checklist	100,0%
SUB-OBIETTIVO 4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	
Indicatore	valore obiettivo
Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio	si
Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730).	< 8%

OBIETTIVO 5 : Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento	
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.	
SUB-OBIETTIVO 5.1: A. Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa– D.A. 1584/2018	
Indicatore [5] : Efficienza operativa (t) = $Eff(t) = \frac{n. \text{ pz. con permanenze} > 24 \text{ ore al PS al tempo } t}{n. \text{ pz. con permanenze} < 24 \text{ ore al PS al tempo } t} = \frac{K2(t)+K3(t)}{K1(t)}$ [valore atteso di accettabilità $\leq 0,5$]	
SUB-OBIETTIVO 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)	
Indicatore	valore obiettivo
Evidenza dell'attuazione dei seguenti adempimenti Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ; Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento; Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento; Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori;	si

OBIETTIVO 6: DONAZIONE ORGANI E TESSUTI	
Migliorare il procurement degli organi solidi e dei tessuti	
Indicatore	valore obiettivo
Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020)	si
Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2020	> 20%
Riduzione tasso di opposizione alla donazione	< 38%
Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente)	> 30%
Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione.	si

OBIETTIVO 7: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE

Implementare l'utilizzo delle prescrizioni dematerializzate

Indicatore	valore obiettivo
% di Medici Dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici	> 45%
numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette DEM prescritte / medici abilitati	> 120

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

Indicatore	valore obiettivo
% dei consensi informati acquisiti rispetto al numero dei pazienti ricoverati	> 5%
% dei referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)	> 20%

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

L'obiettivo intende assicurare che le Aziende del SSR provvedano entro il termine del 31.12.2009 alla piena realizzazione degli adempimenti che consentano di addivenire alla certificabilità dei bilanci aziendali, in coerenza alle previsioni del P.A.C.

Indicatore	valore obiettivo
Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC - Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento	si

OBIETTIVO 10: Piani di efficientamento e riqualificazione (AO e AUO)

L'obiettivo è costituito dalla presentazione all'Assessorato, da parte delle Aziende che non rientrano nei parametri previsti, del "piano di efficientamento e riqualificazione", entro 90 giorni dalla data di adozione del provvedimento di individuazione da parte dell'Assessorato stesso.

Indicatore	valore obiettivo
Rispetto e completa realizzazione delle azioni previste a Piano, come da cronoprogramma - n° e % di sviluppo delle azioni previste a Piano rispetto al cronoprogramma	100%

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.

Indicatore: implementazione delle azioni previste per le specifiche aree	valore obiettivo
AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI 2.1. Sicurezza dei pazienti 2.2. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza 2.3. PDTA 2.4. Appropriatelyzza 2.5. Outcome 2.6. Trasfusionale	100%
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 4.1. Cronicità 4.2. Fragilità 4.3. Disabilità e non autosufficienza 4.4 Privacy	100%

Gestione del capitale intellettuale e sviluppo delle competenze

- sviluppare le competenze e le conoscenze tecnico-professionali del personale dell'Azienda attraverso la rilevazione dei bisogni formativi e redazione del Piano Formativo;
- facilitare l'acquisizione dei crediti formativi attraverso l'accreditamento del Provider ECM.

Stakeholder: i medici e tutto il personale dell'Azienda nonché gli enti che si occupano di formazione e il valore pubblico da incrementare è di tipo sociale ed economico.

Pari Opportunità

Le pari opportunità sono un principio giuridico inteso come l'assenza di ostacoli alla partecipazione economica, politica e sociale di un qualsiasi individuo per ragioni connesse al genere, religione e convinzioni personali, razza e origine etnica, disabilità, età, orientamento sessuale o politico.

Sono obiettivi aziendali:

- rilevare la qualità del benessere organizzativo aziendale;
- favorire gli scambi e la solidarietà intergenerazionale;
- realizzare interventi informativi, anche nell'ambito del network nazionale dei CUG, sul tema della mediazione dei conflitti, della valorizzazione delle differenze e del benessere organizzativo;
- promuovere la cultura di genere;
- sensibilizzare sul tema delle molestie e delle molestie sessuali e connesso contrasto.

Stakeholder: personale dell'Azienda e il valore pubblico da incrementare è di tipo sociale.

Piano di Uguaglianza di Genere 2024-2026

Con deliberazione n.1730 del 22/12/2022 del Direttore Generale è stato costituito il **Gruppo di Lavoro Aziendale per il Gender Equality Plan (GEP)** costituito da professionalità Aziendali afferenti tanto ad Aree Sanitarie quanto ad Aree Amministrative con l'obiettivo di effettuare le analisi propedeutiche alla stesura del Piano per l'Equità di Genere. Con Deliberazione n.1875 del 19/12/2023 è stato adottato il Piano di Uguaglianza di Genere 2024-2026.

Il Piano per l'Equità di Genere (GEP, Gender Equality Plan) costituisce uno strumento finalizzato a pianificare, sviluppare e monitorare in maniera organica e strutturata gli obiettivi di equità di genere.

LA PARITÀ DI GENERE NEL CONTESTO EUROPEO, NAZIONALE E REGIONALE

Il contesto europeo

Il raggiungimento dell'uguaglianza di genere e dell'emancipazione di tutte le donne e le ragazze rappresenta uno dei 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (*Sustainable Development Goals, SDGs*) dell'Agenda 2030, che dovranno essere realizzati entro il 2030 a livello globale da tutti i Paesi membri dell'ONU.

In particolare, l'Obiettivo 5 "Raggiungere l'uguaglianza di genere e l'autodeterminazione di tutte le donne e ragazze", adottato all'unanimità dai 193 paesi membri delle Nazioni Unite con la risoluzione 70/1 del 15 settembre 2015, si propone di eliminare ogni forma di discriminazione e violenza per tutte le donne, di tutte le età. L'Obiettivo mira a ottenere la parità di opportunità tra donne e uomini nei diritti e nell'accesso alle risorse economiche, naturali e tecnologiche, alla leadership a tutti i livelli decisionali politici ed economici, l'eliminazione di tutte le forme di violenza nei confronti di donne e ragazze (compresa l'abolizione dei matrimoni forzati e precoci) e l'uguaglianza di diritti a tutti i livelli di partecipazione.

Negli ultimi anni, tenendo fede all'impegno della Commissione Europea per realizzare una "Unione dell'Uguaglianza", l'Unione Europea (UE) ha compiuto progressi significativi verso un'Europa garante della parità di genere. L'obiettivo è quello di costruire un'Unione in cui tutti gli individui, pur nella loro eterogeneità e indipendentemente dal sesso, dalla razza o dalla etnia, dalla religione o dalle convinzioni personali, dalla disabilità, dall'età o dall'orientamento sessuale, possano seguire liberamente le proprie scelte di vita con pari opportunità di realizzazione e di inserimento nel tessuto sociale e produttivo europeo.

Numerosi sforzi sono stati compiuti al fine di sviluppare la cultura dell'equità e favorire l'uguaglianza di genere attraverso iniziative e programmi volti ad identificare le cause delle disparità ancora esistenti, sostenere l'applicazione di norme in favore della parità di trattamento e promuovere misure specifiche a tutela dell'equità di genere.

Ciononostante, nessuno stato membro ha raggiunto una piena parità di genere, con una media di 67,4 punti su 100 ed un incremento di appena 5,4 punti dal 2005 ad oggi. Il divario di genere si sta colmando nel campo dell'istruzione, ma è ancora rilevante nel mondo del lavoro e nell'ambito di retribuzioni, assistenza, poteri e pensioni.

Sulla base di tali considerazioni ed in seguito ad un attento lavoro di ricognizione e di analisi, la Commissione Europea nel Marzo 2020 ha definito una strategia per la parità di genere, identificando per il periodo 2020-2025 gli obiettivi politici e le azioni chiave necessarie per costruire "un'Europa in cui donne e uomini, ragazze e ragazzi, in tutta la loro diversità, siano uguali e liberi di

perseguire le loro scelte di vita, abbiano pari opportunità di realizzazione personale e le stesse possibilità di partecipare alla nostra società europea e svolgerci un ruolo guida” (Strategia per la parità di genere). Giova sottolineare come in tale strategia l'espressione "in tutta la loro diversità" stia ad indicare che ogni volta che si parla di donne o di uomini ci si deve riferire a categorie molto eterogenee che comprendono il sesso, l'identità di genere, l'espressione di genere o le caratteristiche sessuali. Si tratta di un'espressione che sancisce l'impegno a non lasciare indietro nessuno e a realizzare un'Europa che garantisca la parità di genere per tutti, indipendentemente dal sesso, dalla razza o dall'origine etnica, dalla religione, dalle convinzioni personali, dalla disabilità, dall'età o dall'orientamento sessuale.

A tale riguardo, la Commissione Europea oggi richiede a tutte le istituzioni o organizzazioni pubbliche o comunque entità legalmente riconosciute la predisposizione e l'implementazione di un Piano per la Parità di Genere (Gender Equality Plan, GEP), articolato in cinque aree prioritarie, contraddistinte da specifiche misure e indicatori:

- equilibrio vita/lavoro e cultura organizzativa;
- equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali;
- eguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera;
- integrazione della dimensione di genere nella ricerca e nell'istruzione;
- misure di contrasto alla violenza di genere, comprese le molestie sessuali.

Il contesto nazionale

L'Italia, nel contesto Europeo, si trova ancora in una posizione piuttosto arretrata, come mostra l'indice sull'uguaglianza di genere dell'*European Institute for Gender Equality* (EIGE), fondato nel 2010 per rafforzare e promuovere la parità di genere in tutta l'Unione Europea. Con oltre 10 anni di esperienza nella raccolta di dati, nella conduzione di ricerche e nello sviluppo di risorse, l'EIGE è diventato il centro di conoscenza dell'UE per la parità di genere.

Secondo l'EIGE, con 68.2 punti su 100, l'Italia nel 2021 si colloca al 13° posto in Europa per parità di genere (vedi Figura 1), con un Gender Equality Index inferiore alla media europea e alquanto lontano dai primi tre paesi della classifica (Svezia, Danimarca e Francia), nonostante proprio il nostro paese abbia compiuto il progresso più importante tra tutti i paesi dell'unione europea negli ultimi anni.

Gender Equality Index in Italia (EIGE, 2023)



Il suo punteggio è 2.0 punti inferiore al punteggio medio dell'UE nel suo insieme. Dal 2010, il punteggio dell'Italia è aumentato di 14.9 punti, ovvero l'aumento più significativo del punteggio complessivo tra tutti gli Stati membri, con il conseguente incremento di otto posizioni nella classifica europea. Questo cambiamento è dovuto principalmente ai miglioramenti nel settore del potenziale (+ 37.5 punti). Dal 2020, il punteggio complessivo dell'Italia è aumentato di 3.2 punti. I principali fattori trainanti di questo aumento sono stati i miglioramenti nei domini del tempo (Time, + 8.1 punti) e del potenziale (Power, + 5.8 punti). Il solo dominio in cui il nostro paese supera la media europea è quello della salute, con un punteggio di 89.2, contro gli 88.5 punti della media degli altri stati.

Confronto del Gender Equality Index fra Italia e media Europea (EIGE, 2023)



Per l'Unione Europea la parità di genere non solo è un valore, ma anche un obiettivo (come espressamente enunciato nell'Art. 3 del Trattato sull'Unione Europea). Sono infatti diverse le azioni che sono state promosse a livello europeo volte ad eliminare le disuguaglianze tra uomini e donne ed a promuovere la parità di genere. Tra quelle più rilevanti nell'ambito di un contesto lavorativo si possono menzionare le direttive 2006/54/CE del 05/07/2006, 2010/41/UE del 07/07/2010 e la direttiva UE/2019/1158 del 20/06/2019. Tali direttive sono trasposte poi negli ordinamenti dei paesi membri dell'unione europea. A livello europeo sono inoltre presenti diverse iniziative di natura non vincolante che mirano alla parità di genere su diversi piani.

Anche in Italia è presente il divieto di discriminazioni di questo tipo e vi sono inoltre riferimenti normativi (tra cui l'articolo 7 del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche") specifici per le amministrazioni pubbliche. Secondo tale articolo, «le amministrazioni pubbliche garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro».

Inoltre, per quanto riguarda il contesto italiano, è importante menzionare l'esperienza del Bilancio di Genere nelle pubbliche amministrazioni, nonostante sia piuttosto recente. Con la Direttiva del Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità, "Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche", pubblicata sulla G.U.R.I. n. 173 del 27/7/2007, l'elaborazione di un piano di genere è stata raccomandata alle amministrazioni pubbliche come strumento per la promozione di una cultura organizzativa pubblica inclusiva. Con il

D. Lgs. n. 150/2009, invece, il Bilancio di Genere è stato previsto come contenuto della Relazione Annuale sulla Performance, rappresentando quindi uno strumento per raccogliere eventuali disuguaglianze tra uomini e donne, analizzando risultati raggiunti rispetto agli obiettivi definiti. Ad aprile 2022 è stato presentato alla Camera il Disegno di Legge 3568, che presenta disposizioni relativamente all'elaborazione di un bilancio di genere da parte delle regioni e degli enti locali: dopo una prima fase sperimentale, verrà introdotto l'obbligo per gli enti locali con popolazione superiore a 15.000 abitanti di elaborare un bilancio di genere.

La Strategia Nazionale per la Parità di Genere 2021-2026 che si ispira alla Gender Equality Strategy 2020-2025 dell'Unione europea, con una prospettiva di lungo termine, rappresenta lo schema di valori, la direzione delle politiche che dovranno essere realizzate e il punto di arrivo in termini di parità di genere. Il tema della parità di genere è una delle tre priorità trasversali in termini di inclusione sociale del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed il riferimento per l'attuazione della riforma del Family Act.

Il documento strategico è il risultato di un percorso ampio e partecipato che ha coinvolto le amministrazioni, le parti sociali e le principali realtà associative. In armonia con quanto indicato dalla Commissione Europea, cinque priorità sono state identificate: Lavoro, Reddito, Competenze, Tempo e Potere, con obiettivi e target dettagliati e misurabili, da raggiungere entro il 2026. L'obiettivo, ambizioso, è quello di guadagnare 5 punti nella classifica del Gender Equality Index dell'EIGE.

Il percorso è avvenuto secondo una programmazione temporale predefinita allo scopo di incoraggiare i gruppi di studio a condurre i propri lavori in modo efficiente ed efficace. Il percorso ha preso il via dal Documento di analisi e di proposta elaborato durante l'emergenza covid-19 dalla Task Force "Donne per un nuovo Rinascimento" istituita ad aprile 2020. Il documento individuava cinque direzioni di proposta: parità di genere, la responsabilità di progettare il futuro; lavoro, un nuovo paradigma femminile ed inclusivo; scienza, motore di un nuovo Rinascimento; solidarietà, investire per l'emancipazione di tutte; comunicazione: parole e immagini per generare un cambiamento.

Sul tema del riequilibrio della rappresentanza di genere nei procedimenti di nomina, è stato istituito nell'Aprile del 2021 presso il Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei ministri un Gruppo di studio dedicato. Il Gruppo, composto da nove docenti universitarie di diritto costituzionale, istituzioni di diritto pubblico e di diritto pubblico comparato, ha elaborato proposte per una piena partecipazione delle donne nelle istituzioni, in posizioni di leadership a tutti i livelli decisionali e in tutti gli aspetti della vita sociale, economica e politica.

Per rafforzare la governance della Strategia 2021-2026, la legge di bilancio 2022 (Articolo 1, commi 139-148, L. n. 234/2021), oltre a prevedere l'adozione di un Piano Strategico Nazionale per la Parità di Genere, ha disposto l'istituzione presso il Dipartimento per le pari opportunità di una cabina di regia interistituzionale e di un Osservatorio nazionale per l'integrazione delle politiche per la parità di genere.

Il Contesto Regionale

Nel contesto regionale, l'Amministrazione Regionale ha adottato il Piano Triennale delle Azioni Positive 2021/2023, ai sensi dell'art. 48 del D.Lgs. 11 Aprile 2006 n. 198 conosciuto come "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna" e in attuazione alla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2 del 26 Giugno 2019, in un'ottica di prosecuzione con il precedente piano ed i successivi aggiornamenti, (per tutte le azioni realizzate con profitto negli anni) e al fine di programmare, promuovere, rafforzare e dare attuazione a nuove azioni per garantire la parità e pari opportunità, come strumento per una migliore conciliazione tra vita privata e lavoro, per un maggior benessere lavorativo oltre che per la prevenzione e rimozione di qualunque forma di discriminazione. È infatti l'articolo 48 del succitato D.Lgs. a prevedere che le P.A. predispongano

“Piani di azioni positive tendenti ad assicurare, nel loro rispettivo ambito, la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne”. Mentre la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2 del 26 Giugno 2019, dà alle P.A. “Indicazioni concrete che consentano di attuare quelle misure volte a garantire le pari opportunità per tutti e al contempo, fornire indirizzi operativi per l'applicazione degli strumenti di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro”; inoltre indica le “linee di azione alle quali si devono attenere le P.A. per il raggiungimento degli obiettivi che la direttiva si propone...”. La succitata direttiva sostituisce la precedente del 23 Maggio del 2007 recante “Misure per attuare parità e opportunità tra uomini e donne nelle P.A.” ed aggiorna alcuni indirizzi forniti con la direttiva del 4 Marzo 2011 sulle modalità di funzionamento dei “Comitati unici di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni”. Il nuovo Piano ha durata triennale e individua "azioni positive" definite, ai sensi dell'art. 42 del citato Codice delle Pari Opportunità, come "misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità dirette a favorire l'occupazione femminile e a realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro".

Le azioni positive sono misure temporanee e speciali che, per rendere sostanziale il principio di uguaglianza formale, mirano a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità tra uomini e donne. Sono misure “speciali” in quanto specifiche e ben definite, che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta che indiretta, e “temporanee” in quanto necessarie fintanto che si rileva una disparità di trattamento fra uomini e donne. Si tratta di misure che hanno l’obiettivo di rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità. Tali misure sono di carattere speciale in quanto specifiche e ben definite, ed in quanto intervengono in un determinato contesto al fine di eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta sia indiretta. Allo stesso tempo si tratta di misure temporanee in quanto necessarie fin tanto che si rilevi una disparità di trattamento. Il Piano è rivolto a promuovere nell’ambito della Regione Siciliana l’attuazione degli obiettivi di parità e pari opportunità intesi come strumento per una migliore conciliazione tra vita privata e lavoro, per un maggior benessere lavorativo oltre che per la prevenzione e rimozione di qualunque forma di discriminazione.

In tale contesto normativo, e con le finalità sopra descritte individuate dalla legge, l'Amministrazione regionale adotta il nuovo Piano 2021/2023 al fine di svolgere un ruolo propositivo e propulsivo finalizzato alla promozione ed attuazione dei principi delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze nelle politiche di gestione del personale. La promozione della parità e delle pari opportunità nella pubblica amministrazione necessita inoltre di un'adeguata attività di pianificazione e programmazione, strumenti ormai indispensabili per rendere l'azione amministrativa più efficiente e più efficace. Già con D.P.Reg. n. 609/gab del 30/10/2018 l'Amministrazione regionale ha adottato il primo Piano triennale delle azioni positive per il triennio 2018-2020, sottoposto ad aggiornamento per il triennio 2019-2021, con D.P.Reg. n. 7704 del 19/11/2019 e con D.P.Reg. n.5475 del 27/11/20 per il triennio 2020-2022.

Il nuovo Piano di Azioni Positive verrà monitorato annualmente e sulla base dei cambiamenti organizzativi e dei bisogni che potranno emergere potrà essere modificato, integrato ed ampliato nel corso del triennio. In caso di mancata adozione del Piano Triennale di Azioni Positive, il medesimo articolo 48 del D.lgs. n. 198/2006 introduce quale sanzione il divieto di assumere da parte dell'Amministrazione nuovo personale, compreso quello appartenente alle categorie protette ai sensi dell'articolo 6, comma 6 del D.Lgs 30 marzo 2001, n. 165. Per completezza d'esame, si riportano le norme vigenti di carattere generale in materia, quali il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, recante “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle P.A.” in particolare l'articolo 7 comma 1 prevede che le pubbliche amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne e l’assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta,

relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro. Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno; l'articolo 57 del medesimo decreto legislativo prevede che le pubbliche amministrazioni costituiscono al proprio interno il «Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni» che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni. Inoltre, anche l'unione Europea ha svolto e continua a svolgere un ruolo fondamentale nella definizione di principi di pari opportunità fra uomo e donna, nella fissazione di obiettivi di sviluppo delle politiche di genere nei diversi Stati membri, nonché nel contrasto a qualsiasi forma di discriminazione negli ambiti lavorativi, economici e sociali. Infatti, nel corso degli ultimi anni, in Italia sono stati adottati numerosi interventi normativi volti a rimuovere gli ostacoli alla piena partecipazione politica, economica e sociale delle donne e degli altri soggetti vulnerabili rispetto a forme di discriminazione.

Il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di ottimizzazione delle produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni che ha riconosciuto all'articolo 8 la rilevanza del principio delle pari opportunità quale ambito di misurazione e valutazione della performance organizzativa delle amministrazioni pubbliche. La legge 4 novembre 2010, n. 183 che prevede l'istituzione dei «Comitati unici di garanzia» è stata un'ulteriore iniziativa nella stessa direzione con l'attribuzione agli stessi di compiti propositivi, consultivi e di verifica, al fine di favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorare l'efficienza delle prestazioni anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e contrastare qualsiasi forma di discriminazione e di violenza per i lavoratori.

Inoltre, ha innovato e ampliato la materia delle pari opportunità nel senso di una sempre maggiore riduzione delle discriminazioni e di una sempre maggiore valorizzazione del benessere di chi lavora. Infatti, modificando l'art. 1, comma 1, lettera c) e l'art. 7, comma 1, del d.lgs. 165/2001 richiede che le pubbliche amministrazioni garantiscano pari opportunità tra uomini e donne e l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro. Il decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 80 recante «misure per la conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro»; «Legge 7 agosto 2015, n. 124 Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni Pubbliche»; il decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 151 «Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183», tutte norme che in attuazione del c.d. «jobs act», hanno apportato modifiche al T.U. in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, al TU D.Lgs. n.81/2008 sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, allo stesso «Codice Pari Opportunità (D.Lgs n. 198/2006) introducendo gli istituti del «Lavoro agile» nel pubblico impiego, del «telelavoro» in aggiunta ad una serie di misure finalizzate a tutelare la maternità e la paternità per rendere, tra l'altro, più flessibile la fruizione dei congedi parentali e favorire, in tal modo, le opportunità di conciliazione per la generalità delle lavoratrici anche nel settore pubblico.

La Regione siciliana si è dotata da tempo di strumenti operativi a sostegno delle pari opportunità promuovendo a tal fine numerose iniziative, sia in precedenza con la costituzione del Comitato Pari Opportunità e con la costituzione del Comitato paritetico sul fenomeno del mobbing sino alla nuova strutturazione degli organismi di garanzia operata dall'art. 21 della L. n. 183/2010 ed infine con D.D.G. n. 4671 del 31/07/2013 del Dirigente Generale del Dipartimento Regionale della Funzione Pubblica e del personale, è stato costituito il Comitato Unico di Garanzia della Regione Siciliana nel rispetto del disposto di cui all'articolo 21 della legge 4 novembre 2010 n. 183 e della Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4/3/2011 "Linee Guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni". Con D.D.G. 8015 del 30/11/2012 del Dirigente generale del Dipartimento Regionale della Funzione Pubblica e del Personale, è stato adottato il "Codice di condotta relativo ai provvedimenti da assumere nella lotta contro le molestie sessuali", avente efficacia nei confronti di tutto il personale, che all'art. 5 istituisce la figura del/la consigliere/a di fiducia contro le molestie sessuali da nominarsi presso ogni Dipartimento regionale e inoltre con D.D.G. n. 6891 del 17/11/2016 del Dirigente generale del Dipartimento Regionale della Funzione Pubblica e del personale, è stato adottato il "Codice di condotta per la Prevenzione e la lotta contro il mobbing". Inoltre, da ultimo, con D.D.G. 1888 del 04/05/2020 è stato adottato il "Codice di condotta per la tutela del diritto alle pari opportunità alle valorizzazioni del benessere di chi lavora e in contrasto alle discriminazioni, alle molestie e al mobbing" in sostituzione dei codici succitati.

Con D.D.G. 6384 del 26/10/2017 e s.m.i. del Dirigente generale del Dipartimento Regionale della Funzione Pubblica e del personale, è stato ricostituito il Comitato Unico di Garanzia della Regione Siciliana, il cui mandato era scaduto il 31 luglio 2017. Al Comitato Unico di Garanzia sono assegnati dalla legge compiti propositivi, consultivi e di verifica su tutte le tematiche legate alle discriminazioni di genere, oltre che ad ogni altra forma di discriminazione, diretta o indiretta. Il Comitato Unico di Garanzia, attento ai temi della conciliazione, della promozione della cultura di genere e della valorizzazione delle differenze, pone una particolare attenzione al benessere lavorativo e promuove azioni finalizzate alla creazione di maggior benessere nell'ambiente di lavoro. Con tali azioni il Comitato Unico di Garanzia riconosce centralità ai temi dello stress occupazionale e del benessere psicologico sul luogo di lavoro, interpretati nelle loro dimensioni individuali, di gruppo e organizzative, come presupposto per progettare e realizzare interventi preventivi e di promozione della salute fisica e psicologica, in raccordo con gli organi competenti dell'Amministrazione. Il CUG, pertanto, si adopera per promuovere iniziative di valorizzazione del benessere di chi lavora considerato anche il momento storico e sociale che sta vivendo la pubblica amministrazione dove sono in atto trasformazioni rilevanti che toccano piani strutturali, culturali e procedurali.

L'AZIENDA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE CIVICO, DI CRISTINA, BENFRATELLI (ARNAS-CIVICO)

L'ARNAS-Civico si propone di rafforzare il suo ruolo attraverso l'impegno mirato e costante finalizzato al miglioramento dell'assistenza, come illustrato in Figura.

Obiettivi di miglioramento della qualità assistenziale e della posizione di eccellenza dell'ARNAS-Civico di Palermo nello scenario sanitario regionale:



Pertanto, le scelte e gli obiettivi strategici dell'ARNAS-Civico sono rivolti da una parte a migliorare lo status di centro sanitario dedicato ai trattamenti di elezione e di elevata complessità, soprattutto in ambito oncologico e cardiologico, dall'altra a potenziare l'attività legata all'emergenza-urgenza, differenziandone e facilitandone i percorsi. Al fine di implementare quanto previsto dalla programmazione Regionale, interaziendale ed aziendale, lo sforzo dei professionisti dell'ARNAS-Civico è indirizzato verso obiettivi prioritari condivisi, come illustrato in Figura di seguito.

Obiettivi di miglioramento della qualità assistenziale e della posizione di eccellenza.



PARITÀ DI GENERE ALL'ARNAS-CIVICO: LO STATO DELL'ARTE

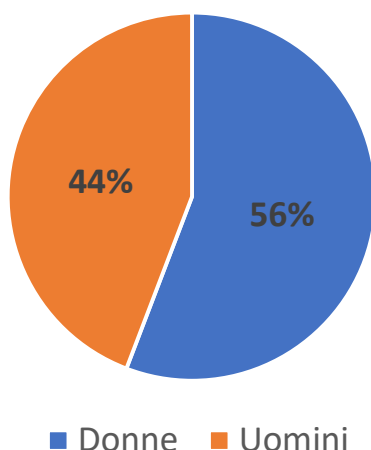
L'elaborazione del **Piano per l'Uguaglianza di Genere dell'ARNAS-Civico** di Palermo nasce da un'analisi di contesto che riguarda: (a) la composizione di genere del personale dipendente, sia di quello dirigenziale che del comparto, in tutti gli aspetti considerati (ruolo, attribuzioni di incarichi, fruizione di permessi e congedi, modifica del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale e attività di formazione svolte); (b) l'analisi del trattamento salariale; (c) l'ambito del benessere e welfare; (d) la prospettiva di genere nelle attività assistenziali, di ricerca e di disseminazione.

Distribuzione di genere nel personale

La platea lavorativa dell'azienda alla data del 31.12.2022 è composta da n. 3350 unità, così distribuite:

- n. 3 unità Direzione Aziendale
- n. 640 unità Dirigenza Medica
- n. 2063 unità Comparto Sanità
- n. 69 unità della dirigenza Sanitaria, Professionale Tecnica e Amministrativa (SPTA)
- n. 23 unità personale Attività Socialmente Utili (ASU)
- n. 200 unità Bacino Emergenza Palermo, ex PIP (Piani Inserimento Professionale)
- n. 352 contratti di lavoro atipici (contratti a progetto, a regime libero-professionale, collaborazioni continuate e continuative, ecc.).

Distribuzione di genere nel personale dell'ARNAS-Civico di Palermo.



La distribuzione di genere nelle diverse aree del personale aziendale, inclusa la Direzione Strategica, la Dirigenza Medica, il comparto sanità, la dirigenza SPTA, il personale ASU ed ex PIP, ed i contratti di lavoro atipici è riportata nella Tabella a seguire.

Distribuzione di genere nelle diverse categorie professionali del personale ARNAS-Civico

Profilo	Donne		Uomini		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Direzione Strategica	0	0	3	100%	3	100%
Dirigenza Medica	330	51.6%	310	48.4%	640	100%
Dirigenza SPTA	39	56.5%	30	43.5%	69	100%
Totale Dirigenza	369	51.8%	343	48.2%	712	100%
Comparto Sanità	1.172	56.8%	891	43.2%	2.063	100%
Personale ASU	10	43.5%	13	56.5%	23	100%
Personale ex PIP	65	32.5%	135	67.5%	200	100%
Contratti atipici	253	71.9%	99	28.1%	352	100%
Totale Comparto	1.500	56.9%	1.138	43.1%	2.638	100%
TOTALE	1.869	55.8%	1.481	44.2%	3.350	100%

Complessivamente il personale dell'azienda mostra una distribuzione di genere equilibrata, con una leggera prevalenza del sesso femminile (56%) rispetto al maschile (44%), sia nella dirigenza (52%) che nel comparto (57%).

Le sole categorie professionali dove si evidenzia una disuguaglianza di genere sono costituite da profili invero particolari, precisamente il personale ASU (con un gap rispetto all'equilibrio di circa 7 punti percentuali) e, soprattutto, il personale ex PIP (con un gap superiore ai 17 punti percentuali). A tale riguardo bisogna comunque considerare che le due categorie suddette rientrano nell'ambito delle figure proprie del precariato lavorativo regionale e che la loro composizione riflette lo scenario delle politiche regionali entro cui tali figure sono state selezionate. In entrambi i casi si tratta di soggetti svantaggiati nel mercato del lavoro, inclusi nell'elenco speciale ad esaurimento con l'obiettivo di essere impiegati in attività di pubblica utilità. Pertanto, il loro inserimento ed i criteri di selezione del personale stesso non riflettono, se non marginalmente, quelli aziendali, ma rispondono a scelte aziendali legate ad opportunità e/o disponibilità di specifici profili professionali.

D'altra parte, la distribuzione di genere nei cosiddetti "contratti atipici" mostra una chiara prevalenza del genere femminile su quello maschile (72% vs 28%), suggerendo che le possibilità e capacità di accesso a tale tipologia di contratti siano significativamente superiori per le donne, anche come naturale conseguenza della maggiore incidenza del precariato femminile, almeno relativamente agli ambiti sanitari e/o amministrativi del mondo salute.

Analisi del trattamento salariale

Il trattamento salariale dei dipendenti dell'azienda ARNAS-Civico è disciplinato dal Contratto Collettivo Nazionale Comparto Sanità, della Dirigenza e del Comparto. Al Comparto viene applicato il CCNL 2019 – 2021, che dedica il Titolo X alla disciplina del trattamento economico dei dipendenti, mentre, per la Dirigenza, in attesa del rinnovo del Contratto, si applica il CCNL triennio 2016-2018.

Al fine di valutare la sussistenza di un divario retributivo di genere è stata condotta un'indagine sulla Retribuzione Annua Lorda (RAL) relativa all'anno 2022 del personale, valutata sulla base dello stipendio mensile lordo, tramite un'analisi dei dati disaggregati per genere. L'indagine ha interessato i diversi livelli di categorie contrattuali presenti, sia dirigenziali che del comparto. In

particolare, dall'analisi effettuata sulla Dirigenza Medica e sulla Dirigenza SPTA, è emerso che non esiste alcuna differenza stipendiale tra uomo e donna per quanto riguarda l'ammontare dello stipendio base lordo mensile per la qualifica dirigenziale. Tuttavia, si registrano differenze stipendiali per quanto concerne le voci della R.I.A. (retribuzione individuale di anzianità) e la parte variabile per l'incarico ad personam. E se da un lato la variazione della RIA non incide di fatto sull'analisi del differenziale di genere, in quanto il suo variare è correlato all'anzianità di servizio, dall'altro lato, il variare dell'indennità per incarico ad personam è connesso all'incarico rivestito dal Dirigente e dalla pesatura della Struttura che gli viene assegnata. Se si guarda, però, alle posizioni apicali di Direttori dei Dipartimenti Sanitari, per le quali è prevista una maggiorazione stipendiale per l'incarico, emerge il vero divario di genere, in quanto su nove Dipartimenti Sanitari, tutte le figure di Direttori sono ricoperte da uomini.

Per quanto concerne, invece, il personale del Comparto Sanità, i risultati ottenuti dall'analisi della situazione stipendiale dei dipendenti mostrano che non esiste un differenziale salariale di genere per i vari livelli contrattuali. Invero, secondo i dati raccolti, la retribuzione salariale prevista per le varie figure contrattuali è uguale per uomini e donne, per quanto riguarda lo stipendio base mensile lordo corrispondente all'area di inquadramento.

Una variazione stipendiale si registra, invece, per i titolari di incarichi di funzione organizzativa e professionale, che ricevono un'indennità aggiuntiva in base alla posizione ricoperta. Anche in questo caso si è ritenuto utile analizzare alcune delle posizioni organizzative assegnate al personale in servizio, al fine di valutare il differenziale tra uomo e donna assegnato all'incarico di funzione organizzativa.

Dall'analisi effettuata emerge come, su 83 posizioni organizzative esaminate, 50 posizioni siano assegnate a donne, mentre 33 a uomini.

Benessere e welfare

Si parla di welfare aziendale per indicare le iniziative, i beni ed i servizi che ogni azienda può rendere disponibili ai propri dipendenti per favorire il benessere e una sinergia ottimale tra vita privata e professionale. Oggi più che mai è essenziale per ogni dipendente riuscire a conciliare questi due aspetti della propria vita e l'azienda può dare il proprio supporto grazie all'utilizzo di specifici piani welfare. Questo aspetto assume un valore rilevante nelle dinamiche aziendali in quanto un dipendente soddisfatto è in grado di lavorare meglio, con motivazioni maggiori ed è più propenso a vivere al meglio la propria vita professionale. In ogni caso, la priorità in questi casi deve sempre essere il benessere dei dipendenti, pur considerando che inevitabilmente questo può ripercuotersi anche sul benessere dell'azienda stessa. In tale contesto si inserisce come fattore determinante la differenziazione di genere ed il diverso peso che i beni e servizi di welfare aziendale offerti al personale devono contemplare al fine di evitare distorsioni di genere sia nella possibilità di accesso che di efficacia delle misure previste.

Attivare iniziative di welfare aziendale porta una serie di vantaggi, sia per i dipendenti sia per le imprese. Per i dipendenti aumenta il benessere e la qualità di vita, incide sull'equilibrio tra lavoro e vita privata; rende più gradevole e apprezzata la stessa vita lavorativa. Per le aziende migliora il rapporto con i dipendenti, favorisce il coinvolgimento dei dipendenti nelle attività, nei progetti e negli obiettivi aziendali, produce effetti positivi sulle prestazioni lavorative, incrementa la capacità attrattiva dell'azienda nei confronti di potenziali nuove risorse.

L'emergenza pandemica ha segnato in modo profondo e drammatico la vita delle persone e delle nostre comunità, accrescendo disuguaglianze anche tra i territori ed evidenziando i punti di forza ma anche le debolezze strutturali del nostro sistema di welfare e della nostra economia. Per questo, oggi più che mai, nel pieno di una crisi economica e sociale di cui è difficile immaginare durata e conseguenze, è ancor più necessario investire sulla costruzione di un rinnovato e più solido

sistema di welfare pubblico, accompagnato da politiche di promozione e di coesione sociale e sostenuto da servizi pubblici forti, a partire dal rilancio del servizio sanitario nazionale e dall'integrazione con il sociale. Servono scelte radicali e concrete per uno stato sociale forte, pubblico e universale che garantisca la salute e il benessere di tutti.

Particolare rilievo assume in quest'ambito il benessere psico-fisico dei dipendenti, perché stanno assumendo sempre più un ruolo essenziale nelle dinamiche aziendali e sociali. I disturbi psicologici, come ansia e depressione, sono tra le prime cause di assenteismo e bassa produttività denunciati dalle aziende. Possono essere causati da un ambiente di lavoro stressante o da un carico di lavoro eccessivo, così come da fattori esterni all'azienda, legati alla vita familiare del dipendente ma che hanno un impatto altrettanto negativo sulla sua performance lavorativa. D'altronde, i costi a livello sociale ed economico dei disturbi d'ansia e depressivi sono molteplici. Non solo costi diretti, che pesano sul Sistema Sanitario Nazionale, ma anche costi indiretti legati alla minore produttività legata non soltanto alle ore di lavoro perse in caso di assenza, ma anche ai casi in cui i lavoratori, pur avendo questi disturbi, si presentano al lavoro ma sono incapaci di concentrarsi, hanno scarsa memoria, senso di fatica, nervosismo, e difficoltà nel prendere decisioni e nel risolvere i problemi. Si tratta del cosiddetto "presenzialismo", ovvero la presenza sul luogo di lavoro in condizioni di salute non ottimali: un fenomeno che secondo alcune stime potrebbe avere costi anche cinque volte superiori rispetto a quelli dell'assenteismo vero e proprio.

Le aziende hanno un ruolo chiave nella gestione di queste problematiche e nel valorizzare la responsabilità sociale dell'impresa e l'equilibrio di genere in tutte le azioni di welfare.

Al fine di promuovere il benessere mentale di tutti i lavoratori è necessario intervenire sugli aspetti che influiscono sul benessere fisico e psicosociale e promuovere iniziative per migliorare il clima aziendale, come: (a) la riduzione al minimo dei lavori ripetitivi; (b) la formazione, per rendere le persone fiduciose nelle proprie capacità di gestire i compiti loro affidati; (c) l'equità nella ripartizione di premi, promozioni e opportunità di carriera; (d) la promozione della parità di genere; (e) il coinvolgimento dei lavoratori nei processi decisionali e organizzativi; (f) lo sviluppo di un piano di comunicazione aziendale.

Ricordiamo che il welfare aziendale è nato con l'obiettivo di promuovere il benessere dei lavoratori, sia fisico che mentale, e delle loro famiglie. Le ricadute positive che originano dalle azioni di welfare includono: (a) maggiore produttività e rendimento lavorativo; (b) riduzione dei costi associati all'assenza dal lavoro, infortuni o malattie; (c) minore turnover del personale; (d) immagine positiva aziendale; (e) miglioramento del morale e della motivazione personale.

Uno degli strumenti a disposizione delle Aziende sanitarie è fornito dall'articolo 89 del CCNL 2019/2021 "Welfare Integrato" che così recita:

1. le Aziende ed Enti disciplinano, in sede di contrattazione integrativa di cui all'art. 9 comma 5 (Contrattazione collettiva integrativa: soggetti e materie), la concessione di benefici di natura assistenziale e sociale in favore dei propri dipendenti, tra i quali: (a) iniziative di sostegno al reddito della famiglia (sussidi e rimborsi); (b) supporto all'istruzione e promozione del merito dei figli; (c) contributi a favore di attività culturali, ricreative e con finalità sociale; (d) prestiti a favore di dipendenti in difficoltà ad accedere ai canali ordinari del credito bancario o che si trovino nella necessità di affrontare spese non differibili; (e) polizze sanitarie integrative delle prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale anche a copertura di particolari eventi avversi (es. ictus, infarto, ecc.) aggiuntivi a quanto già indicato dall'art. 86 (Coperture assicurative per la responsabilità civile); (f) contribuzione delle spese per l'attivazione di convenzioni per asili nido ove non presenti in azienda.

2. Gli oneri per la concessione dei benefici di cui al comma 1 sono sostenuti mediante utilizzo di quota parte del Fondo di cui all'art. 103 (fondo premialità e condizioni di lavoro).

Esiste una stretta relazione tra il welfare aziendale e la parità di genere: sono state introdotte contrattualmente, infatti, delle misure di welfare a cui le aziende possono ricorrere, pensate per

andare incontro alle esigenze non solo delle donne lavoratrici, per aiutare le persone a gestire il work-life balance, come le misure previste nell'articolo su citato.

Obiettivo prioritario dell'ARNAS Civico è quello di incrementare la produttività e non perdere il patrimonio di conoscenze in possesso delle proprie risorse umane, a causa per esempio di una bassa retribuzione o della difficoltà a bilanciare impegni personali e professionali.

Obiettivo prioritario dei dipendenti è veder riconosciute le proprie competenze e poter gestire nel miglior modo possibile vita privata e vita professionale, senza dover rinunciare all'una o all'altra, come più spesso avviene per le donne.

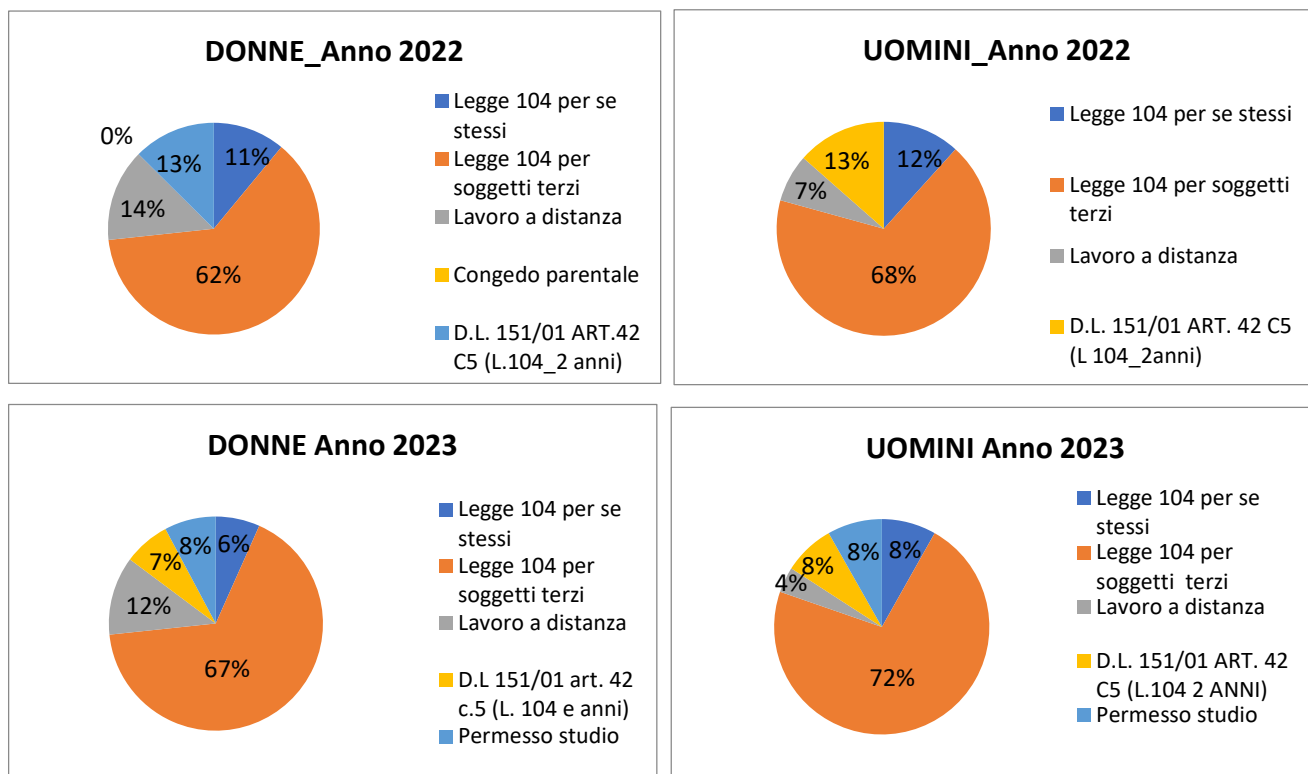
Siamo di fronte ad un cambiamento culturale in cui i valori della diversità e dell'inclusione diventano parte integrante dei processi e delle politiche gestionali e si traducono in comportamenti organizzativi quotidiani che favoriscono il rispetto e il supporto specifico.

Il processo di Gender Auditing relativo agli aspetti di benessere e welfare ha interessato la mappatura delle policy e dei servizi in vigore in azienda, per la conciliazione tra vita privata e lavoro e l'analisi in ottica di genere di utilizzo di tali misure.

Una prima verifica ha riguardato la ricognizione di procedure, progetti e regolamenti aziendali vigenti, utili a garantire il benessere dei lavoratori e delle lavoratrici. Si è proceduto poi, all'analisi dei dati che ha riguardato la proporzione di uomini e donne che usufruiscono di misure di welfare e conciliazione e che sono prevalentemente rappresentati dal congedo parentale, il lavoro a distanza, il regime part-time, l'adesione alla legge del 5 Febbraio 1992, n. 104, rubricata legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone disabili, i permessi studio.

Le risultanze delle analisi dei dati del personale che usufruisce delle misure sopraindicate, relative agli ultimi 2 anni, sono riportate nella Figura di seguito.

Distribuzione di genere della legge 104, lavoro a distanza e congedo parentale del personale ARNAS-Civico – Anno 2023 vs 2022.



Come si può osservare, la misura di welfare maggiormente utilizzata (fra il 62% ed il 72%) è quella della legge 104 per soggetti terzi per quei dipendenti che assistono un familiare disabile

grave, parente o affine entro il 2° grado di parentela (o entro il 3° grado, in specifiche situazioni). Tale misura è percentualmente più utilizzata dagli uomini che dalle donne ed il confronto dei dati degli ultimi 2 anni dimostra un incremento percentuale della misura di circa il 5% in entrambi i generi.

Sul posto di lavoro, lo stress lavoro-correlato ed il mobbing, rappresentano aspetti fortemente connessi.

Lo stress lavoro-correlato si manifesta quando le richieste dell'ambiente di lavoro superano in modo significativo le capacità del lavoratore di affrontarle o di controllarle con risposte spesso inadeguate.

Il mobbing consiste, invece, in una forma di violenza psicologica e di comportamenti persecutori posti in essere sul luogo di lavoro, al fine di colpire e di emarginare la persona che ne è vittima. Gli elementi caratterizzanti di tale condotta sono l'intento vessatorio ed il carattere sistematico dell'azione, portata avanti in maniera mirata e prolungata nel tempo al fine di colpire una determinata persona.

Le ripercussioni sul lavoratore, specie se prolungate nel tempo, oltre agli effetti sulla salute, possono determinare alterazioni del benessere dell'individuo con sensibili alterazioni della qualità della vita familiare, sociale e lavorativa. Sul lavoro, in particolare, il lavoratore non si sente più in grado di rispondere alle aspettative richieste e rischia di sviluppare patologie psicosomatiche. Tra le categorie di lavoratori maggiormente esposti, rientrano quelli della sanità, in considerazione della tipologia di lavoro svolto, del carico stesso di lavoro, della turnazione, ecc....

Le conseguenze che ne derivano possono essere individuate in quelle appresso elencate:

(a) atteggiamenti di "fuga" dal lavoro (assenteismo, ritardo cronico; intolleranza del lavoro assegnato, difficoltà di attenzione e di concentrazione, ritardato rientro da periodi di ferie, permessi, ecc.);

(b) riduzione della performance (maggior numero di errori, risultati inadeguati, danneggiamento degli strumenti di lavoro, incapacità di completare il lavoro e di rispettare i termini di consegna, a livello manageriale riduzione delle capacità decisionali);

(c) difficoltà nelle relazioni interpersonali (rifiuto delle regole, scarsa comunicazione, scarsa socializzazione, competitività eccessiva, incapacità di collaborare con i colleghi, esagerata critica dei superiori, incapacità di motivare i subalterni, ansia, suscettibilità, aggressività, sfiducia).

I fattori orientativamente delineati ai precedenti punti a) b) e c), comportano, a loro volta, per l'Azienda, problemi organizzativi dovuti all'eccessivo turnover, nonché potenziali problemi sul piano disciplinare e dell'immagine. Per il lavoratore, invece, si traducono, spesso, in un aumento delle spese mediche necessarie a far fronte sia al disagio fisico che psichico cui è sottoposto.

Al fine di promuovere il benessere organizzativo, e nel rispetto delle previsioni normative, l'ARNAS Civico sta quindi procedendo alla ricostituzione del Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Il **CUG** è un organismo paritetico costituito da componenti di nomina sindacale e da componenti di nomina aziendale, in cui sono rappresentate tutte le professionalità dell'Azienda: mediche, sanitarie, professionali, tecniche ed amministrative, delle tre aree contrattuali della Dirigenza Medica, della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa e del Comparto.

Il CUG dell'ARNAS Civico persegue, tra le altre, le seguenti finalità:

- promuovere nell'ambiente di lavoro pari opportunità di genere e garantire l'assenza di qualsiasi forma di violenza morale e psicologica e di discriminazione;
- promuovere e diffondere una cultura orientata alle pari opportunità;

- favorire l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne sul lavoro attraverso le cosiddette "azioni positive" per le donne, al fine di rimuovere gli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità;
- promuovere iniziative per favorire la conciliazione tra vita privata e lavoro.

La prospettiva di genere nelle attività assistenziali, di ricerca e di formazione

Il tema sulle "differenze di genere" in medicina è storia recentissima. Risale, infatti al 1991, anno in cui, per la prima volta venne menzionata in medicina la "questione femminile" dalla dottoressa *Bernardine Healy*, cardiologa americana e Direttrice del National Institute of Health (NIH), che pubblicò un editoriale sul *New England Journal of Medicine*, intitolato "*The Yentl syndrome*". L'articolo metteva in evidenza la differente gestione della patologia coronarica nei due generi, con un numero ridotto di interventi diagnostici e terapeutici effettuati sulle donne rispetto agli uomini, a parità di condizioni e, dunque, un approccio clinico-terapeutico discriminatorio e insufficiente se confrontato con quello praticato nella popolazione maschile. Da allora, altre evidenze scientifiche hanno messo in evidenza questa disuguaglianza, già a partire dagli studi clinici e dai trials in cui la rappresentazione della popolazione femminile è stata sempre assai limitata o (quasi) assente.

Nasce così la medicina di genere, il cui obiettivo è comprendere i meccanismi attraverso i quali le differenze legate al genere agiscono sullo stato di salute e sull'insorgenza e il decorso di molte malattie, nonché sugli *outcomes* delle terapie. La medicina genere-specifica è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socioeconomiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. Una crescente mole di dati epidemiologici, clinici e sperimentali registra l'esistenza di differenze rilevanti nell'insorgenza, nella progressione e nelle manifestazioni cliniche delle malattie comuni a uomini e donne, nella risposta e negli eventi avversi associati ai trattamenti terapeutici, nonché negli stili di vita. Anche l'accesso alle cure presenta rilevanti disuguaglianze legate al genere. L'attenzione alle differenze di genere innanzitutto deve indurre a un cambiamento culturale. Pesa la tendenza alla disinformazione che, erroneamente, induce ancora troppo spesso a ricondurre il concetto di "differenza di genere" alla differenza di sesso.

Da qui la necessità di porre particolare attenzione allo studio del genere inserendo questa "nuova" dimensione della medicina in tutte le aree mediche. In quest'ottica, quindi, lo studio sulla salute della donna rientra nell'ambito della medicina genere-specifica che, parallelamente al fattore età, tiene conto del fatto che il bambino non è un piccolo adulto, che la donna non è una copia dell'uomo e che l'anziano ha caratteristiche mediche ancora più peculiari. Solo procedendo in questa direzione sarà possibile garantire a tutte le persone l'appropriatezza terapeutica, rafforzando ulteriormente il concetto di "centralità del paziente" e di "personalizzazione delle terapie". In quest'ottica, vale la pena considerare una ulteriore specificità: il mondo non si divide in maschio o femmina, esso è rappresentato da una moltitudine di persone che presentano caratteristiche fenotipiche, preferenze sessuali e bisogni specifici che la comunità LGBT (lesbica, gay, bisessuale e transgender) da anni tenta di rivendicare. Si tratta di una popolazione molto variegata, che rappresenta molte identità sessuali e di genere a cui recentemente se ne sono aggiunte altre, come *queer*, *questioning* (indeciso), intersessuale, asessuale e *ally* (simpatizzante), configurando l'acronimo LGTBQQIAA (o più semplicemente LGTBQ+).

Questo campo innovativo della ricerca biomedica rappresenta una nuova prospettiva per il futuro della salute e deve essere incluso tra i parametri indispensabili ed essenziali dell'attività clinica e della programmazione e organizzazione dell'offerta sanitaria del nostro Paese. Sfortunatamente, si registra ancora scarsa attenzione al tema anche da parte della classe medica che nell'approccio della pratica clinica punta più alle differenze biologiche e trascura maggiormente

quelle di genere quando invece le informazioni di contesto socioculturale e ambientale (genere) possono essere la chiave di volta per sfatare diagnosi tardive e supportare una medicina di alta precisione. Il differenziale per genere può assumere nel prossimo futuro un valore predittivo diagnostico sempre più alto e migliorare efficacia terapeutica e appropriatezza prescrittiva dei farmaci, dunque favorire oltre che maggior equità anche migliore accesso alle cure, con conseguente risparmio dei costi di sistema.

La medicina di genere costituisce oggi, un argomento sul quale si devono confrontare le Società Scientifiche e, in generale, tutte le Istituzioni che hanno come obiettivo la promozione della salute in tutti i suoi vari aspetti. È per questo che numerose Organizzazioni e Istituzioni dedicano all'argomento importanti progetti di ricerca e finanziamenti e la letteratura sottolinea il bisogno di concentrare gli studi in questo ambito, per favorire una corretta informazione volta a migliorare le conoscenze riguardanti tutte le diversità. Attualmente, a livello sia nazionale sia internazionale, le pubblicazioni di studi clinici "*gender-oriented*" sono molteplici e di alto valore scientifico ma, nonostante le consolidate evidenze, le linee guida disponibili nelle varie discipline ancora non inseriscono nei percorsi gestionali delle patologie il determinante "genere".

Anche nell'ambito della formazione sanitaria questa innovativa disciplina medica non è stata finora inserita nei programmi dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e nelle Scuole di specializzazione, ad eccezione, in Italia, della Facoltà di Padova e, in Europa, delle facoltà di Helsinki, Berlino e Parigi, che hanno istituito la Cattedra in Medicina di Genere. Pertanto, senza un orientamento di genere, non solo inteso in modo binario ma esteso alla moltitudine di generi che quotidianamente si presentano alla nostra osservazione, il riconoscimento di questo essenziale ramo di conoscenza e la conseguente coscienza culturale e scientifica devono rappresentare una costante sollecitazione per la politica sociosanitaria. Altrimenti le strategie politiche della salute possono risultare metodologicamente imprecise e persino discriminatorie.

Anche nell'azienda ARNAS-Civico le tematiche relative alla medicina di genere sono state oggetto di incontri e di dibattiti con cui il confronto di professionalità multidisciplinari ha permesso di colmare la scarsa consapevolezza sul punto che ancora si registra in campo medico, oltre che sociale e di immaginare la pianificazione di team work specifici in questa direzione". In particolare, è emerso il ruolo strategico di comunicazione, informazione e formazione e a supporto di approcci metodologici di *Change Management* al fine di costruire un percorso di transizione che dalla situazione attuale sia in grado raggiungere gli obiettivi prefissati, anche considerando i criteri di efficacia, efficienza ed economicità in fase di programmazione e pianificazione sanitaria. In tale contesto, spicca la correlazione tra Medicina Genere Specifica e farmacologia, dove il differenziale di genere richiede una verifica dell'appropriatezza prescrittiva, sicurezza e equità dei farmaci in funzione della farmacocinetica (studia gli eventi a cui è sottoposto il farmaco da quando viene assorbito dall'organismo a quando viene eliminato), della farmacodinamica (studia il legame del farmaco con la molecola bersaglio che determina l'azione terapeutica) e delle interazioni tra farmaci che possono determinare reazioni avverse.

Nel panorama delle politiche e strategie sanitarie poste in essere da questa azienda di ARNAS-Civico, da sempre orientate al miglioramento della qualità, alla sicurezza delle cure ed all'efficientamento dei percorsi assistenziali, è stata sottolineata la necessità di riconoscere le differenze di genere per delineare programmi, per organizzare l'offerta dei servizi, per indirizzare la ricerca, per raccogliere e analizzare dati statistici, per promuovere la salute, per informare, per garantire appropriatezza, nell'accezione più allargata del termine. In tal senso, l'attenzione al genere si traduce nella promozione dell'equità, non solo come equità di trattamento, ma anche come adeguatezza e appropriatezza di cura secondo il proprio genere, attraverso un'azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione ed implementazione di linee

guida, definizione di PDTA genere - specifici, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa per i processi decisionali di sistema.

Per quanto attiene alle attività di formazione aziendali, i dati relativi alla distribuzione di genere per l'anno il 2022 sono riportati nella Tabella a seguire.

Distribuzione di genere nelle attività formative aziendali – Anno 2022

	N. F ≤50	N. F >50	N. TOT F	%	N. M ≤50	N. M >50	N. TOT M	%	TOT M+F
N. Totale	1.180,0	991,0	2.171,0	55,84%	841,0	876,0	1.717,0	44,16%	3.888,0
N. totale ore formazione eventi SENZA ECM	1.048,1	586,2	1.634,3	52,47%	946,1	534,5	1.480,6	47,53%	3.114,9
N. totale ore formazione eventi CON ECM	4.901,3	3.066,3	7.967,6	63,40%	2.582,1	2.018,4	4.600,5	36,60%	12.568,1
N. totale ore di formazione usufruite	5.949,4	3.652,5	9.601,9	61,22%	3.528,2	2.552,9	6.081,1	38,78%	15.683,0

Come si può osservare, nel corso del 2022 sono state erogate, complessivamente, 15.683 ore di formazione riservata ai dipendenti dell'ARNAS-Civico. In dati in tabella illustrano il dettaglio di coloro che hanno usufruito della formazione interna, con riferimento all'età (più o meno di 50 anni) ed al genere (femminile vs maschile). Nel corso del 2022, il 61,22% delle ore formative sono state fruite dai dipendenti di sesso femminile, che rappresentano peraltro il 55,84% del totale dei dipendenti formati. Tale prevalenza di genere si riferisce sia agli eventi accreditati ECM (63.4%) che a quelli non accreditati (52.5%).

Per l'anno 2023 i dati relativi alle attività formative aziendali sono riportati in Tabella successiva e sono relativi ai primi 8 mesi dell'anno (gennaio-agosto).

Distribuzione di genere nelle attività formative aziendali – Anno 2023

	N. F ≤50	N. F >50	N. TOT F	%	N. M ≤50	N. M >50	N. TOT M	%	TOT M+F
N. Totale	1.210,0	882,0	2.092,0	55,92%	857,0	792,0	1.649,0	44,08%	3.741,0
N. totale ore formazione eventi SENZA ECM	1.060,5	960,8	2.021,3	57,92%	846,0	622,7	1.468,6	42,08%	3.489,9
N. totale ore formazione eventi CON ECM	3.351,3	2.999,5	6.350,8	62,48%	1.995,5	1.818,0	3.813,5	37,52%	10.164,3
N. totale ore di formazione usufruite	4411,75	3960,27	8372,02	61,31%	2841,5	2440,62	5282,12	38,69%	13.654,1

Come si può osservare, nei primi due quadrimestri del 2023, sono già state erogate complessivamente un numero di ore di attività formative pari a 13.654 (pari all'87% delle ore complessivamente erogate nel 2022). Di queste, i dipendenti di sesso femminile (pari al 55,9% di tutti i dipendenti) hanno usufruito complessivamente in misura pari al 61,31%, in linea con quanto già rilevato nel 2022. Analogamente a quanto osservato per l'anno 2022, la prevalenza del genere femminile nelle attività formative aziendali riguarda sia gli eventi accreditati ECM (57.9%) che quelli non accreditati (62.5%).

Violenza di genere

Nell'ambito del processo di integrazione avviato tra le Aziende sanitarie dell'Area Metropolitana di Palermo è stata definita la Procedura Unica Interaziendale **“Assistenza alle vittime di Violenza di Genere in Età Adulta”** (Dicembre 2013) quale primo livello di coinvolgimento del sistema salute fortemente raccomandato dall'OMS nel rapporto del 2013 sulla violenza contro le donne al fine di assicurare un'assistenza di qualità e garantire servizi di diagnosi e trattamento anche attraverso strumenti giuridicamente idonei, definendo inoltre la continuità assistenziale e di sostegno alla vittima di violenza di genere in stretta interconnessione con i servizi territoriali e con il privato sociale.

Come previsto dalla Circolare Regionale n.6 del 7 Marzo del 2014 ed ai sensi dell'art.1, commi 790 e 791 della Legge n. 208 del 28 Dicembre 2015 nasce la necessità di istituire un **“percorso di tutela delle vittime di violenza”**, con la finalità di tutelare le persone vulnerabili vittime della altrui violenza, con particolare riferimento alle vittime di violenza sessuale, maltrattamenti o atti persecutori (*stalking*), denominato **Codice Rosa** e, prevede l'attivazione tempestiva e pianificata di un percorso individuale sanitario.

L'ARNAS-Civico promuove il riconoscimento a livello nazionale e regionale della medicina di genere avendo come obiettivo la realizzazione di una medicina basata sull'evidenza e personalizzata sulla base di genere, così da assicurare maggiore adeguatezza e appropriatezza delle cure ed ha recentemente ottenuto l'assegnazione di due Bollini Rosa dalla Fondazione Onda (Osservatorio Nazionale sulla Salute della donna e di genere), quale riconoscimento istituzionale per l'impegno nella presa in carico delle pazienti e per l'offerta di servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie per il genere femminile.

La violenza contro le persone vulnerabili è un fenomeno in gran parte nascosto e sottostimato. In conformità della sopra citata Legge (L. n. 208 del 28 dicembre 2015, “...*tutelare le persone vulnerabili vittime della altrui violenza...*”) il riconoscimento precoce di situazioni ad alto rischio risulta rilevante al fine di prevenire e contrastare le dinamiche di violenza e rappresenta quindi un efficace strumento a sostegno delle vittime e perseguimento dei colpevoli. “La necessità di identificare il maltrattamento /abuso deriva, oltre che da precisi obblighi di legge, anche dal bisogno di interrompere la progressione della violenza attraverso un approccio multidisciplinare e un alto grado di competenza e professionalità. Ogni evento di natura maltrattante può determinare effetti dannosi a breve e lungo termine sulla salute e sul benessere psico-fisico del bambino, sia sul piano emotivo, comportamentale, che nello sviluppo dei rapporti interpersonali. Il danno causato è tanto maggiore quanto più il fenomeno resta sommerso perché non riconosciuto, con la conseguenza che l’abuso viene ripetuto nel tempo e l’intervento di protezione è ritardato o eluso”. Tale fenomeno interessa ogni anno nel mondo fino a un miliardo di bambini con un impatto sulla salute, sullo sviluppo cognitivo, emotivo, sociale e con conseguenze economiche sulle vittime. (World Health Organization. *Global Status Report on preventing violence against children*, 2020).

In questo contesto, l'ARNAS-Civico ha definito un **PDTA "Gestione in Pronto Soccorso Pediatrico dei minori vittime di maltrattamento e abuso"** (Delibera n. 2023/0319 del 26/02/2023) quale strumento di supporto al personale sanitario dei Dipartimenti di Emergenza e di Accettazione (DEA), i Pronto Soccorso (PS) ed i Pronto Soccorso Pediatrici (PSP) e quali ambienti ideali per identificare i minori vittime di abuso/ maltrattamento e tutte le vittime di violenza di genere.

In questo contesto obiettivo prioritario appare quello di potenziare e consolidare le conoscenze e le competenze degli operatori del sistema sanitario attraverso l'implementazione di Best Practices, procedure, protocolli, gruppi di lavoro e attività formative volte ad assicurare e garantire la precoce lettura del fenomeno e la presa in carico globale attraverso percorsi specifici mirati.

L'ARNAS-Civico da circa 20 anni partecipa attivamente, per scelte partenariali dei Direttori Generali, alla stesura di percorsi in ambito la violenza di genere nonché a diversi progetti ministeriali e regionali, come di seguito rappresentato.

Rete Antiviolenza. Il 01/03/2006 è stato stipulato un Protocollo d'Intesa "Rete contro la violenza alle donne ed ai minori della Città di Palermo" tra vari organismi componenti: l'Arma dei Carabinieri; ASP 6 di Palermo; AOUP Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo; A.O. "Vincenzo Cervello"; Centro Sociale Laboratorio ZEN Insieme; il centro territoriale permanente per l'educazione e lo sviluppo degli adulti "A. Ugo"; il Comune di Palermo; l'Assessorato alle attività sociali; l'ECAP di Palermo; l'EISS (Ente Italiano Servizio Sociale onlus); "Le Onde" onlus; M.I.U.R. C. S.A.; la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Palermo; l'Assessorato ai Servizi Sociali; la Questura di Palermo - Polizia di Stato; i Siciliani - Cooperativa Sociale; il Tribunale Ordinario di Palermo. La rete si è successivamente estesa a: Tribunale dei Minorenni; Ufficio della Consigliera Regionale di Parità Regione Sicilia; Garante Infanzia e Adolescenza- Comune di Palermo; Associazione Di.STU.Ri. (Divisione Studi e ricerche della Federazione Italiana Medici Pediatri di Palermo); UDI di Palermo; Associazione Padre Nostro.

Con il Protocollo è stata implementata la collaborazione tra tutti soggetti che hanno il compito e/o l'interesse di attivare azioni contro la violenza alle donne in ogni sua forma e si è definito un impegno sul piano politico, culturale ed istituzionale per il lavoro di Rete in favore di azioni di contrasto alla violenza contro le donne, anche sul piano operativo. La Rete antiviolenza integra le azioni realizzate dai singoli enti ed organismi, valorizzandone la specificità e garantendo lo sviluppo di attività adeguate ai bisogni rilevati sui differenti aspetti di intervento.

Progetto ministeriale CCM. “Controllo e risposta alla violenza su persone vulnerabili: la donna ed il bambino, modelli di intervento nelle reti ospedaliere e nei servizi socio- sanitari in una prospettiva europea (REVAMP)”.

Progetto ministeriale CCM. “Progetto di formazione blended per operatori sanitari e non, mirato al rafforzamento delle reti territoriali per la prevenzione ed il contrasto della violenza di genere”.

Progetto Nazionale FIASO. “Codice Rosa Bianca”.

Progetto Regionale. “Implementazione Codice Rosa del 2014, istituzione in tutti i Pronto Soccorso della Sicilia di procedure uniche”.

Nel 2013 è stata prodotta la Procedura Unica Interaziendale **“Assistenza alle Vittime di Violenza di genere in età adulta”** - Manuale operativo per operatori sanitari su violenza di genere

In atto è stato istituito un *team* operativo multiprofessionale “Codice Rosa” (delibera 1859 del 16/12/2016) che nel corso degli anni si è preso carico di avviare l’iter diagnostico terapeutico ed assistenziale previsto dal decreto in merito a violenza di genere ed in ottemperanza a quanto previsto dalla Rete Antiviolenza Metropolitana.

Nel corso degli anni si sono tenuti corsi ECM per il personale sanitario e para-sanitario su: “Accoglienza vittime di violenza di genere e s/o stalking. Linee guida Aziendali” ed abbiamo partecipato come *team* agli eventi formativi ed informativi della Rete antiviolenza metropolitana nonché alle periodiche riunioni di Rete con cadenza trimestrale/semestrale.

In occasione della giornata internazionale contro la violenza di genere 25 novembre, in collaborazione con l’UOSD di Psicologia Clinica, si sono tenuti incontri multidisciplinari di sensibilizzazione per il personale dell’Azienda.

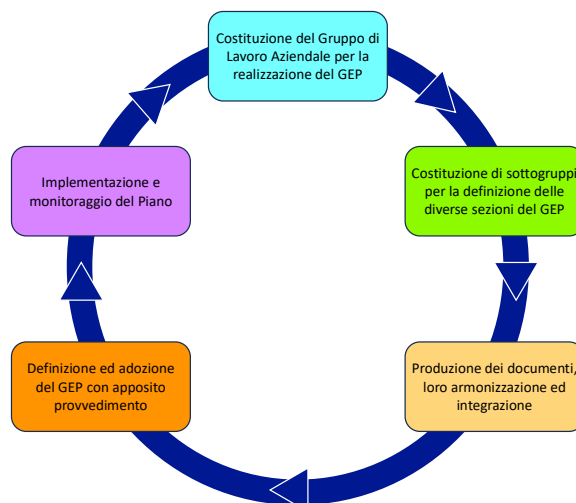
Nel 2018 è stato stilato il **“Protocollo d’intesa Rete contro la violenza alle donne, le ragazze ed i ragazzi, le bambine ed i bambini della Città metropolitana di Palermo”** in cui le parti firmatarie si impegnavano a continuare ad operare in modo integrato per implementare il sistema di Rete a favore delle donne, dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze vittima di ogni forma di violenza indipendentemente dalla loro condizione sociale od economica. Con il Protocollo si intendono perseguire le finalità indicata dalla Convenzione di Istanbul in tema di prevenzione, protezione e sostegno alle vittime.

Nello specifico l’ARNAS-Civico, adottando le Linee Guida sul triage intraospedaliero pubblicate dal Ministero della Salute, si è impegnato a:

- garantire alla persona vittima di violenza, tutto l’anno ed H24, l’accoglienza in Pronto Soccorso generale e/o Ostetrico e la sua presa in carico, assicurando l’assistenza e la cura secondo lo specifico protocollo operativo d’intervento previsto nella Procedura Unica Interaziendale;
- attuare tutte le azioni necessarie per l’applicazione della Procedura in merito a maltrattamento infantile o *child abuse* (abuso fisico e/o psichico, emozionale e/o sessuale, trascuratezza, sfruttamento commerciale, assenza di azioni e cure con conseguente danno reale, potenziale o evolutivo alla salute, allo sviluppo ed alla dignità del minore);
- contrastare la violenza di genere: violenza fisica (maltrattamento), violenza sessuale (molestie, stupri, sfruttamento) economica, psicologica. A tal fine sin dalla presa in carico al triage alla vittima viene assicurata privacy, dignità, riservatezza, scelta tra cosa dire e cosa non dire, condivisione e possibilità di scelta delle proposte d’intervento. È stata individuata un’area riservata della MCAU dove la donna viene accolta, ascoltata ed aiutata da personale con specifiche competenze volte ad attuare il protocollo operativo.

IL PIANO PER LA PARITÀ DI GENERE DI ARNAS-CIVICO: AREE, OBIETTIVI, AZIONI, *DELIVERABLES*

Il processo di stesura, adozione, implementazione e monitoraggio del GEP aziendale si articola in diverse fasi:



Il GEP si pone i seguenti obiettivi:

- sostenere e valorizzare gli aspetti culturali, clinici e di ricerca sul tema della parità di genere;
- favorire la presenza di donne nelle posizioni apicali e promuovere percorsi di carriera più bilanciati;
- promuovere la diffusione di una cultura organizzativa inclusiva, il contrasto agli stereotipi di genere ed alle molestie e discriminazioni sul lavoro;
- realizzare e monitorare lo stato di attuazione del Gender Equality Plan, promuovendone la diffusione e curandone gli aggiornamenti.

Questo Piano è stato articolato in cinque aree, in armonia a quanto indicato nel *“Horizon Europe Guidance on Gender Equality Plans”*, predisposto dalla Commissione Europea nel Settembre 2021, precisamente:

1. Leadership e processo decisionale
2. Reclutamento e progressione di carriera
3. Benessere individuale e organizzativo (work-life balance)
4. Violenza di genere e pari opportunità
5. Implementazione della dimensione di genere nella pratica clinica e nella ricerca biomedica.

Per ogni area sono stati definiti obiettivi e azioni, individuando responsabili per l’implementazione di ogni azione proposta, destinatari diretti ed indiretti, indicatori e collocazione temporale.

Le schede di sintesi delle diverse Aree identificate sono qui di seguito riportate:

AREA 1 - Leadership e processo decisionale

Obiettivo 1.1 - Promozione del *diversity management* nelle posizioni apicali

Azione	Percorsi formativi ed organizzazione eventi tematici rivolti a soggetti alla dirigenza e posizioni equiparate per promuovere il <i>diversity management</i> (valorizzare la diversità: genere, età, disabilità ecc.) e del bilancio di genere											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC STAFF											
Destinatari diretti	Dirigenti, Responsabili di Ufficio, Titolari di incarichi di Funzione											
Destinatari indiretti	Personale aziendale											
Indicatori	Percentuale di partecipazione del personale, valutazione del livello di gradimento											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 1.2 - Rivalutazione di processi decisionali interni volta ad una maggiore equità di genere

Azione	Valutazione ed eventuale introduzione di modifiche a normative e procedure aziendali intese a favorire l'equità di genere nella composizione di organi/strutture											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC STAFF											
Destinatari diretti	Personale aziendale											
Destinatari indiretti	Destinatari processi decisionali											
Indicatori	Delibere di modifica procedure/normative esistenti o adozione di nuove											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 1.3 - Verifica dello stato di attuazione del GEP nelle dimensioni decisionali ed apicali

Azione	Creazione di un osservatorio aziendale sulla parità di genere e sulla valorizzazione delle diversità per una verifica degli obiettivi e delle azioni del GEP, ai fini del suo monitoraggio e della sua eventuale rimodulazione											
Responsabilità	Direzione Strategica CUG											
Destinatari diretti	Personale aziendale											
Destinatari indiretti	Destinatari processi decisionali											
Indicatori	Report a cadenza semestrale											
Timeline	2024				2025				2026			

AREA 2 - Reclutamento e progressione di carriera

Obiettivo 2.1 - Introduzione di misure volte a favorire l'equilibrio di genere nel reclutamento del personale												
Azione	Verifica di dati quantitativi disaggregati in base al genere sulle procedure concorsuali del personale esterno e della progressione di carriera di quello interno											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC ARU UOC Controllo di Gestione											
Destinatari diretti	Personale partecipante alle procedure di reclutamento											
Destinatari indiretti	Tutto il personale aziendale											
Indicatori	Dati statistici relativi alle procedure di reclutamento, con riferimento alla tipologia di procedura ed all'equilibrio di genere											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 2.2 - Promozione delle pari opportunità nella progressione di carriera												
Azione	Formazione per il personale in posizione di leadership											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC ARU UOC Controllo di Gestione											
Destinatari diretti	Personale dipendente											
Destinatari indiretti	Tutto il personale aziendale											
Indicatori	Percentuale di partecipazione del personale, valutazione del livello di gradimento											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 2.3 - Miglioramento delle pari opportunità nel reclutamento del personale												
Azione	Promozione dell'equilibrio di genere delle commissioni di valutazione per il reclutamento del personale											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC ARU CUG											
Destinatari diretti	Personale strutturato aziendale sanitario e/o amministrativo											
Destinatari indiretti	Tutto il personale aziendale											
Indicatori	Monitoraggio periodico, della composizione delle Commissioni di valutazione											
Timeline	2024				2025				2026			

AREA 3 - Benessere individuale e organizzativo (work-life balance)

Obiettivo 3.1 - Eventuale revisione di regolamenti e procedure aziendali																
Azione	Acquisizione ed eventuale revisione ed adozione di procedure, regolamenti, progetti attualmente vigenti o attivi che riguardano l'equilibrio tra vita privata e vita professionale. Contestualmente raccolta dati su modalità e percentuali di impiego di tali servizi															
Responsabilità	Gruppo di Lavoro GEP UOC Area Risorse Umane UOC Affari Generali															
Destinatari diretti	Tutti i dipendenti aziendali															
Destinatari indiretti	Direttori/Responsabili di UUOO/Servizi/Uffici															
Indicatori	Analisi dati relativi a procedure, regolamenti, progetti															
Timeline	2024					2025					2026					

Obiettivo 3.2 - Comunicazione, diffusione e disseminazione servizi di equilibrio vita/lavoro																
Azione	Pubblicazione avvisi in bacheca o provvedimento informativo sulle possibilità/servizi già attivi o programmati volti a garantire il benessere psicofisico di tutti i lavoratori favorendo l'equilibrio tra vita professionale e vita privata. Pubblicazione di regolamenti, procedure, progetti in una sezione dedicata del sito Web aziendale															
Responsabilità	UOC STAFF UOS ICT management – Servizi Informatici															
Destinatari diretti	Tutto il personale aziendale															
Destinatari indiretti	Direzione Strategica Direzione Dipartimento Amministrativo Direttori Dipartimenti/UO sanitarie															
Indicatori	Sezione dedicata e bacheca sul sito Web aziendale contenenti informazioni, regolamenti, procedure, progetti															
Timeline	2024					2025					2026					

Obiettivo 3.3 - Realizzare una *survey* sul benessere organizzativo con focus sulla *gender inclusion*

Azione	Progettazione e somministrazione di un questionario sul benessere organizzativo, con particolare attenzione ai temi di genere e inclusione, indirizzato a tutti i dipendenti, al fine di rilevare eventuali criticità sull'equilibrio vita privata/lavoro. Il questionario, compilato in forma anonima, verrà somministrato tramite mezzi a disposizione dell'azienda (Google form etc) ed i risultati ottenuti pubblicati nella sezione dedicata del sito Web aziendale											
Responsabilità	UOC STAFF UOS ICT management – Servizi Informatici											
Destinatari diretti	Tutto il personale aziendale											
Destinatari indiretti	Direzione Strategica Direzione Dipartimento Amministrativo Direttori Dipartimenti/VO sanitarie											
Indicatori	Risultati del questionario pubblicati sul sito Web aziendale											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 3.4 - Incrementare le misure di conciliazione fra dimensione lavorativa e vita privata

Azione	Predispensione di regolamenti interni per la fruizione dello <i>smart working</i> e del telelavoro al fine di favorire la flessibilità lavorativa coerente con i bisogni di convivenza e/o cura											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC ARU UOC STAFF CUG											
Destinatari diretti	Direttori Dipartimenti Amministrativo e Sanitari Direttori UUOO aziendali											
Destinatari indiretti	Tutti i dipendenti aziendali											
Indicatori	Regolamenti <i>smart working</i> e telelavoro											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 3.5 - Sostegno alla conciliazione della dimensione lavorativa e genitoriale

Azione	Creazione di spazi dedicati ai bambini con specifico riferimento a centri estivi (stabilendo il target di età di accesso dei bambini) o asili nido, ludoteche, sfruttando eventuali spazi inutilizzati della struttura ospedaliera e comunque distaccati dai luoghi dedicati all'assistenza, affidando la gestione di tali attività ad associazioni e/o cooperative con esperienza di settore. In alternativa stipula di convenzioni con asili o strutture esterne a sostegno della genitorialità.											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC STAFF UOC Gestione Tecnica UOC Provveditorato UOC Affari Generali – Ufficio Convenzioni											
Destinatari diretti	Tutti i dipendenti aziendali											
Destinatari indiretti	-											
Indicatori	Identificazione spazi/strutture e loro riqualificazione											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 3.6 - Conciliazione vita privata-lavoro: counseling nutrizionale e offerte fitness

Azione	Promuovere il benessere fisico dei lavoratori, incentivando gli stessi ad adottare uno stile di vita corretto, basato su una sana alimentazione e sull'attività fisica. Creazione di una Palestra aziendale che possa motivare i lavoratori a prendersi cura del proprio benessere fisico, anche come strumento di socializzazione. Stipulare convenzioni con palestre e/o centri sportivi											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC Gestione Tecnica UOC Provveditorato UOC Affari Generali – Ufficio Convenzioni											
Destinatari diretti	Tutti i dipendenti aziendali											
Destinatari indiretti												
Indicatori	Realizzazione di palestra aziendale e/o convenzioni palestre e/o centri sportivi											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 3.7 - Percorsi formativi indirizzati ai neoassunti

Azione	Attivazione di percorsi di formazione e di addestramento <i>on the job</i> prima dell'immissione in servizio che possano garantire una maggiore sicurezza all'operatore ed un più facile inserimento nel contesto e nelle dinamiche lavorative prima di acquisire piena autonomia											
Responsabilità	UOC STAFF UOC ARU UOS Formazione UOS SIRS											
Destinatari diretti	Personale neoassunto											
Destinatari indiretti	Dipartimenti Sanitari ed Amministrativi											
Indicatori	Numero di corsi e moduli formativi attivati											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 3.8 - Percorsi per il reinserimento lavorativo

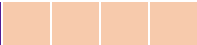
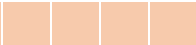
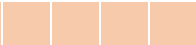
Azione	Creazione di percorsi di aggiornamento/affiancamento per i lavoratori al loro rientro da congedi parentali o altre cause. Adozione di strumenti finalizzati al mantenimento del percorso di carriera per coloro che rientrano al lavoro dopo lunghi periodi di assenza, allo scopo di aggiornare il/la dipendente su eventuali modifiche intervenute in ambito lavorativo e favorirne il reinserimento											
Responsabilità	UOC ARU UOC STAFF UOS Formazione UOS SIRS											
Destinatari diretti	Dipendenti aziendali al rientro lavorativo dopo lunga assenza											
Destinatari indiretti	Dipartimenti Sanitari ed Amministrativi											
Indicatori	Provvedimenti di adozione dei percorsi di reinserimento lavorativo											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 3.9 - Banca solidale												
Azione	Implementazione di un meccanismo secondo il quale le eventuali ferie non godute, nel rispetto dei CCNL, possano essere cedute dal personale dipendente secondo criteri stabiliti a priori e resi pubblici tramite regolamenti o avvisi pubblicati sul sito Web aziendale											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC ARU											
Destinatari diretti	Tutti i dipendenti aziendali											
Destinatari indiretti	Dipartimenti Sanitari ed Amministrativi											
Indicatori	Numero/percentuale di giorni di ferie cedute											
Timeline	2024				2025				2026			

AREA 4 - Violenza di genere e pari opportunità

Obiettivo 4.1 - Sviluppo di una cultura lavorativa fondata sul rispetto e sulla valorizzazione delle differenze di genere												
Azione	Promuovere azioni di sensibilizzazione sulla tematica delle diverse forme della violenza di genere: organizzazione di corsi di formazione, seminari, incontri sul tema delle differenze di genere											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC STAFF UOS Formazione											
Destinatari diretti	Tutti i dipendenti aziendali											
Destinatari indiretti												
Indicatori	Numero di corsi, eventi, seminari, incontri sul tema											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 4.2 - Creazione di una rete di referenti aziendali per il contrasto alla violenza di genere

Azione	Identificazione di unità di personale all'interno di tutte le UUOO sanitarie ed amministrative per la costituzione di una rete di referenti aziendali antiviolenza che operi in armonia e metta a sistema tutte le iniziative già in essere e quelle programmate, anche in sinergia con altri enti, istituzioni e stakeholder in ambito provinciale, regionale e/o nazionale											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC STAFF Referenti Rete Antiviolenza											
Destinatari diretti	Direttori/Responsabili di tutte UUOO Sanitarie ed Amministrative											
Destinatari indiretti	Tutti i dipendenti aziendali											
Indicatori	Provvedimento di adozione della Rete Aziendale dei Referenti Anticorruzione e suo documento costitutivo e programmatico											
Timeline	2024				2025				2026			
												

Obiettivo 4.3 - Comunicazione e disseminazione di documenti e attività a favore della promozione di pari opportunità in tutti gli ambiti della vita lavorativa

Azione	Aggiornamento del sito web aziendale, creazione newsletter, comunicazione sui social-media, realizzazione prodotti informativi, promozionali multimediali tra cui presentazioni, video e tutorial											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC STAFF Ufficio Comunicazione											
Destinatari diretti	Tutti i dipendenti aziendali											
Destinatari indiretti	I cittadini											
Indicatori	Sezione del sito web aziendale in continuo aggiornamento											
Timeline	2024				2025				2026			
												

Obiettivo 4.4 - Adozione di un codice aziendale di comportamento per il contrasto alla violenza di genere e la promozione di pari opportunità												
Azione	Definizione e stesura di un codice aziendale di comportamento per il contrasto alla violenza di genere e la promozione di pari opportunità, con riferimenti normativi ed integrazione al codice di comportamento e disciplinare aziendale											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC STAFF Gruppo di Lavoro Aziendale GEP											
Destinatari diretti	Tutti i dipendenti aziendali											
Destinatari indiretti	Altre Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale Assessorato Regionale Salute											
Indicatori	Provvedimento di adozione del codice e/o di integrazione nel codice di comportamento e disciplinare aziendale											
Timeline	2024				2025				2026			

AREA 5 - Implementazione della dimensione di genere nella pratica clinica e ricerca biomedica

Obiettivo 5.1 - Sviluppo ed implementazione di attività formative sulla medicina di genere												
Azione	Disegno ed attivazione di corsi formativi, workshop, seminari e incontri finalizzati alla diffusione dei principi e delle metodologie proprie della medicina di genere											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC STAFF UOS Formazione											
Destinatari diretti	Dirigenti sanitari e personale del comparto											
Destinatari indiretti	Tutti i dipendenti aziendali											
Indicatori	Numero di eventi formativi e percentuali di adesione											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 5.2 - Promozione ed implementazione della medicina di genere nelle attività assistenziali

Azione	Introduzione nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) aziendali principi e metodologie della medicina di genere											
Responsabilità	Direttori/Responsabili Dipartimenti/UUOO sanitarie UOC STAFF UOS Qualità e Rischio Clinico											
Destinatari diretti	Pazienti/utenti in regime di ricovero, day service/hospital/surgery, ambulatoriali											
Destinatari indiretti	Dirigenti sanitari e personale del comparto											
Indicatori	PDTA aggiornati ed integrati in funzione della medicina di genere											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 5.3 - Mappatura della distribuzione di genere nei progetti e prodotti della ricerca

Azione	Mappare la distribuzione di genere nella partecipazione a progetti di ricerca a valere su bandi competitivi di finanziamento alla ricerca a carattere regionale, nazionale e comunitario. Mappare la distribuzione di genere del personale affiliato/dipendente autore/autrice di pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali <i>peer-reviewed</i> .											
Responsabilità	UOC STAFF UOS SIRS											
Destinatari diretti	Personale dipendente afferente alle UUOO dei Dipartimenti Sanitari											
Destinatari indiretti												
Indicatori	Analisi della distribuzione di genere nei progetti di ricerca Analisi della distribuzione di genere nelle pubblicazioni selezionate											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 5.4 - Creazione di una banca dati aziendale relativa ai prodotti della ricerca

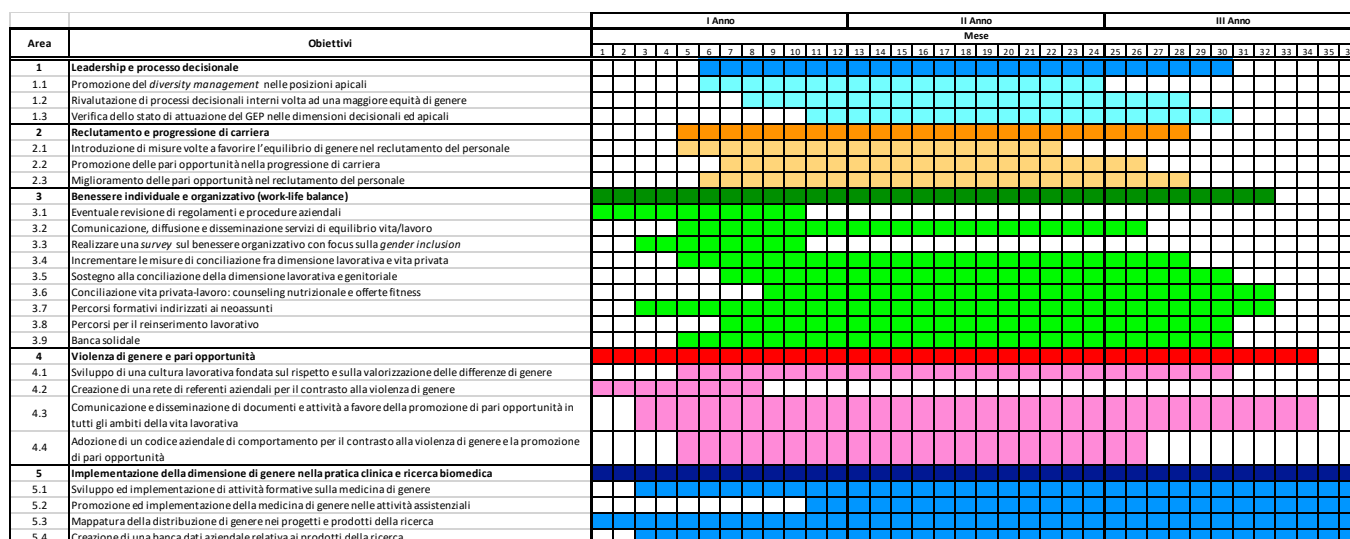
Azione	Costituzione di una banca dati aziendale, contenente documentazione in formato aperto e scaricabile, relativa ai progetti finanziati e attivi ed alle pubblicazioni scientifiche, con particolare riferimento all'analisi della distribuzione di genere											
Responsabilità	UOC STAFF - UOS SIRS											
Destinatari diretti	Tutto il personale sanitario aziendale											
Destinatari indiretti	Direttori/Responsabili Dipartimenti/UUOO sanitarie aziendali											
Indicatori	Banca dati sul sito Web aziendale consultabile e fruibile											
Timeline	2024				2025				2026			

L'adozione di un GEP contribuisce a dare attuazione agli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs) proposti dall'ONU, non soltanto con riferimento all'Obiettivo 5, avente ad oggetto l'eguaglianza di genere, ma in maniera trasversale a tutte le aree.

Il presente GEP, documento programmatico per il triennio 2024-2026 sarà aggiornato su base triennale, e integrerà il Piano Triennale di Azioni Positive al fine di consolidare e rafforzare quelle esistenti o aggiungere nuove azioni finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo della parità di genere all'interno dell'Azienda e garantire la sostenibilità a lungo termine delle relative azioni.

Il monitoraggio delle singole azioni verrà eseguito in armonia ai principi del *Project Cycle Management e del Logical Framework Approach* con cadenza semestrale e sarà oggetto di un report periodico suddiviso per obiettivi ed azioni che sarà presentato alla Direzione Strategica aziendale e reso pubblico mediante caricamento in formato aperto sulla sezione del sito Web aziendale dedicata al GFP.

CRONOPROGRAMMA (DIAGRAMMA DI GANTT)



RIFERIMENTI ONLINE

- EIGE Gender Equality Index Italia 2023
- La strategia Europea per la parità di genere 2020-2025
- Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche
- Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026
- Piano Triennale Azioni Positive Regione Sicilia
- Horizon Europe guidance on Gender Equality Plans
- The Yentl syndrome

Piano della Comunicazione 2024

Comunicazione esterna e interna

- sviluppare l'attività di comunicazione verso la collettività (comunicazione sanitaria), incentrata principalmente sui servizi e sulle prestazioni e sulla comunicazione;
- promuovere la comunicazione per la salute, i cui ambiti d'intervento riguardano tutti i fattori che influiscono sulla salute, i cosiddetti determinanti di salute, e che possono essere distinti in ambientali, sociali, economici, relativi agli stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol ecc.);
- favorire l'accesso ai servizi, non solo sanitari, ma anche sociali attraverso i diversi canali di comunicazione (sito web, comunicati stampa, social);
- potenziare i sistemi di comunicazione delle informazioni al personale.

Stakeholder: i cittadini e i dipendenti delle strutture ospedaliere e il valore pubblico da incrementare è di tipo sociale.

Con Deliberazione n.1807 del 11/12/2023 è stato adottato il Piano della Comunicazione 2024.

Un passo fondamentale per la costruzione di un piano di comunicazione è l'analisi dello scenario, con cui si intende:

- il contesto generale di riferimento (il contesto geografico, territoriale, socioeconomico);
- il contesto di settore (ovvero le caratteristiche del mercato in cui opera un determinato servizio);
- il contesto organizzativo (cioè le caratteristiche dell'azienda).

Quale tipo di scenario considerare è una scelta che dipende dall'obiettivo strategico dal quale partiamo. Entrano in gioco non solo le variabili di tipo macro, relative, ad esempio, alla popolazione, al clima, al reddito, al posizionamento sociale, ma anche altre variabili legate direttamente all'obiettivo strategico sul quale le azioni di comunicazione andranno ad incidere.

Lo scenario Aziendale e quello del territorio in cui l'Azienda insiste sono stati descritti nella parte iniziale di questo PIAO.

Per il 2024 l'Azienda si pone l'obiettivo di migliorare la reciproca informazione fra L'U.R.P. dell'Azienda stessa e gli UU.RR.PP. delle altre istituzioni sanitarie come prescritto dall'Art. 5 punto 5 del Regolamento di organizzazione dell'U.R.P. (Delibera n.267 del 20/02/2004) e dall'art.7 dell'Atto Aziendale (Delibera n.2022/0964), ove è previsto che l'Azienda in tutti i processi di pianificazione e gestione favorisce la collaborazione con le altre aziende sanitarie e i soggetti preposti direttamente o indirettamente alla tutela della salute delle persone a livello nazionale e internazionale, oltreché essere orientata a sviluppare un modello sinergico di rete individuando diversi possibili livelli di collaborazione con altre aziende.

La valutazione dello scenario interno all'azienda non può prescindere dall'analisi dell'identità e dell'immagine dell'organizzazione.

Un famoso assioma della comunicazione sostiene che "non si può non comunicare". Ciò che ci pare utile aggiungere è che questa comunicazione non evitabile ha sempre a che fare con l'identità di chi, persona o istituzione, viene individuato come la fonte, anche inconsapevole di tale comunicazione.

Mentre l'identità di una fonte comunicante è costituita dalle caratteristiche distintive che la stessa fonte riconosce e decide come proprie, l'immagine è il risultato del processo di comunicazione della propria identità.

Alla determinazione di tale risultato concorrono più fattori: l'identità del destinatario e del comunicante, il complesso dei discorsi retrospettivi, correnti e prospettivi espressi su quella fonte, la mediazione simbolica fra i soggetti in relazione.

Occorre perciò analizzare e valutare la percezione di immagine che si ha dell'azienda all'esterno di essa; naturalmente ricerche approfondite richiedono più denaro e più tempo, variabili quasi sempre molto limitate.

Altri indicatori per lo studio dell'immagine percepita, come, ad esempio, il sito web dell'azienda e i link per i siti dei reparti, evidenziano la necessità di implementare gli stessi.

Altro indicatore dell'immagine è il supporto allo sviluppo della comunicazione interna fra l'URP e le articolazioni interne aziendali, l'art.7 c.4 dell'Atto Aziendale ribadisce che l'Azienda promuove lo sviluppo delle attività legate alla comunicazione mediante scelte organizzative e strategiche che influiscono positivamente sulla visibilità e sull'immagine dell'Azienda e coinvolgono trasversalmente tutto il processo produttivo, anche attraverso azioni di comunicazione interna.

L'analisi dello scenario è funzionale alla contestualizzazione degli obiettivi strategici per una loro efficace traduzione in obiettivi di comunicazione.

L'analisi dello scenario individua specifiche caratteristiche dell'azienda che faciliteranno l'articolazione dell'obiettivo strategico di comunicazione in obiettivi operativi correlati a specifiche caratteristiche ritenute importanti, sia in senso positivo che negativo.

	Risultati analisi	Scelta di comunicazione
Analisi del contesto territoriale	Scenario vasto	I messaggi si differenzieranno in base al pubblico esterno a cui ci si rivolge
Analisi del contesto organizzativo	L'immagine sedimentata è quella di una struttura atomistica e quindi incapace di dare informazioni coerenti	Innalzamento del livello di comunicazione interna

INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI

Per raggiungere gli obiettivi strategici dell'azienda è necessario migliorare la comunicazione organizzativa, ovvero:

Quell'insieme di processi di creazione e scambio di messaggi e di informazioni all'interno delle reti di relazioni che costituiscono l'ossatura dell'organizzazione. Essa coinvolge i soggetti interni, i collaboratori interni-esterni e tutti i soggetti esterni in qualche modo interessati o in contatto con l'azienda.

Si capisce che di tale comunicazione fanno parte sia la comunicazione interna che quella esterna, ma, come già specificato, i maggiori sforzi per l'anno 2024 continueranno a concentrarsi nell'ambito interno all'organizzazione.

Si delineano **due obiettivi strategici** che sono:

1. Miglioramento della comunicazione interna
2. Potenziamento degli strumenti atti alla comunicazione esterna

Miglioramento della comunicazione interna

Dall'analisi del contesto organizzativo è risultata un'immagine atomistica dell'azienda che può creare nell'utente un certo grado di insoddisfazione a causa della dispersione delle informazioni, o addirittura la mancanza totale di queste ultime. L'utente che entra in contatto con l'azienda deve sentirsi a suo agio e ciò non solo per affidabilità del personale medico ma anche dal punto di vista burocratico.

La Direzione Generale dell'A.R.N.A.S. ha disposto che tutti i PP.OO. e tutte le UU.OO. di questa Azienda devono comunicare tempestivamente all'U.R.P. tutte le notizie inerenti al servizio che offrono all'utenza (aggiunzioni, soppressioni, sospensioni, ripristini, etc.) secondo le modalità sancite dall'Art. 8 reg. org. URP, ovvero tramite invio sulla posta elettronica all'indirizzo urp@arnascivico.it, l'invio tramite l'utilizzo del nuovo protocollo digitale in vigore dal 1 gennaio 2020 Documentale No Problem (DNP), l'utilizzo del telefono per comunicazioni verbali ai numeri: 64687; 64714; 62358; 62214; 66084 e l'utilizzo futuro di un SOFTWARE appositamente dedicato in intranet, non appena questo strumento sia realizzato dall'A.R.N.A.S per collegare direttamente le UU.OO. e l'URP.

Inoltre, ogni anno è adottato il Piano di Comunicazione Aziendale che necessita di trovare attuazione mediante iniziative e provvedimenti mirati.

Si è constatato che allo stato attuale c'è una dispersione delle informazioni o addirittura una mancanza delle stesse, circostanza che genera insoddisfazione sia degli utenti che degli operatori interni.

Si è rilevato che, di frequente, al di fuori della propria Unità Operativa, gli operatori non sono aggiornati su quanto succede in Azienda.

Si è ritenuto opportuno rendere omogenee, chiare ed usufruibili tutte le informazioni sui servizi offerti dalle Unità Operative e dai Servizi, sia sanitari che amministrativi.

Si è altresì consapevoli che l'implementazione di una "banca dati informativi comune" costituisce una risorsa importante per dare certezza e chiarezza alle utenze esterne e interne e che, allo stesso tempo, può favorire nel personale dipendente l'aumento del senso di appartenenza all'azienda, con un conseguente effetto positivo sul clima interno e sul benessere organizzativo.

Al fine di creare una rete della comunicazione, tesa a conseguire gli obiettivi su delineati, si è chiesto di individuare un referente per la comunicazione che si relazioni con lo Staff della Direzione Generale.

A tal fine si è creata una mailing list di Referenti Aziendali per la comunicazione interna in fase di implementazione.

L'Azienda sarà impegnata nella realizzazione di un evento annuale, contestualizzato al suo interno, finalizzato a rendere maggiormente consapevoli i dipendenti delle attività intraprese dall'ente.

Tale evento concorrerà, altresì, a far aumentare, nel personale stesso, il senso di appartenenza all'azienda, con un effetto positivo sul clima interno ed il benessere organizzativo. Questo riflesso della comunicazione interna si verifica a prescindere dalla natura dei messaggi diffusi: un'organizzazione che dialoga con i propri dipendenti trasmette un senso di attenzione ed importanza nei confronti del capitale umano. Grazie all'instaurarsi di un sistema di comunicazione interna si può arrivare a rafforzare il senso di appartenenza e partecipazione all'ente utilizzandolo nella diffusione e promozione di quegli aspetti che riguardano direttamente la vision dell'ente.

Potenziamento degli strumenti atti alla comunicazione esterna

La comunicazione esterna per un'azienda come l'A.R.N.A.S. è fondamentale, per questo anno si ribadisce l'opportunità di disporre un potenziamento e pieno impiego degli strumenti a disposizione.

Sono già operativi n. 2 "Punti Informazione ":

1. per il P.O. Civico è operativo il P.I. sito al piano terra del Padiglione 17A, con n. 5 operatori URP (di cui uno in Lavoro Agile) che, oltre al contatto diretto con l'utenza afferente, gestiscono l'accesso al numero verde 800272028 e a tutti gli altri numeri telefonici citati sopra dedicati all'utenza che afferisce alla nostra Azienda ;

2. per il P.O. Di Cristina era operativo il P.I. (momentaneamente sospeso) sito al piano primo del Padiglione Centrale del Presidio stesso con funzione di facilitare i percorsi corretti di accesso alle prestazioni espletate dalle UU.OO. del Presidio e gestione del numero dedicato all'utenza pediatrica 0916666084.

La media giornaliera di telefonate ai numeri URP dedicati all'utenza riferita all'anno 2022 è di n.47 telefonate.

Nel corso del 2024 l'Azienda si impegnerà a continuare il censimento delle "Bacheche" all'interno degli edifici che ospitano le Unità Operative e renderà operativo il canale di diffusione cartaceo delle comunicazioni aziendali a beneficio sia degli operatori interni che dell'utenza afferente.

L'Azienda partecipa attivamente a tutte le sedute del Comitato Consultivo Aziendale, visibili all'interno del sito dell'ARNAS Civico alla pagina del Comitato Consultivo nell'Area dedicata al cittadino, promuovendo le iniziative che le varie Associazioni del Volontariato intraprendono all'interno della Azienda; per il 2024 si continuerà a collaborare con il rinnovato CCA e si continuerà l'impegno di rendere maggiormente visibile l'operato congiunto Azienda-CCA,.

L'Azienda ha in cantiere la programmazione di eventi diversificati per aree tematiche, ma soprattutto si impegnerà a realizzare un evento annuale interno alla Azienda da condividere con il Comitato Consultivo Aziendale

Si noti come il raggiungimento di ogni obiettivo strategico dell'azienda sia collegato al raggiungimento di questi obiettivi.

Il potenziamento degli strumenti dedicati comunicazione esterna ha assunto particolare importanza a seguito della Pandemia; pertanto, l'Azienda intraprenderà tutte le iniziative che saranno utili ai fini del miglioramento della comunicazione esterna, soprattutto con i familiari dei pazienti Covid.

Le iniziative di cui sopra saranno vagliate di volta in volta nel rispetto delle normative vigenti, a garanzia della sicurezza pubblica, individuale e dei nostri professionisti impegnati nelle UU.OO. che ospitano questo tipo di pazienti.

L'URP della nostra Azienda opera ed opererà nel 2024 in sicurezza, garantendo la continuità e la costanza della Comunicazione Istituzionale verso tutti gli utenti afferenti.

DEFINIZIONE DEI TARGET

Partendo dagli obiettivi strategici di comunicazione, ma anche da quelli dell'organizzazione, è possibile individuare dei target di pubblico interessati dal processo comunicativo.

Quella operata è una macro-segmentazione, è naturale che all'interno di questi due segmenti portanti, bisogna fare un'ulteriore distinzione.

Così avremo, in base agli obiettivi strategici dell'organizzazione e di comunicazione, una suddivisione in pubblico interno, pubblico esterno e media. Del pubblico interno fanno parte i

dipendenti delle diverse Aree, mentre del pubblico esterno fanno parte gli utenti singoli e/o associati (pazienti, famiglie, turisti, cittadini stranieri, studenti, etc...) e le istituzioni (scuole, università, enti locali, etc).

In base alle diverse azioni di comunicazione dovranno essere individuati dei sotto-target di questi segmenti di pubblici; così, ad esempio, per iniziative di educazione ad uno stile di vita sano, sarà più opportuno rivolgersi al pubblico composto da scuole ed università.

In particolare, riferendosi agli obiettivi dell'organizzazione, possiamo delineare un pubblico preciso:

1. Garanzia e tutela nella relazione con il cittadino – pubblico interno (U.R.P)
2. Identità ed immagine – pubblico interno, esterno e media (senza distinzioni di settore)
3. Prevenzione ed educazione alla salute – pubblico esterno (scuole, università, associazioni)
4. Miglioramento della qualità – pubblico interno ed esterno
5. Promozione della cultura e del servizio al cittadino – pubblico interno (U.R.P e addetti al front office)

Il pubblico interno all'azienda è quello che per l'anno 2024 deve essere più coinvolto nei processi di cambiamento, in quanto è anche quello che sarà maggiormente, anzi totalmente coinvolto nel processo di comunicazione verso i pubblici esterni; è quindi dovrà darsi primaria importanza agli obiettivi che interessano il pubblico interno.

DEFINIZIONE DELLE AZIONI DEL PIANO

La definizione delle azioni del piano (strategie) consiste nella traduzione dell'obiettivo in azioni e strumenti di comunicazione. Tale scelta va fatta in riferimento ai pubblici, alle modalità di contatto e al tipo di stile comunicativo.

Scelta delle strategie rispetto ai pubblici

- Strategia indifferenziata: si utilizza un unico messaggio per tutto il pubblico di riferimento senza operare distinzioni. È la meno costosa in termini di gestione ed in genere la si usa per comunicare con il pubblico interno all'azienda.
- Strategia differenziata: prevede una tipologia di messaggio differente rispetto ad ogni tipo di pubblico rilevato dalla segmentazione. È più costosa ma senza dubbio più efficace; è preferibile usare tale strategia verso il pubblico esterno.

Scelta delle strategie rispetto alle modalità di contatto

Rispetto alla selezione delle modalità di contatto, anche in rapporto ai costi/benefici, il raggiungimento del pubblico di riferimento può avvenire secondo la combinazione di due opzioni di scelta:

- Interazione diretta oppure interazione mediata
- Azione su vasta scala oppure azione su piccola scala

Da questa classificazione deriveranno le scelte degli strumenti.

Per la nostra Azienda sarà opportuna un'azione su vasta scala sia di interazione diretta che mediata.

Scelta delle strategie rispetto allo stile comunicativo

Un'azienda come l'A.R.N.A.S. non ha grandi possibilità di scelta nello stile comunicativo da adoperare, infatti gli stili che i messaggi, provenienti dall'azienda, devono avere sono di due tipi fondamentali e un terzo tipo che mischia i due stili principali:

- **Stile educativo:** composizione del messaggio o scelta delle azioni in modo da mettere la fonte comunicante in una posizione di autorevolezza sul sapere e la competenza e quindi in grado di istruire il destinatario rispetto al contenuto del messaggio.

- **Stile informativo:** composizione del messaggio o scelta delle azioni in cui la fonte comunicante sia posta in modo neutro rispetto alle convinzioni o ai comportamenti dei destinatari e con l'intento esplicito di trasmettere notizie, dati, informazioni utili.

Le strategie sono le linee lungo le quali deve muoversi l'Azienda con i suoi valori, la missione e la visione.

La Missione dell'Azienda è quella di soddisfare i bisogni e le aspettative di salute di ogni cittadino, assicurando in qualsiasi circostanza, la cura più adeguata, senza alcuna discriminazione di sesso, età, razza, nazionalità, religione, condizione sociale.

La Visione strategica dell'Azienda è orientata al costante miglioramento organizzativo, logistico e infrastrutturale, teso a garantire appropriatezza, tempestività, efficacia e qualità dei servizi, in condizioni di sicurezza e nel rispetto della persona, attraverso una gestione efficiente delle risorse; ovvero un'organizzazione che concili la centralità degli utenti con le esigenze di tutte le altre parti che contribuiscono al funzionamento dell'Azienda.

INDIVIDUAZIONE DEGLI STRUMENTI DI COMUNICAZIONE

Per l'attuazione di tali strategie e contenuti, e il raggiungimento degli obiettivi prefissati per l'anno 2024, bisogna individuare le azioni e gli strumenti più adatti; in particolare la scelta dei mezzi di comunicazione da selezionare va fatta tenendo conto di una serie di caratteristiche proprie dei media:

- accessibilità;
- modo di presentazione dei messaggi;
- ritmo e velocità di emissione;
- potenza espressiva;
- persistenza dell'informazione;
- flessibilità;
- costi.

Per i due ambiti, comunicazione interna ed esterna, di cui si occupa questo piano, sono individuabili diversi media che andranno a comporre tutti insieme quello che si chiama media mix.

L'ARNAS "Civico, Di Cristina, Benfratelli" ha adottato con delibera n. 660 del 19/05/2021 il Piano Regionale di Comunicazione per la Salute anno 2021 uniformandosi alle relative disposizioni.

COMUNICAZIONE INTERNA

Per la comunicazione interna sono necessari pochi strumenti, l'importante è che siano ben funzionanti e aggiornati periodicamente, si dispone perciò di creare ed utilizzare:

1. tra i media scritti:

- Pubblicazioni aziendali di tipo periodico, i cosiddetti *House organ*, pubblicati periodicamente all'interno del sito internet istituzionale e attraverso il sito intranet aziendale, che contengano informazioni sull'organizzazione dell'azienda, quindi orari di ambulatori, schede gerarchiche, decisioni organizzative e tutto ciò che è attinente alla vita dell'azienda.

- Pubblicazioni aziendali di tipo non periodico come *depliant*, *folder*, manuali e schede informative a carattere settoriale e reperibili presso i diversi settori aziendali e presso l'U.R.P. Queste pubblicazioni avranno una duplice funzione, ovvero saranno utili al pubblico esterno ma

anche a quello interno che sarà aggiornato e informato sui diversi settori dell'azienda, ricordando che l'A.R.N.A.S. è un'azienda unica e non atomistica.

- Creazione rete di referenti aziendali alla comunicazione interna: ogni Unità Operativa ha individuato, come richiesto dal Dirigente dello Staff, un Referente per la Comunicazione interna Aziendale, così da facilitare il passaggio delle comunicazioni e renderle velocemente usufruibili fra gli operatori interni.

2. tra i media parlati:

- Riunioni destinate al pubblico interno, in particolare a chi si occupa di comunicare con l'esterno, per aggiornarlo su eventi, iniziative e progetti dell'azienda, aumentando in tal modo la condivisione degli obiettivi aziendali e facendo sentire il dipendente parte integrante e necessaria al raggiungimento di essi;

- Riunioni inerenti percorsi formativi aziendali in materia di anticorruzione e della trasparenza. Al fine di attuare la propria politica di sensibilizzazione in tema di trasparenza dell'azione amministrativa, il Management Aziendale organizza "La Giornata della Trasparenza". In occasione dell'evento, saranno trattati gli argomenti oggetto di crescente attenzione da parte degli operatori dell'Azienda e, in generale, di tutti i soggetti della società civile potenzialmente interessati alle attività dell'ARNAS;

- Rilevazione dei bisogni formativi e adozione del Piano formativo aziendale, in particolare si fa pressante la necessità di formazione nel settore della comunicazione per il personale interno tutto, in accordo con l'Art. 12 punto 5 del Regolamento di organizzazione dell'U.R.P, che così recita: "L'U.R.P, sulla base dei risultati delle attività di ricerca e di monitoraggio di cui al precedente Art. 11, sostiene la diffusione, all'interno dell'Azienda, della cultura della comunicazione attraverso interventi informativi, formativi e organizzativi". Il Piano Formativo Aziendale per l'anno 2024 potrà prevedere la riproposizione del corso di formazione sulla "COMUNICAZIONE" destinato a tutte le professioni.

3. tra i nuovi media:

- Rete intranet, serve a facilitare il passaggio di informazioni all'interno di un'azienda vasta come l'A.R.N.A.S., si tratta di una banca dati comune in cui gli addetti alla comunicazione, e non solo, possono facilmente estrapolare informazioni utili al proprio lavoro. Strumenti del genere ovviamente richiedono un aggiornamento ogni qualvolta vi siano modifiche, l'impegno è quello di creare, anche tramite formazione, addetti alla manutenzione e all'aggiornamento di tali mezzi; per la creazione della rete intranet, si potrebbero acquisire competenze specialistiche.

COMUNICAZIONE ESTERNA

Per questo anno la comunicazione esterna non può subire grandi interventi, si tratta di solidificare prima le fondamenta, ovvero la comunicazione interna, e perseguire piccoli progetti a basso costo.

1. tra i media scritti:

- Pubblicazioni aziendali di tipo non periodico
- Rivisitazione della Cartellonistica interna ai Presidi;
- Compilazione dei questionari on line della nuova Rilevazione della Qualità Percepita dell'ARNAS attraverso la possibilità di inquadrare un QR Code.

- Aggiornamento della Carta dei servizi; tale carta (presente nel sito aziendale) deve essere facilmente reperibile dai tutti gli utenti; quindi, si renderà maggiormente visibile sul sito web dell'azienda, in modo da essere individuata più facilmente dall'utenza.

2. tra i media parlati:

- Implementazione di centri informativi interni all'azienda, come stand informativi con personale istruito su organizzazione e tutte le informazioni potenzialmente utili agli utenti;
- Creazione Eventi sull'attività aziendale da condividere con il CCA ARNAS;

3. tra i nuovi media:

- implementazione del sito aziendale www.arnascivico.it rendendolo ancora più usufruibile per l'utenza,

- dal 10 febbraio 2021 è disponibile il portale web del servizio regionale SovraCUP, che consente la prenotazione di prestazioni sanitarie ai cittadini dotati di identità digitale SPID e ricetta de materializzata (<https://sovracup.regione.sicilia.it/home>)

Inoltre, è attivo il Portale del Cittadino accessibile all'indirizzo <https://cittadino.arnascivico.it>. (<https://cittadino.arnascivico.it/ui/auth/login-spid>) che consente al cittadino la prenotazione di prestazioni ambulatoriali in regime SSN.

Attraverso il portale è inoltre possibile spostare o disdire le prenotazioni effettuate.

L'accesso al portale avviene utilizzando l'autenticazione SPID.

Il promemoria di prenotazione, rilasciato dal portale, qualora sia dovuto il pagamento del ticket, contiene una pagina aggiuntiva che riporta il codice avviso e il QR code, che consentono al cittadino di effettuare il pagamento attraverso tutti i canali messi a disposizione da PagoPa (Sito del tuo Ente Creditore, della tua Banca, carte di credito, conto corrente, Applicazione mobile IO, ecc..).

PagoPa è la piattaforma nazionale che permette di scegliere come effettuare pagamenti verso la Pubblica Amministrazione.

Per i minori di anni 18 sprovvisti di spid, la prenotazione on line si può effettuare inviando la ricetta con mail all'indirizzo richieste.cup@arnascivico.it.

Dal 15 novembre 2021 l'URP ha sviluppato con risorse interne un modulo online, sia per i pazienti ricoverati che per quelli afferenti agli ambulatori, che consente agli utenti di esprimere il livello del loro gradimento attraverso la riproposizione del questionario della precedente *Customer Satisfation* Regionale.

Attraverso un QR Code l'utente aprirà il relativo questionario e, in forma del tutto anonima, compilerà il questionario che verrà acquisito in tempo reale.

In alternativa, potrà compilare il questionario sul sito aziendale www.arnascivico.it sulla Home Page alla voce Questionario qualità percepita, cliccando su quello inerente il suo ricovero oppure la prestazione ambulatoriale.

Per quanto attiene alla visibilità del nostro sito www.arnascivico.it, abbiamo un numero di visite, nel periodo gennaio-novembre 2023, pari a n.754.578.

Già precedentemente sono state inserite novità importanti come:

- Il "Ritiro Referti on line";
- Implementazione di strumenti multimediali di contatto con l'utenza, tipo l'Applicazione per Smartphone ARNAS Civico;
- Pagina twitter [@arnascivico](https://twitter.com/arnascivico);
- App SolariQ per prenotare il turno al CUP;
- Accessi al P. S. in tempo reale sulla Home Page sito Aziendale.

MISURAZIONE DEI RISULTATI

La fase finale del processo di comunicazione si ha con la misurazione dei risultati ottenuti.

Il monitoraggio dei risultati attesi sarà condiviso col Management aziendale e lo Staff della Direzione Generale, nonché con le Direzioni Mediche dei due Presidi Ospedalieri, i Capi Dipartimento e i Direttori delle Unità Operative.

OBIETTIVI GENERALI COMUNICAZIONE 2024

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVO OPERATIVO	TARGET	DESCRIZIONE DELL'AZIONE	ATTORI COINVOLTI	PERIODO DI REALIZZAZIONE	INDICATORE REALIZZAZIONE RISULTATO	RISULTATO ATTESO	BUDGET
Miglioramento della Comunicazione Interna	PROMUOZIONE MODALITÀ OPERATIVE DI COMUNICAZIONE ALL'URP	DIPENDENTI ARNAS.	utilizzo mail del dominio, DNP, telefoni interni e software dedicato	Direttori UU.OO. E operatori URP	Entro il 31/12/2024	% di comunicazioni effettuate	100%	€ 0,00
	Evento Annuale dell'ARNAS	DIPENDENTI ARNAS.	CREAZIONE EVENTO ANNUALE	DIPENDENTI ARNAS	Entro il 31/12/2024	CREAZIONE EVENTO	REALIZZAZIONE EVENTO	€ 0,00
POTENZIAMENTO DEGLI STRUMENTI ATTI ALLA COMUNICAZIONE ESTERNA	IMPLEMENTAZIONE DOTAZIONI BACHECHE	DIPENDENTI ARNAS E UTENTI	CENSIMENTO PRESENZA BACHECHE NEGLI EDIFICI INTERNI ALL'ARNAS	DIR. AREA AFFARI GENERALI, AREA TECNICA, PROVVEDITORATO	ENTRO IL 31/12/2024	DOTAZIONE COMPLETA DI BACHECHE PER OGNI EDIFICIO INTERNO ALL'ARNAS	100%	€ 500,00
	COLLABORAZIONE CCA ARNAS	ASSOCIAZIONI DEL VOLONTARIATO DEL CCA E CITTADINI	SVILUPPO INTERAZIONI CON CCA	RESPONSABILE URP, DIRIGENTE STAFF E MANAGEMENT	ENTRO IL 31/12/2024	INCONTRI CON CCA ARNAS	VERBALE DI INCONTRI CCA	€ 0,00
	EVENTO ANNUALE INSIEME AL CCA ARNAS	DIPENDENTI ARNAS, ASSOCIAZIONI DEL VOLONTARIATO DEL CCA E UTENTI	CREAZIONE EVENTO SU OPERATIVITÀ DEL CCA E COLLABORAZIONE CON L'AZIENDA	MANAGEMENT AZIENDALE, CCA, EDUCAZIONE ALLA SALUTE, SERVIZIO SOCIALE	Entro il 31/12/2024	CREAZIONE EVENTO	REALIZZAZIONE EVENTO	DA DEFINIRE INCORSO D'OPERA

OBIETTIVI DI COMUNICAZIONE INTERNA 2024

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVO OPERATIVO	TARGET	DESCRIZIONE DELL'AZIONE	ATTORI COINVOLTI	PERIODO DI REALIZZAZIONE	INDICATORE REALIZZAZIONE RISULTATO	RISULTATO ATTESO	BUDGET
Promuovere, presso gli operatori, l'identità e l'immagine dell'Azienda	Pubblicazioni aziendali	Dipendenti ARNAS	Proposta alla Direzione di un modello di periodico	Dirigenti ARNAS e operatori URP	entro il 31/12/2024	trasmissione al management della	si	€ 0,00
	Riunioni	Dipendenti ARNAS	Partecipazione ai percorsi formativi aziendali in materia di anticorruzione e della trasparenza	Dirigenti ARNAS, Staff ARNAS e operatori URP,	entro il 31/12/2024	realizzazione riunioni	partecipazio ne	€ 0,00
	Rilevazione bisogni formativi e adozione Piano di Formazione	Dipendenti ARNAS	Rilevare le necessità formative provenienti da richieste delle UU.OO.	Dipendenti ARNAS per il tramite dei Direttori UU.OO.	entro il 31/12/2024	Piano di Formazione 2024	adozione piano	€ 0,00
	Ottimizzare gli strumenti aziendali di comunicazione interna	Dipendenti ARNAS	conoscere mail e creazione mailing list referenti comunicazione interna	Direttori UU.OO. Informatizzazione e Staff	entro il 31/12/2024	emails e mailing list attivate	100%	€ 0,00

OBIETTIVI DI COMUNICAZIONE ESTERNA 2024

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVO OPERATIVO	TARGET	DESCRIZIONE DELL'AZIONE	ATTORI COINVOLTI	PERIODO DI REALIZZAZIONE	INDICATORE REALIZZAZIONE RISULTATO	RISULTATO ATTESO	BUDGET
ACCRESCERE CULTURA DELLA ATTENZIONE ALL'UTENZA	Pubblicazioni di tipo non periodico	utenti e operatori interni	realizzare nel sito aziendale una pagina tipo dedicata alle news aziendali	Management Aziendale, Direttori Dipartimenti, Staff Aziendale	entro il 31/12/2024	creazione pagina sul sito	realizzazione periodico informativo	€ 0,00
	Uniformare e Completare la segnaletica nei luoghi di accesso	utenti e operatori interni	Predisporre Piano di adeguamento/aggiornamento segnaletica	Area Tecnica, Area Affari Generali, Area Provveditorato	entro il 31/12/2024	cartelli aggiornati	50% fabbisogno	da definire in corso d'opera
	Rilevazione Qualità Percepita	utenti	Nuova Rilevazione Aziendale Qualità percepita	URP, UU.OO. Dell'ARNAS	entro il 31/12/2024	Avvisi con QR Code	questionari compilati	€ 0,00
	Aggiornare Carta dei Servizi	utenti	Raccolta aggiornamenti dalle UU.OO. ARNAS	Direttori UU.OO. ARNAS e Qualità Aziendale	entro il 31/12/2024	Realizzazione Carta dei Servizi 2024	Si	€ 0,00
	Implementazione Centri Informativi	utenti	Predisposizione dislocazione Punti informativi	Management Aziendale, Direttori Dipartimenti, Staff Aziendale	entro il 31/12/2024	Verifica sedi dei P.I.	50%	da definire in corso d'opera
	Realizzare evento col CCA ARNAS	utenti	RIUNIONE ANNUALE SULL'ATTIVITA' DEL CCA ALL'INTERNO DELL'AZIENDA	Management Aziendale, Area Tecnica, Staff Aziendale	entro il 31/12/2024	CREAZIONE EVENTO	REALIZZAZIONE RIUNIONE	da definire in corso d'opera
	Attività Multimediale	utenti	implementazione del sito www.arnascivico.it e applicazione smartphone ARNAS Civico	Management, Informatizzazione, CUP, Staff	entro il 31/12/2024	Realizzazioni correttivi su piattaforme web e/o mobili aziendali e	Si	da definire in corso d'opera

2.1.3 Obiettivi di accessibilità fisica e digitale

Il processo di “Transizione Digitale” ha come obiettivo la realizzazione di un'amministrazione digitale e aperta, che offra servizi pubblici digitali facilmente utilizzabili, sicuri e di qualità, tali da garantire una relazione trasparente e aperta con i cittadini, a prescindere dalla condizione fisica della singola persona.

L'Azienda al fine di facilitare l'accesso alle informazioni ed ai servizi da parte dei cittadini/utenti, sul proprio sito aziendale revisiona ed aggiorna costantemente delle news e delle informazioni e dei contenuti inerenti all'accessibilità ai servizi aziendali. Migliora la chiarezza delle informazioni e aggiorna costantemente delle notizie e attendibilità delle stesse anche con link in siti istituzionali validati.

Al fine di migliorare l'accessibilità digitale da parte dei cittadini, l'Azienda ha messo a disposizione il nuovo portale del cittadino accessibile all'indirizzo <https://cittadino.arnascivico.it>, che consente al cittadino la prenotazione di prestazioni ambulatoriali in regime SSN. Attraverso il portale è inoltre possibile spostare o disdire le prenotazioni effettuate.

L'accesso al portale avviene utilizzando l'autenticazione SPID. Il promemoria di prenotazione, rilasciato dal portale, qualora sia dovuto il pagamento del ticket, contiene una pagina aggiuntiva che riporta il codice avviso e il QR code, che consentono al cittadino di effettuare il pagamento attraverso tutti i canali messi a disposizione da pagoPA (Sito del tuo Ente Creditore, della tua Banca, carte di credito, conto corrente, Applicazione mobile IO, ecc..). PagoPA è la piattaforma nazionale che permette di scegliere come effettuare pagamenti verso la Pubblica Amministrazione. L'obiettivo è quello di completare ed estendere le funzionalità del portale anche con il ritiro dei referti, della documentazione e di eseguire i pagamenti direttamente dal portale del cittadino tramite PagoPA, è stato raggiunto entro la fine del 2022.

Stakeholder: i cittadini ultrasessantacinquenni e cittadini con disabilità e il valore pubblico da incrementare è di tipo sociale e sanitario.

2.1.4 Obiettivi di digitalizzazione

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

L'obiettivo primario è quello di proporre servizi innovativi sempre più a misura di paziente e facilitare il lavoro degli operatori informatizzando i processi.

Gli obiettivi programmati ed in itinere sono:

- il completamento del sistema di Cartella Clinica Elettronica (CCE). Saranno effettuate quindi le necessarie verticalizzazioni e specializzazioni della CCE Ambulatoriale e di Degenza, saranno introdotti sistemi a supporto dei reparti e degli ambulatori per la prescrizione, erogazione e somministrazione di farmaci e prestazioni;
- la digitalizzazione Cartelle Cliniche;
- la dematerializzazione della documentazione sanitaria ed amministrativa.

- l'implementazione della telemedicina Domiciliare mediante l'attivazione della televisita presso Unità Operative individuate per pazienti con patologie croniche e/o con difficoltà di accesso alle strutture aziendali;
- la garanzia della piena attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso il completamento della dematerializzazione di tutta la documentazione clinico-medica e delle prescrizioni ambulatoriali;
- il consolidamento ed il potenziamento dei sistemi di sicurezza informatica, a livello infrastrutturale, per garantire protezione ai dati e alle comunicazioni; Il tema della sicurezza informatica riveste un ruolo sempre più importante in considerazione anche dei crescenti tentativi di "intrusione" nelle banche dati aziendali; vista la complessità e la continua evoluzione del sistema informatico/informativo aziendale si ritiene necessario aumentare la sicurezza mediante opportuni investimenti tecnologici (sia di HW che di SW), attivare nuovi servizi sistemi di monitoraggio sulla rete e una ridefinizione delle strategie aziendali in tema di Cybersecurity; le iniziative più rilevanti riguardano l'implementazione dei sistemi di *Backup* dei dati, l'adeguamento dei sistemi di autenticazione agli accessi delle banche dati e la sicurezza degli accessi da remoto; parallelamente verranno sviluppati nuovi sistemi di monitoraggio della rete e dei server aziendali, *Disaster Recovery e Business Continuity su Cloud/Vm*, Sistemi di Sicurezza di Rete e Perimetrale, Sistemi di Sicurezza Client e Server – *Syslog*;
- la fornitura, in numero adeguato alle dimensioni ed alle peculiarità di ciascuna unità aziendale di dispositivi informatici quali: desktop, laptop, tablet, carrelli informatizzati, stampanti, etichettatrici, totem multifunzione, monitor informativi, ecc. al fine di consentire la fruizione, sia da postazioni fisse sia in mobilità, delle funzionalità previste dai sistemi informativi, disponibili per gli operatori e/o per gli assistiti;
- la dotazione di Armadio Digitale Intelligente Farmaci/Dispositivi + Carrello Digitale Automatizzato Terapia;
- la dotazione di Hardware e Software per Salvataggio Dati e Macchine Virtuali su Nastro, Ampliamento Storage, Potenziamento Infrastruttura Virtualizzazione;
- la fornitura Sistemi a Servizio della Continuità Elettrica e Regolazione della Temperatura e Umidità; Sistemi Hw a Supporto della Continuità di Servizio dei Datacenter;
- implementazione del principio del cloud first mediante progressiva migrazione dell'infrastruttura ICT al Polo Strategico Nazionale.

Stakeholder: tutti gli utenti che usufruiscono dei servizi offerti dall'Azienda e il valore pubblico da incrementare è di tipo sociale e sanitario.

2. 2 Performance

Piano delle Performance 2024

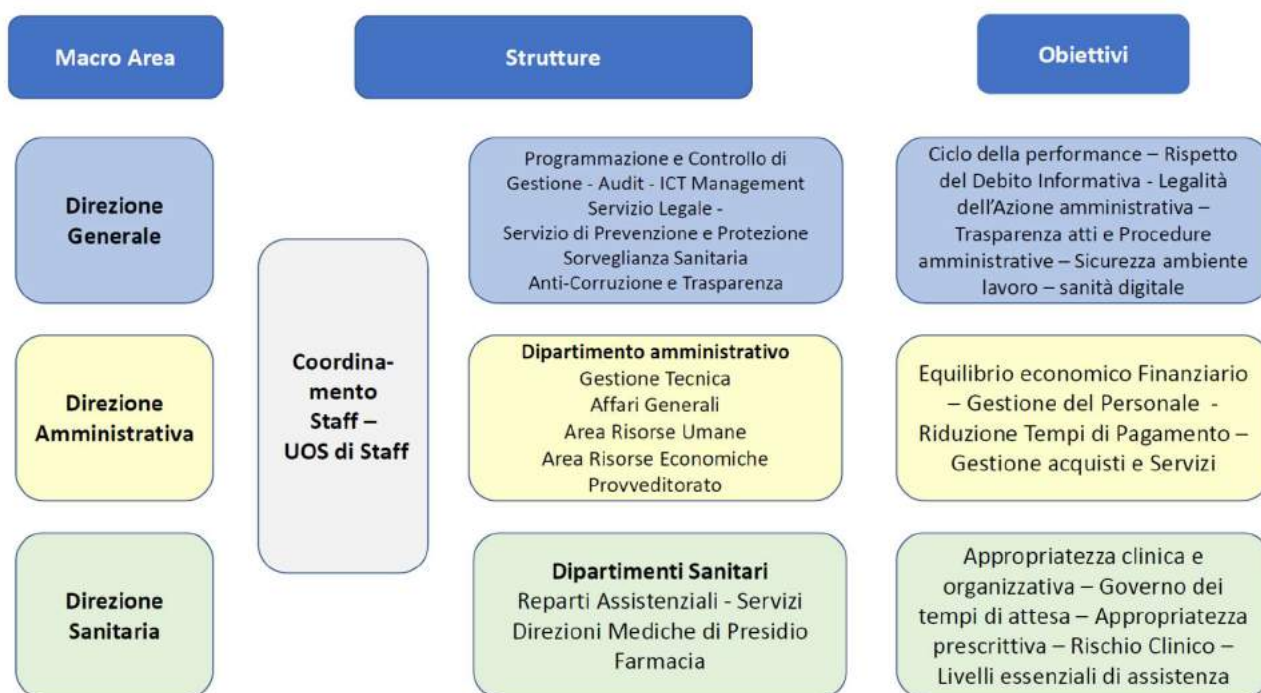
Al fine di dare continuità alle azioni finalizzate al perseguimento degli obiettivi di mandato, degli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria assegnati al Direttore Generale nel 2019, nelle more della prossima assegnazione degli obiettivi regionali che seguirà alla nomina dei Direttori Generali, si è comunque proceduto all'assegnazione degli obiettivi alle strutture di *line*.

Il processo di budgeting è il meccanismo attraverso il quale l'Azienda opera il diretto coinvolgimento e la responsabilizzazione dei dirigenti nel raggiungimento degli obiettivi assegnati alle rispettive strutture e procede al loro sistematico monitoraggio per la rilevazione dei livelli di performance conseguiti.

Il Piano della Performance si pone lo scopo di:

- portare a conoscenza dei cittadini e degli stakeholder gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi che l'Azienda intende realizzare rendendo noti i risultati attesi;
- attuare percorsi di miglioramento continuo della performance;
- valorizzare il processo di budget ed il sistema di valutazione del personale migliorando la consapevolezza rispetto agli obiettivi dell'Azienda;
- supportare i processi decisionali in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti ed indiretti (creazione del Valore Pubblico).

L'albero della Performance





Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Il processo di programmazione in Azienda nasce dall'unione tra gli obiettivi derivanti dalla Legge Regionale n°5 del 2009 ed il Decreto-legge n°78 del 31 maggio 2010, con cui la Regione Sicilia si è avvalsa della possibilità concessale di chiedere la prosecuzione del Piano di Rientro nei termini indicati nel Patto per la Salute. Sulla base di tali indicazioni sono state individuate strategie condivise ed è stato avviato un processo di responsabilizzazione di tutti gli operatori aziendali.

È stato previsto un processo di distribuzione a cascata degli obiettivi, che parta dagli obiettivi **Generali** e di **Funzionamento dei Servizi** assegnati all'Azienda dall'Assessorato della Salute, e che preveda un collegamento diretto degli stessi ad un sistema di indicatori con la caratteristica di essere misurabile, trasparente ed oggettivo. Contestualmente, sono stati individuati anche i criteri sulla base dei quali procedere alle diverse tipologie di valutazione, anche attraverso il sistema di determinazione dei risultati attesi e di ponderazione degli obiettivi.

Il processo di budgeting, valutazione e verifica dei risultati (titoli II e III D.Lgs. 150/09)

Il Budget è lo strumento con il quale, annualmente, vengono trasformati piani e programmi aziendali in specifici obiettivi articolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative ed economiche interne.

Gli obiettivi in esso contenuti vengono definiti nel rispetto dei piani e dei programmi aziendali strategici scaturenti dalla mission aziendale e dagli obiettivi individuati dall'Assessorato regionale alla Salute quale organo di indirizzo politico amministrativo.

Gli obiettivi contenuti nel budget rappresentano un parametro di riferimento per la valutazione dei risultati conseguiti dall'organizzazione Aziendale e dalle singole unità operative anche ai fini del sistema premiante. Infatti, il sistema di budget è inteso come istituto con esso strettamente integrato.

Il processo di budget avviene attraverso una negoziazione tra la Direzione Strategica Aziendale (coadiuvato dal Comitato di Budget formalmente nominato) ed i Responsabili delle Strutture individuate nel Piano dei Centri di Costo e Responsabilità aziendale. Nelle singole schede di budget vengono individuati sia i risultati da raggiungere che le attività da effettuare a risorse disponibili (o, comunque, eventuali risorse aggiuntive la cui futura attribuzione è già stata decisa con apposito provvedimento).

Si tratta, quindi, di un Budget Operativo che si basa sul miglioramento nell'erogazione dei servizi e nell'impiego delle risorse strutturali assegnate mediante l'esplicitazione contestuale di obiettivi di attività, di qualità e di monitoraggio interno.

Il Comitato Di Budget per l'anno 2024 è stato nominato con deliberazione n.1748 del 29/11/2023. Gli Obiettivi sono stati definiti e condivisi dal Comitato Aziendale nella riunione di insediamento del 20/12/2023.

Con nota del 28/12/2023 e n. prot. specifico per Dipartimento, si è proceduto alla trasmissione delle schede contenenti gli obiettivi assegnati ai Direttori/Responsabili delle UOC/UOSD sia dell'Area Sanitaria con l'invito a restituire le stesse firmate dopo condivisione all'interno dei Dipartimenti. In caso di mancata condivisione la Direzione si è resa disponibile a singoli incontri.

Gli obiettivi del Dipartimento Amministrativo e dello Staff della Direzione Strategica sono stati oggetto di negoziazione nell'ambito di due distinti incontri tenuti in data 20/12/2023.

La presa d'atto delle procedure di Budget 2024 è avvenuta nel gennaio 2024 (proposta n.1 UOC Programmazione e Controllo di Gestione del 15/01/2024).



Sono stati assegnati:

- obiettivi strategici/gestionali che rispondono alla necessità di perseguire le strategie individuate dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e vengono assegnati, a cascata, ai Dipartimenti/UU.OO. coinvolte nella loro realizzazione; comprendono anche gli obiettivi sull'attività svolta, anch'essi declinati per ogni singola unità operativa che rispondono alle linee di indirizzo clinico da seguire nell'erogazione delle prestazioni, nell'ottica dell'efficientamento e della appropriatezza;

- obiettivi di qualità (individuati coerentemente con i requisiti di accreditamento istituzionale ex DA n°890/2002) prevedono progetti di valutazione, verifica e miglioramento della qualità, gestione del rischio clinico, elaborazione di nuove linee guida e/o percorsi diagnostici, implementazione o mantenimento degli standard JCI.

A consuntivo, la Direzione Generale, attraverso gli organi a tale procedura delegati, procede alla verifica dei risultati raggiunti sia per la valutazione che per l'erogazione della retribuzione di risultato. La verifica si basa sulla regolamentazione interna di vari istituti contrattuali (per la quale è prevista la rimodulazione in corso d'anno anche in ossequio a quanto disposto dal titolo III del D.Lgs. n°150/09), ed effettuata dall'organo preposto alla valutazione aziendale che tiene conto di eventuali controdeduzioni in caso di mancato raggiungimento o scostamento rispetto ai valori attesi.

Obiettivi Dipartimento Amministrativo



BUDGET 2024 UOC AFFARI GENERALI

OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo
Gestione e monitoraggio della trasmissione all'Assessorato Regionale dei Flussi Informativi, ed analisi delle eventuali problematiche rilevate	n. attività espletate nei tempi previsti/n. attività richieste	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 70% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100% - del 15% se compresi tra 70 e 90%.
Puntualità nei pagamenti: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 25 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	n. medio di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	<= 25 gg	20	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio <= 25 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg
Redazione CE trimestrale: produzione di relazione dettagliata relativa ai costi sostenuti e ai macroaggregati economici di gestione trasmissione all'UOC SEF entro il 15° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento	n. relazioni trasmesse entro le scadenze fissate/n. relazioni previste	100%	20	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 75% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 75 e 100%
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n. azioni intraprese/n. attività previste	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro i tempi richiesti dalla collegio e comunque entro 15gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%
1) Rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa vigente "Trasmissione dei dati al Ministero della Funzione Pubblica - Anagrafe delle Prestazioni", in materia di: 1.a) conferimento di consulenze ed incarichi esterni, con successiva comunicazione dei pagamenti effettuati, in ottemperanza all' art. 127 L.662/96; 1.b) autorizzazione incarichi ai propri dipendenti, con successiva comunicazione dei compensi percepiti, in ottemperanza al D. lgs.vo 165/2001. 2) Rispetto degli adempimenti previsti dall'art. 15 della L. 33/2013 – "Obblighi di pubblicazione delle consulenze ed incarichi esterni"; 3) Rispetto degli adempimenti previsti dall'art. 18 della L. 33/2013 – "Obblighi di pubblicazione degli incarichi conferiti ai dipendenti Pubblici"; 4) Rispetto degli adempimenti previsti dall' art. 23 c. 1 lett. D e c. 2 della L. 33/2013 "Obblighi di pubblicazione concernenti i provvedimenti amministrativi".	n.adempimenti ottemperati nei tempi e modalità previste/n.adempimenti previsti	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%

BUDGET 2024
UOC ARU

OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo
Gestione e monitoraggio della trasmissione all'Assessorato Regionale dei Flussi Informativi ed analisi delle eventuali problematiche rilevate	n. attività espletate nei tempi previsti/n. attività richieste	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 70% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100% - del 15% se compresi tra 70 e 90%.
Redazione CE trimestrale: produzione di relazione dettagliata relativa ai costi sostenuti e ai macroaggregati economici di gestione trasmissione all'UOC SEF entro il 15° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento	n. relazioni trasmesse entro le scadenze fissate/n. relazioni previste	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 75% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 75 e 100%
Rideterminazione dei fondi della contrattazione integrativa e monitoraggio trimestrale sulla relativa spesa	n. proposte rideterminazione fondi effettuate/n. proposte previste	n. proposte effettuate/n. proposte previste	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 50% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n. azioni intraprese/n. attività previste	100%	14	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 50% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n. adempimenti effettuati entro i tempi richiesti dalla collegio e comunque entro 15gg dalla notifica alla UOC/n. tot. richieste notificate alla UOC	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 50% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%
Puntualità nei pagamenti: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 25 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	numero di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	<= 25 gg	14	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio <= 25 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg
Monitoraggio dell'osservanza delle direttive aziendali verso il personale	n. adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n. richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 50% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza	n. adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n. richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 50% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%
Definizione di ruoli e responsabilità nell'attività caratteristica di CoG. Individuazione delle risorse coinvolte nell'attività di controllo dei feedback segnalati dal CoG	Produzione documento che definisca quanto previsto in obiettivo entro giugno 2021	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.
Mappatura e riallocazione del personale nei centri di costo corretti e rilevazione personale non dipendente (ad esclusione del comparto sanitario e personale tecnico addetto all'assistenza)	Mappatura completa delle singole risorse al fine di individuare i centri di costo di competenza e provvedere alla corretta allocazione del personale. Rilevazione del personale non dipendente come disciplinato dal DDG 1215/2016.	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se al Flusso Personale tutte le risorse risulteranno allocate (compresi i non dipendenti) e se il riepilogo dei Direttori di UO all'inizio del report nominativi trasmessi, sarà positivo per almeno il 95% delle risorse allocate.
Gestione del campo "data prima assunzione"	Applicazione delle linee guida, DDG 1215/2016, relativamente alla corretta compilazione del campo "data di prima assunzione"	SI	4	L'obiettivo si intende raggiunto se al Flusso Personale tutti i campi saranno correttamente gestiti.
Riconciliazione del fabbisogno del personale con la dotazione organica (obiettivo condiviso con Area Informatizzazione)	Caricamento a sistema (WHR) del Piano del fabbisogno e riconciliazione con la dotazione organica	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto con l'alimentazione del sistema
Alimentazione del modulo giuridico relativo al personale dipendente	Introduzione di alert e vincoli a sistema che segnalino la mancata alimentazione delle informazioni di carattere giuridico (data prima assunzione, aspettative, inidoneità, % di attribuzione CdC...)	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se al Flusso Personale tutti i campi saranno correttamente gestiti.

BUDGET 2024
UOC PROVVEDITORATO

OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo
Gestione e monitoraggio della trasmissione all'Assessorato Regionale dei Flussi Informativi, ed analisi delle eventuali problematiche rilevate	n.attività espletate nei tempi previsti/n.attività richieste	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 70% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100% - del 15% se compresi tra 70 e 90%.
Redazione CE trimestrale: produzione di relazione dettagliata relativo ai costi sostenuti e ai macroaggregati economici di gestione trasmissione all'UOC SEF entro il 15° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento.	n. relazioni trasmesse entro le scadenze fissate/n. relazioni previste	100%	13	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 75% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 75 e 100%
Puntualità nei pagamenti: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 25 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	n.medio di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	<= 25 gg	14	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio <= 25 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	14	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro i tempi richiesti dalla collegio e comunque entro 15gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	13	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%
Collaborazione alla centrale di committenza ai fini del conseguimento di economie di scala e dell'efficientamento delle procedure di appalto	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	13	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%
Gestione dei contratti multi-CIG assicurando il rispetto delle condizioni indicate dalle linee guida 1277/2017.	Applicazione delle linee guida del DGG 1277/2017 relativamente alla corretta associazione "identificativo contratti-CIG"	SI	4	L'obiettivo si intende raggiunto se alla trasmissione del pilastro beni non vengano rilevati dai controlli Assessoriali errori relativo all'oggetto.
Gestione dei contratti multi-CIG assicurando il rispetto delle condizioni indicate dalle linee guida 1277/2017 (obiettivo Condiviso con UOC Gestione Tecnica-ICT).	Definizione e formalizzazione di ruoli, responsabilità, tempistiche e modalità di coordinamento del personale operativo/strutture organizzative coinvolte nel processo di produzione e controllo di coerenza dei dati prodotti	SI	4	L'obiettivo si intende raggiunto con la produzione del documento indicato e se lo stesso verrà trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.

BUDGET 2024
UOC ECONOMICO FINANZIARIO

OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE
Gestione ed elaborazione dei modelli di rilevazione periodiche economiche e patrimoniali (I/Mod. CE ed SP) e riscontro di ogni richiesta dati da parte della regione inerente il Bilancio e la contabilità aziendale.	n. modelli trasmessi nei tempi previsti/n. modelli richiesti	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori $\geq$ al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	previo escontro entro i termini delle UU.OO. CC.
Puntualità dei pagamenti: registrazione contabile delle fatture su piattaforma di fatturazione elettronica entro 15 gg dalla ricezione delle stesse	n. medio di giornate impiegate per la registrazione delle fatture	$\leq$ 15 gg	20	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio $\leq$ 15 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg	la verifica delle registrazioni verrà effettuata su un campione di 50 fatture
Puntualità dei pagamenti: predisposizione degli ordinativi di pagamento sulla scorta della effettiva trasmissione dei provvedimenti amministrativi adottati dalle Aree competenti	n. medio di giornate impiegate per la definizione delle procedure propedeutiche al processo di pagamento	$\leq$ 20 gg	20	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio $\leq$ 20 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg	previa verifica positiva di equità, DURC, Pignoramenti e disponibilità di cassa
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n. azioni intraprese/n. attività previste	100%	16	L'obiettivo si intende raggiunto per valori $\geq$ al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	fatta eccezione agli effetti contabili afferenti alla procedura straordinaria del Patrimonio che l'Azienda dovrà porre in essere con apposito gara.
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n. adempimenti effettuati entro i tempi richiesti dalla collegio e comunque entro 15gg dalla notifica alla UOC/n. tot. richieste notificate alla UOC	100%	16	L'obiettivo si intende raggiunto per valori $\geq$ al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza	n. adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n. richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	13	L'obiettivo si intende raggiunto per valori $\geq$ al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	

BUDGET 2024
UOC Gestione Tecnica

OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo
Monitoraggio degli interventi edilizi in corso o in programmazione con particolare riferimento a quelli ex art. 71 e 20 assegnati all'area	n. schede di trasmissione e provvedimenti di approvazione prodotte nel rispetto dei termini previsti/n. schede previste (richieste)	100%	14	L'obiettivo si intende raggiunto per valori $\geq$ al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%
Redazione CE trimestrale: produzione di relazione dettagliata relativa ai costi sostenuti o ai macroaggregati economici di gestione trasmissione all'UOC SEF entro il 15° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento	n. relazioni trasmesse entro le scadenze fissate/n. relazioni previste	100%	13	L'obiettivo si intende raggiunto per valori $\geq$ al 75% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 75 e 100%
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza	n. adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n. richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori $\geq$ al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n. adempimenti effettuati entro i tempi richiesti dalla collegio e comunque entro 15gg dalla notifica alla UOC/n. tot. richieste notificate alla UOC	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori $\geq$ al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%
Puntualità nei pagamenti: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 25 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	n. medio di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	$\leq$ 25 gg	13	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio $\leq$ 25 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n. azioni intraprese/n. attività previste	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori $\geq$ al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%
Efficientamento energetico edifici	n. azioni intraprese/n. attività previste	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori $\geq$ al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%

Obiettivi di Staff



BUDGET 2024
UOC STAFF

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	UOS/Servizio di riferimento
1) Tempestività nell'aggiornamento dei DVR delle varie UU.OO. Aziendali ai sensi del D.Lgs 81/2008 e s.m.i. in caso di cambiamenti sostanziali del ciclo produttivo; 2) Programmazione corsi di formazione in materia di tutela della salute e sicurezza dei luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)	1) n. DVR Aggiornati/n. DVR da aggiornare; 2) n. Corsi effettuati/n. Corsi programmati.	1) 80% 2) 70%	9	SPP
Rispetto dell'equilibrio volumi ALPI vs istituzionale	elaborazione report semestrale di verifica volumi alpi vs istituzionale e conseguente gestione anomalie	SI	9	ALPI
Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura aziendale	Numero di telefonate risolte/numero di telefonate ricevute dall'utenza	100%	8	URP
1) Elaborazione del Piano Formativo per l'anno in corso 2) Erogazione e rendicontazione dei corsi del Piano Formativo Aziendale inseriti sul sito del Sistema Regionale Accreditamento ECM	1) Trasmissione del documento programmatico alla Direzione Strategica entro il 31 gennaio dell'anno successivo 2) Numero di corsi del P.F.A. inseriti sul sito erogati e rendicontati/Numero totale di corsi del P.F.A. inseriti sul sito Agenas	1) SI 2) => 50%	8	FORMAZIONE
Controllo, monitoraggio e pianificazione delle attività delle Sale Operatorie dell'ARNAS Civico	Report analisi dei dati attività operatoria	SI/NO	9	COORD SAL OP
Gestione e monitoraggio delle visite di Sorveglianza Sanitaria per il personale	Visite effettuate/visite programmate	80%	8	SORV SANIT
Predisposizione e Aggiornamento della Carta dei Servizi aziendale	trasmissione alla Direzione Aziendale	SI/NO	9	QUALITA'
Monitoraggio periodico dei Tempi di Attesa per le 69 prestazioni ambulatoriali critiche	Riscontro puntuale alle richieste di monitoraggio dell'Assessorato Salute	100%	8	CUP
Coordinamento e monitoraggio dei Progetti Obiettivo di Piano Sanitario Nazionale	Attività di supporto e coordinamento alla predisposizione di proposte progettuali a valere su fondi regionali, nazionali e comunitari N di progetti monitorati/N di progetti finanziati Stesura e trasmissione report semestrale Attribuzione del Codice Unico Progetto ai PO di PSN	SI 100% SI SI	8	SIRS
Inserimento su WHR del Piano del Fabbisogno	supporto tecnico per l'ARU finalizzato alla corretta configurazione dell'applicativo WHR per la gestione del Piano del Fabbisogno	SI/NO	8	ICT Management
Trasferimento pazienti da UUOO aziendali a strutture di riabilitazione	N. pazienti trasferiti/N. richieste pervenute	50%	8	Bed Management
Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	Riscontro puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT	SI/NO	8	



Obiettivi Programmazione e Controllo di Gestione

UOC Programmazione e Controllo di Gestione
2024

OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE
Gestione ed elaborazione del modello di rilevazione LA e riscontro di ogni richiesta dati da parte della regione nei tempi richiesti	n. modelli trasmessi nei tempi previsti/n.modelli richiesti	100%	20		previo invio dei dati, entro i termini, da parte delle UU.OO.CC. di competenza
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	20	L'obiettivo si intende raggiunto per valori $\geq$ al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro i tempi richiesti dal collegio e comunque entro 15gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	20	L'obiettivo si intende raggiunto per valori $\geq$ al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	20		
Invio puntuale dei Flussi Informativi Istituzionali nei tempi previsti	n invii/n previsti	100%	20	L'obiettivo si intende raggiunto per valori $\geq$ al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	



Obiettivi di Area Sanitaria

Dipartimento	Peso
Cardiovascolare	600
Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	194
Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	85
Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	80
Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	58
Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	49
Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	40
Chiusura registro operatorio on-line	35
Tempestività degli interventi a seguito di frattura femore	18
Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. stemi	18
Percorsi aziendali condivisi	10
Azioni previste dal Decreto. Ass. PDTA Cardio Oncol.	7
Attuazione linee guida stemi PDTA Regionale	3
Progettazione e realizzazione di almeno 1 progetto formativo aziendale ECM	3
Dipartimento	Peso
Diagnostica per Immagini e Interventistica	600
Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	120
Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	120
Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami TAC ed RMN	83
Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	72
Controlli di qualità e accettazione	50
Servizi-Miglioramento tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	50
Soddisfazione degli studi fisico-dosimetrici per i piani di terapia richiesti	30
Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami scintigrafici	30
Sicurezza sala operatoria	23
Chiusura registro operatorio on-line	12
Appropriatezza Esami Scintigrafici Misurazione applicazione linee guida	10



Dipartimento	Peso
Medicina Clinica	1000
Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	370
percorsi condivisi Dipartimentale/Interdipartimentale	195
Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	96
Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	80
Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	75
Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS	75
Abbattere la percentuale di drop out dei pazienti presi in carico presso l'UOSD attraverso nuove e diversificate metodologie di follow-up dei Pazienti	50
Aumento prestazioni ambulatoriali (prime visite)	25
Miglioramento della gestione delle richieste di PS	15
Prevenzione della malnutrizione in ospedale	13
Accreditamento SIED	6
Dipartimento	Peso
Oncologico	1000
Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	390
Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	99
Completezza della cartella clinica e radioterapica	80
Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	80
Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	70
Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	60
Chiusura registro operatorio on-line	42
Qualità Flusso Hospice	40
Rispetto dei volumi indicati dal DM 70/2015 in coerenza con le linee guida internazionali sugli standard di qualità per le Breast Unit	40
Sviluppare uno studio osservazionale con campionamento su prescrizione medica specialistica in cure palliative	40
Prevenzione della malnutrizione in ospedale	17
restituzione unità sangue non utilizzate entro 72 ore	15
Appropriatezza Clinico/Organizzativa: Valutazione pazienti ricoverati presso UO Ginecologia Oncologica da avviare o meno a radioterapia	10
Procedure sedazione paziente	10
Applicazione procedura tempistiche esami di primo livello	7



Dipartimento	Peso
Pediatria	900
Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	470
Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	160
Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	85
Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS	80
Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	62
percorsi aziendali condivisi	23
Azioni previste dal Decreto. Ass. PDTA Cardio Oncol.	10
Progettazione e realizzazione di almeno 1 progetto formativo aziendale ECM	10
Dipartimento	Peso
Testa Collo	500
Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	130
Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	130
Chiusura registro operatorio on-line	80
Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	60
Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	50
Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	50



Dipartimento	Peso
Emergenza Urgenza	900
Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	150
Chiusura registro operatorio on-line	147
Tempestività degli interventi a seguito di frattura femore	105
Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	103
Attività di trasporto alle strutture delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale di organi, emoderivati e materiali sanitari	50
Utilizzo del sistema HERO per la registrazione delle prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati e da PS	50
Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	42
Aumento delle competenze degli operatori di PS, in ambito di emergenza urgenza, con particolare riferimento ai privilege.	30
Gestione del rapporto con l'utenza dell'emergenza, secondo le linee guida della Regione siciliana e del Servizio sanitario regionale.	30
Partecipazione del Personale Sanitario alle attività formative di reparto	30
Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	28
Donazione organi	25
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.	20
Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	20
Progettazione e realizzazione di almeno 1 progetto formativo aziendale ECM	20
Aumento numero parti analgesia	15
percorsi aziendali condivisi	15
Azioni previste dal Decreto. Ass. Blood Management	10
Miglioramento della transizione Ospedale - Domicilio dei pazienti cronicamente critici con ventilazione per via tracheostomica	10
Dipartimento	Peso
Materno Infantile	600
Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	143
Gestione Liste di Attesa: rispetto dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in tutte le classi di priorità	73
Farmacoeconomia antibiotici ad uso del reparto	70
Chiusura registro operatorio on-line	67
Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	58
Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	33
Corretta compilazione delle schede per gli accessi vascolari centrali in Terapia intensiva pediatrica	30
Mantenimento normo temperatura intraoperatoria	30
Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	26
Monitoraggio e governo della incidenza dei parti cesarei	24
Elaborazione di un PDTA per pazienti affetti da Talassemia major	15
restituzione unità sangue non utilizzate entro 72 ore	11
Lotta infezioni ospedaliere	10
Revisione delle linee guida del carrello di emergenza del Presidio Di Cristina	10

Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano della performance

La gestione della performance, non si compone del solo processo di budget ma coinvolge tutto il personale dirigente e dipendente dell'Azienda, ciascuno in relazione al ruolo ricoperto. Attraverso la applicazione di questo processo, le diverse articolazioni aziendali possono individuare le priorità, le attività da realizzare, gli obiettivi e il comportamento atteso da parte di tutti i dipendenti.

Il ciclo completo di Gestione della Performance si articola nelle seguenti fasi e le relative responsabilità e coinvolgimenti, secondo lo schema proposto nelle Linee di indirizzo incorporate nel D.A. n°1821 del 26 settembre 2011.

Fase	Soggetti Coinvolti
Fase 1 - Definizione e assegnazione obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, previa negoziazione anche delle risorse umane, tecniche e finanziarie	Direzione strategica Comitato di Budget
Fase 2 - Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse	Comitato di Budget
Fase 3 - Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi	Direzione Strategica UO Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico
Fase 4 - Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	Il Responsabile di Struttura O.I.V.
Fase 5 - Misurazione e valutazione annuale delle Unità organizzative	Comitato di Budget UO Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico O.I.V.
Fase 6 - Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito	Servizio Risorse Umane
Fase 7 - Rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.	Direzione Strategica Servizio Risorse Umane

La misurazione e la valutazione della performance

Il processo annuale di valutazione della performance riguarda tutto il personale dell'Azienda (sia Dirigenza che Comparto) e si estrinseca attraverso la contestuale valutazione della performance organizzativa ed individuale. Fermo restando il disposto di cui all'articolo 3 – comma 2 del Decreto Legislativo n°150/09 relativamente all'oggetto della valutazione, le linee di indirizzo riportate nel Decreto Assessoriale n°1821 del 26 settembre 2011 richiedono infatti che si proceda alla disciplina di due livelli di valutazione:

1- delle strutture complesse e semplici dipartimentali (“valutazione della performance organizzativa”);

2- dei singoli dipendenti e dirigenti (“valutazione della performance individuale”).

Per tutto il personale, comparto e dirigenza, la performance organizzativa della struttura di appartenenza, costituisce parte integrante del processo di erogazione del salario di risultato. Il peso attribuito a tale componente di performance varierà in funzione del livello di responsabilità, risultando massimo per i dirigenti responsabili di struttura e minimo per i ruoli del comparto.

Valutazione della performance organizzativa

La misurazione e la valutazione della performance organizzativa concerne “ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso” (art. 7, co. 2, lett. a, d.lgs. 150/2009) e nelle sue articolazioni organizzative, con riferimento – nel caso specifico dell’Azienda ARNAS Civico – alle Strutture di Dipartimento e le Unità Operative come previsto in sede di Linee di Indirizzo Regionali e secondo modalità conformi alle direttive impartite dalla Commissione di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 150/09.

Gli **ambiti di misurazione e valutazione della performance organizzativa** (art.8.d.lgs. 150/2009) riguardano:

- l’attuazione delle politiche attivate sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- l’attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell’effettivo grado di raggiungimento dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell’organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- l’efficienza nell’impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all’ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- la promozione delle pari opportunità.

Nella misurazione della performance organizzativa i **macro-ambiti di riferimento** sono:

- il grado di attuazione della strategia: ha l’obiettivo di verificare quanto l’unità organizzativa metta in atto la mission aziendale in coerenza con gli obiettivi strategici affidati all’intera Azienda dall’Assessorato regionale della Salute;
- il portafoglio delle attività: ha l’obiettivo di verificare le attività e i servizi con i quali l’unità organizzativa si rapporta agli utenti, all’ambiente di riferimento ed ai portatori di interesse; in funzione dell’area di appartenenza della struttura sono inseriti nelle schede di

valutazione specifici indicatori, in parte derivanti dalle indicazioni della L.R. 5/2009, nonché dal D.A. n°1821 del 24 settembre 2009;

- lo stato di salute dell'unità organizzativa: riguarda la verifica dello stato economico finanziario, nel cui ambito misurare e valutare l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento dei costi e la sicurezza del luogo di lavoro.

Al termine del processo formale di determinazione e distribuzione degli obiettivi annuali, viene prodotta una scheda per la misurazione e la valutazione degli obiettivi organizzativi che comprenderà molteplici aree, direttamente o indirettamente collegate agli ambiti di riferimento di cui sopra, ma comunque in coerenza con quanto già descritto precedentemente.

Il punteggio complessivo conseguito dall'Unità organizzativa viene espresso in centesimi, ed indica il grado di conseguimento della performance organizzativa.

La misurazione dei risultati prevede che in azienda sia definito un processo di raccolta dei dati necessari della valorizzazione degli indicatori. Tale processo è abitualmente avviato dal Controllo di Gestione, che si avvale dei dati del sistema informativo aziendale, delle informazioni raccolte e verificate dalle altre strutture aziendali, e delle eventuali controdeduzioni formulate dai Responsabili di Struttura in corso d'anno o alla conclusione della prima iterazione della fase di verifica. Il modello di Scheda di Valutazione della Performance organizzativa (o di Struttura) può essere liberamente visionato all'interno dello specifico Regolamento Aziendale.

Valutazione della performance individuale dei dirigenti e del comparto

La misurazione e valutazione annuale della performance individuale riguarda tutto il personale dell'azienda, e, in base a quanto previsto dall'articolo 9 del D.lgs. n°150/09, è collegata "al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali, alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze dimostrate e ai comportamenti professionali e organizzativi".

Gli scopi prioritari della misurazione e valutazione della performance individuale (Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance - Presidenza del Consiglio dei ministri Dipartimento della Funzione Pubblica, Ufficio per la valutazione della performance - N. 2 Dicembre 2017) sono i seguenti:

- evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- chiarire e comunicare che cosa ci si attende, in termini di risultati e comportamenti, dalla singola persona;
- supportare le persone nel miglioramento della loro performance (generare allineamento con gli obiettivi complessivi dell'azienda);
- valutare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona (supportare l'allineamento);
- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole;
- premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane.

Il processo, i criteri e le regole di misurazione e valutazione delle performance vengono dettagliatamente esplicitati negli specifici regolamenti aziendali, tutti liberamente consultabili sul sito istituzionale.

Sperimentazione schede valutazione di prima istanza Dirigenza Sanitaria Medica

Il Decreto Assessoriale n.1563 del 14/12/2023 – Approvazione della proposta di sperimentazione degli strumenti di valutazione di prima istanza della Dirigenza Sanitaria Medica nella Regione Siciliana, individua l'ARNAS Civico G.Di Cristina Benfratelli fra le Aziende che prenderanno parte alla sperimentazione applicativa delle schede di cui all'oggetto del decreto.

Le schede, già condivise con i Direttori di Dipartimento e con le OOSS, verranno proposte per aree di attività omogenee come da tabelle a seguire in parallelo alle schede già in uso da Regolamento Aziendale.

Con nota prot.n.979 del 15/01/2024 la Struttura Tecnica di Supporto all'OIV ha preannunciato l'imminente fase di sperimentazione a tutti gli stakeholder coinvolti.

Scheda di Valutazione di Prima Istanza
UOC _____

Dirigente: _____ Nome: _____ Cognome: _____
Incarico: _____
Valutatore: _____

Area Emergenza

Gestione della casistica, dei processi e degli esiti clinici

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Area degenza (compresa T.I.)	n. ricoveri accettati/ n. ricoveri totali				
	n. dimissioni effettuate/ n. dimissioni totali (compilazione SDO)				
Pronto Soccorso	n. pazienti dimessi (a domicilio, a struttura ambulatoriale, trasferimento in altre strutture in assenza di pp. II. aziendali competenti per disciplina)				
	n. pazienti dimessi dopo prima presa in carico				
	n. di consulenze specialistiche richieste				
	n. pazienti presi in carico per codice colore				
Attività certificativa (compilazione INAIL e INPS, diagnosi, prognosi, anagrafica) in casi di incidenti stradali, sul lavoro, ricovero/trasferimento paziente	n. di richieste correzioni post dimissione				
Anestesia	n. sedute operatorie effettuate presso UO ad alta complessità (o per procedure ad alta complessità)				
	n. interventi chiusi su sistema Ormaweb entro 48 ore dalla fine dell'intervento (per la parte di competenza anestesiológica)				
Altra Linea Operativa	concordata fra Direttore UOC e Dirigente Medico				
Totale			50		

Comportamenti/Servizio

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Servizio di Guardia/Reperibilità	n. turni pomeridiani				
	n. guardie notturne				
	n. guardie/reperibilità festive e prefestive				
ob. legati ai comportamenti	puntuale formalizzazione delle assenze per congedi ordinari, straordinari, permessi e benefici di legge				
	puntualità in servizio				
	segnalazioni negative da parte dell'URP				
	n. procedimenti disciplinari negativamente esiti				
Totale			30		

Attività scientifica/Formazione

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Qualità: partecipazione a procedure/istruzioni operative interne alla UO/dipartimento/azienda	n. partecipazioni garantite/n. partecipazioni richieste				
Formazione: proposta e sviluppo di almeno un argomento di approfondimento da discutere nell'ambito della UO/dipartimento	n. proposte effettuate/sviluppate				
Formazione: partecipazione agli incontri di approfondimento proposti dai dirigenti della UO/ dipartimento	n. partecipazioni/n. incontri proposti				
Altra attività scientifica					
Totale			20		

Scheda di Valutazione di Prima Istanza
UOC _____

Dirigente: _____ Nome: _____ Cognome: _____
Incarico: _____
Valutatore: _____

Area Chirurgica

Gestione della casistica, dei processi e degli esiti clinici

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Reparto degenza	n. ricoveri accettati/ n. ricoveri totali				
	n. dimissioni effettuate/ n. dimissioni totali (compilazione SDO)				
Area Ambulatoriale	n. prestazioni per esterni				
	n. consulenze/prestazioni per pazienti interni (compreso PS)				
Attività chirurgica	n. interventi da primo operatore				
	n. interventi da secondo operatore				
	verifica sull'applicazione e la corretta compilazione della check list di Sala Operatoria (primo operatore)				
	n. interventi chiusi su sistema Ormaweb entro 48 ore dalla fine dell'intervento (per la parte di competenza chirurgica)				
Altra Linea Operativa	concordata fra Direttore UOC e Dirigente Medico				
Totale			50		

Comportamenti/Servizio

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Servizio di Guardia/Reperibilità	n. guardie pomeridiane				
	n. guardie notturne				
	n. guardie/reperibilità festive e prefestive				
ob. legati ai comportamenti	puntuale formalizzazione delle assenze per congedi ordinari, straordinari, permessi e benefici di legge				
	puntualità in servizio				
	segnalazioni negative da parte dell'URP				
	procedimenti disciplinari				
Totale			30		

Attività scientifica/Formazione

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Qualità: partecipazione a procedure/istruzioni operative interne alla UO/dipartimento/azienda	n. partecipazioni garantite/n. partecipazioni richieste				
Formazione: proposta e sviluppo di almeno un argomento di approfondimento da discutere nell'ambito della UO/dipartimento	n. proposte effettuate/sviluppate				
Formazione: partecipazione agli incontri di approfondimento proposti dai dirigenti della UO/ dipartimento	n. partecipazioni/n. incontri proposti				
Altra attività scientifica					
Totale			20		

Scheda di Valutazione di Prima Istanza
UOC _____

Dirigente: _____ Nome: _____ Cognome: _____
Incarico _____
Valutatore _____

Area Medica

Gestione della casistica, dei processi e degli esiti clinici

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Reparto degenza	n. ricoveri accettati/ n. ricoveri totali				
	n. dimissioni effettuate/ n. dimissioni totali (compilazione SDO)				
Area Ambulatoriale	n. prestazioni per esterni				
	n. consulenze/prestazioni per pazienti interni (compreso PS)				
Attività diagnostica	n. procedure effettuate				
Altra Linea Operativa	concordata fra Direttore UOC e Dirigente Medico				
Totale			50		

Comportamenti/Servizio

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Servizio di Guardia/Reperibilità	n. guardie pomeridiane				
	n. guardie notturne				
	n. guardie/reperibilità festive e prefestive				
ob. legati ai comportamenti	puntuale formalizzazione delle assenze per congedi ordinari, straordinari, permessi e benefici di legge				
	puntualità in servizio				
	segnalazioni negative da parte dell'URP				
	procedimenti disciplinari				
Totale			30		

Attività scientifica/Formazione

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Qualità: partecipazione a procedure/istruzioni operative interne alla UO/dipartimento/azienda	n. partecipazioni garantite/n. partecipazioni richieste				
Formazione: proposta e sviluppo di almeno un argomento di approfondimento da discutere nell'ambito della UO/dipartimento	n. proposte effettuate/sviluppate				
Formazione: partecipazione agli incontri di approfondimento proposti dai dirigenti della UO/ dipartimento	n. partecipazioni/n. incontri proposti				
Altra attività scientifica					
Totale			20		

Scheda di Valutazione di Prima Istanza
UOC _____

Dirigente: _____ Nome: _____ Cognome: _____
Incarico _____
Valutatore _____

Area Servizi (Laboratori, Diagnostica per immagini)

Gestione della casistica, dei processi e degli esiti clinici

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Area Ambulatoriale	Elaborazione documento con tempi medi di consegna referti/emocomponenti per utenza esterna	si			
	Volumi prestazionali richiesti e espletati in equipe per utenza esterna	95-100%			
	Ottemperanza alle direttive impartite	100%			
	Proposta di implementazione dell'offerta analitica	si			
	Revisione offerta analitica con eventuale eliminazione di esami obsoleti e/o inappropriati	si			
Altra Linea Operativa	concordata fra Direttore UOC e Dirigente Medico				
Totale			50		

Comportamenti/Servizio

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Servizio di Guardia/Reperibilità	n.guardie pomeridiane				
	n.guardie notturne				
	n.guardie/reperibilità festive e prefestive				
ob.legati ai comportamenti	puntuale formalizzazione delle assenze per congedi ordinari, straordinari, permessi e benefici di legge				
	puntualità in servizio				
	segnalazioni negative da parte dell'URP				
	procedimenti disciplinari				
Totale			30		

Attività scientifica/Formazione

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Qualità: partecipazione a procedure/istruzioni operative interne alla UO/dipartimento/azienda	n. partecipazioni garantite/n.partecipazioni richieste				
Formazione: proposta e sviluppo di almeno un argomento di approfondimento da discutere nell'ambito della UO/dipartimento	n. proposte effettuate/sviluppate				
Formazione: partecipazione agli incontri di approfondimento proposti dai dirigenti della UO/ dipartimento	n.partecipazioni/n.incontri proposti				
Altra attività scientifica					
Totale			20		

Scheda di Valutazione di Prima Istanza
UOC _____

Dirigente: _____ Nome: _____ Cognome: _____
Incarico: _____
Valutatore: _____

Area Servizi (Direzione Medica Presidio)

Gestione della casistica, dei processi e degli esiti clinici

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Medicina legale	n.pratiche svolte/n.pratiche assegnate				
Ispezione e Vigilanza (rifiuti, vitto, igiene e microclima)	n. ispezioni svolte				
Certificazione	n. certificazioni richieste/n. certificazioni effettuate				
Flussi Informativi	n.flussi trasmessi nei tempi previsti/n.flussi trasmessi				
Partecipazione a Commissioni di Istituto	n. partecipazioni garantite/n. partecipazioni richieste				
Altra Linea Operativa	concordata fra Direttore UOC e Dirigente Medico				
Totale			50		

Comportamenti/Servizio

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Servizio di Guardia/Reperibilità	n.guardie pomeridiane				
	n.guardie notturne				
	n.guardie/reperibilità festive e prefestive				
ob.legati ai comportamenti	puntuale formalizzazione delle assenze per congedi ordinari, straordinari, permessi e benefici di legge				
	puntualità in servizio				
	segnalazioni negative da parte dell'URP				
	procedimenti disciplinari				
Totale			30		

Attività scientifica/Formazione

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Qualità: partecipazione a procedure/istruzioni operative interne alla UO/dipartimento/azienda	n. partecipazioni garantite/n.partecipazioni richieste				
Formazione: proposta e sviluppo di almeno un argomento di approfondimento da discutere nell'ambito della UO/dipartimento	n. proposte effettuate/sviluppate				
Formazione: partecipazione agli incontri di approfondimento proposti dai dirigenti della UO/ dipartimento	n.partecipazioni/n.incontri proposti				
Altra attività scientifica					
Totale			20		

Scheda di Valutazione di Prima Istanza

UOC _____

Dirigente: _____

Nome: _____

Cognome: _____

Incarico _____

Valutatore _____

Area Staff

Gestione della casistica, dei processi e degli esiti clinici

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Relativa all'incarico specifico	ind 1				
	ind 2				
	ind 3				
Altra Linea Operativa	concordata fra Direttore UOC e Dirigente Medico				
Totale			50		

Comportamenti/Servizio

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Servizio di Guardia/Reperibilità	n.guardie pomeridiane				
	n.guardie notturne				
	n.guardie/reperibilità festive e prefestive				
ob.legati ai comportamenti	puntuale formalizzazione delle assenze per congedi ordinari, straordinari, permessi e benefici di legge				
	puntualità in servizio				
	segnalazioni negative da parte dell'URP				
	procedimenti disciplinari				
Totale			30		

Attività scientifica/Formazione

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Qualità: partecipazione a procedure/istruzioni operative interne alla UO/dipartimento/azienda	n. partecipazioni garantite/n.partecipazioni richieste				
Formazione: proposta e sviluppo di almeno un argomento di approfondimento da discutere nell'ambito della UO/dipartimento	n. proposte effettuate				
Formazione: partecipazione agli incontri di approfondimento proposti dai dirigenti della UO/ dipartimento	n.partecipazioni/n.incontri proposti				
Altra attività scientifica					
Totale			20		

2.3 Prevenzione della corruzione e trasparenza 2024 – 2026

Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2023-2025 - Aggiornamento 2024, è stato adottato con delibera n.16 del 5 gennaio 2024.

PREMESSA

Il nuovo Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), approvato definitivamente dal Consiglio dell'Autorità in data 17/01/2023, vuole dare risposte concrete ed efficaci in termini di prevenzione della corruzione e trasparenza pur collocandosi in una stagione estremamente complessa e articolata per la pubblica amministrazione italiana, profondamente segnata dai cambiamenti introdotti dalle riforme poste in essere per consentire al nostro paese di mantenere fede ai numerosi impegni assunti in Europa con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Anche quest'anno, peraltro, il Piano si colloca nel corso di una crisi pandemica ancora irrisolta e che tuttora richiede l'attivazione di misure di contrasto e di contenimento per affrontare l'emergenza epidemiologica, adeguando i modelli organizzativi ed operativi delle aziende sanitarie, con una continua riallocazione di risorse umani e strumentali. Nella nostra Azienda, le attività legate al ricovero e cura di pazienti COVID-19 nel 2022 sono risultate ancora significative, mantenendo alta l'attenzione della Direzione per le inevitabili ripercussioni su tutte le attività organizzative, anche se la fine dello stato di emergenza nazionale e, soprattutto, la totale copertura vaccinale del personale sanitario ha reso meglio gestibili che in passato le misure poste in essere per la crisi pandemica.

In tale contesto, sempre maggiore rilievo assume il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), introdotto dal legislatore all'articolo 6 del decreto-legge n. 80/2021 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", il cosiddetto "Decreto Reclutamento", poi convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113. Nell'intento del legislatore, il PIAO deve rivestire un ruolo determinante per realizzare una programmazione integrata, creando i presupposti per la costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale e per una graduale riorganizzazione dei processi operativi delle amministrazioni, nell'ottica di una progressiva semplificazione e di un incremento di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa.

Il nuovo PNA dedica molto spazio e fornisce precise indicazioni circa le metodologie e gli strumenti per elaborare gli obiettivi strategici in tema di anticorruzione e trasparenza, l'analisi del contesto esterno ed interno, la mappatura dei processi e dei possibili rischi corruttivi, le misure organizzative e gli indicatori di attuazione, la programmazione della trasparenza, tutto in un'ottica di piena integrazione con le altre sezioni del PIAO, con particolare riguardo alla performance. In tale contesto, molta enfasi viene riservata alle azioni di monitoraggio, ai rapporti di stretta collaborazione fra l'RPCT, gli altri responsabili delle sezioni del PIAO e i componenti dell'OIV. Viene inoltre sottolineata l'importanza del collegamento fra RPCT e i dipartimenti/uffici competenti nella gestione delle risorse del PNRR ai fini dello sviluppo di attività di coordinamento, monitoraggio e rendicontazione degli interventi programmati. Proprio a tale riguardo, particolare rilievo viene attribuito alla disciplina dei contratti pubblici, anche in considerazione delle numerose disposizioni introdotte, sia a carattere speciale che derogatorio, nella normativa vigente, non soltanto al fine di prevenire possibili eventi corruttivi e della trasparenza, ma anche di migliorare la qualità dell'azione amministrativa.

Il presente PTPCT non vuole costituire un semplice aggiornamento del precedente, pur mantenendone l'impianto, ma intende mettere a sistema, per il triennio di riferimento 2023-2025, le indicazioni riportate nel nuovo PNA, con particolare riguardo alla sua integrazione, gestionale ed

organizzativa, nel PIAO ed alla implementazione delle nuove misure anti corruttive e di trasparenza riferibili alle aree di maggior rischio corruttivo, inclusi i contratti pubblici ed il *pantouflage*.

Questo PTPCT, adottato ai sensi del comma 8 dell'art.1 della Legge 190/2012, costituisce la naturale evoluzione dell'ultimo Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione adottato dal Direttore Generale con delibera atto n. 598 del 29 Aprile 2022 su proposta dell'allora Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, Dott.ssa Paola Vitale. Naturalmente la finalità generale del Piano è quella di dare attuazione al comma 5 dell'art. 1 della L. 190 del 06/11/2012 recante "...Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione...", disposizioni che si inseriscono in un quadro normativo, nazionale ed internazionale, volto a neutralizzare ovvero minimizzare il rischio di pratiche corruttive nell'agire quotidiano della pubblica amministrazione.

In particolare, questo PTPCT, pur nella consapevolezza delle iniziali difficoltà incontrate e della gradualità intrinseca delle novità introdotte, pone le basi per un'azione di prevenzione della corruzione e di trasparenza nel contesto di una programmazione integrata e coordinata con altri settori del PIAO, con particolare riferimento alla performance ed al capitale umano. Nella fattispecie, questo PTPCT prevede di mettere a sistema le novità introdotte dal nuovo PNA anche attraverso le seguenti azioni: (a) ricognizione e revisione della mappatura dei processi e dei relativi rischi corruttivi; (b) riorganizzazione e semplificazione delle attività di monitoraggio, complessivo sul PTPCT ed integrato del PIAO; (c) creazione di una rete aziendale di referenti del PTPCT, in rappresentanza sia di uffici/servizi amministrativi che di UU.OO. sanitarie; (d) attività di informazione/formazione, rivolta ai referenti aziendali e, con meccanismo a cascata, a tutto il personale; (e) attuazione degli obblighi di trasparenza; (f) gestione ed ottimizzazione dei flussi informativi.

In ultima analisi, l'integrazione del PTPCT nel PIAO, la sistematizzazione delle nuove indicazioni del PNA e l'adeguamento alle modifiche normative, specialmente quelle relative al PNRR, costituiscono strategie e strumenti attraverso cui la nostra Azienda ARNAS-Civico vuole realizzare azioni che siano presupposti e moltiplicatori di valore pubblico, per giungere gradualmente all'implementazione di un sistema organizzativo e gestionale sano, con importanti ricadute non soltanto sui servizi offerti, ma anche sulla qualità della vita e sul benessere economico e sociale del cittadino.

IL CONCETTO DI CORRUZIONE

In linea generale la corruzione può essere definita come quel "reato consistente nel particolare accordo (c.d. *pactum sceleris*) tra un funzionario pubblico e un soggetto privato, mediante il quale il funzionario accetta dal privato, per un atto relativo alle proprie attribuzioni, un compenso che non gli è dovuto" o più semplicemente come "un abuso del pubblico ufficiale per un guadagno privato".

Nella pubblica amministrazione la corruzione è un fenomeno che interessa il rapporto tra gli uffici pubblici e i cittadini: il potere pubblico è sviato dal suo naturale esercizio e tradisce i valori dell'etica pubblica, che si individuano in regole dell'agire umano generalmente condivise e spesso riconosciute in norme cogenti.

Il fenomeno corruttivo, così come rappresentato dalla legge 190/2012 e dai Piani Nazionali Anticorruzione, costituisce un fenomeno più ampio dello specifico reato di corruzione nel complesso dei reati contro la pubblica amministrazione: esso coincide infatti con la "*maladministration*", intesa in senso lato come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Nella definizione delle misure anticorruzione e della trasparenza occorre quindi considerare atti e

comportamenti che, anche se non costituiscono per se reati specifici, contrastano con la cura primaria dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini all'imparzialità delle amministrazioni ed ai soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

La corruzione amministrativa è un fenomeno che coinvolge le pubbliche amministrazioni, quindi i rapporti tra le persone, in qualità di cittadini, e gli uffici pubblici. Questo accade quando il potere pubblico viene deviato dalla sua naturale esplicazione, tradendo i valori della c.d. etica pubblica che si incarna in regole dell'agire umano generalmente condivise e spesso riconosciute in norme cogenti. Il corretto esercizio del potere pubblico si esplica infatti non soltanto nel rispetto del principio di legalità, ma anche in relazione ad un'ampia rispondenza a valori etici, morali, sociali e giuridici. Questi valori ispirano l'agire corretto nell'ambito della Pubblica Amministrazione così come trasposto dalla Carta costituzionale nella locuzione di "buon andamento".

L'etica pubblica definisce il corretto agire degli attori al servizio della collettività in tutta la sua pienezza, dal rispetto della legge sino alla soddisfazione ultima degli interessi protetti, alle giuste aspirazioni dei cittadini utenti, nel rispetto della loro dignità. Ed è proprio sull'identificazione e sulla valorizzazione di regole etiche che il legislatore ha focalizzato la sua attenzione nell'attività di riforma della normativa anticorruzione a partire dalla legge 190 del 6 novembre 2012. Le riforme nascono, infatti, dalla consapevolezza che, a fronte di un fenomeno così variegato come quello corruttivo, anche gli strumenti da adottare devono essere diversificati: la corruzione penalmente rilevante si combatte principalmente con la repressione, cioè con l'erogazione di sanzioni; viceversa, le forme di malcostume rilevanti per il diritto amministrativo si combattono con meccanismi organizzativi e procedurali indirizzati alla prevenzione del fenomeno corruttivo, agendo quindi sui controlli amministrativi e sulla trasparenza e puntando sulla deontologia e sulla formazione del personale.

In tal senso, il legislatore ha posto l'etica professionale al centro della missione amministrativa ed ha imposto alla stessa una serie di norme e di comportamenti al fine di garantire, in assoluta trasparenza, qualità nell'erogazione dei servizi e di rispondere delle attività poste in essere, sia in termini di scelta che di spesa pubblica.

IL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA (RPCT)

Il RPCT rappresenta per l'Azienda la figura centrale ed il perno organizzativo dell'attuazione delle politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza. La figura del RPCT è stata istituita dalla legge n. 190 del 2012 che stabilisce che ogni amministrazione deve approvare un Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) al fine di valutare e verificare il livello di esposizione degli uffici al rischio corruttivo e di identificare gli interventi gestionali ed organizzativi necessari per mitigarlo. La predisposizione e la verifica dell'attuazione di detto PTPCT sono, appunto, in carico al RPCT.

Sulla scorta delle più recenti novità introdotte con il nuovo PNA, alla figura del RPCT spetta il compito non soltanto di assicurare l'efficace attuazione del PTPCT, ma anche la sua integrazione con il Piano della Performance e la verifica puntuale del rispetto del Codice di Comportamento Aziendale.

L'ANAC, nella determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 e nella delibera n. 831 del 3 agosto 2016, cui questo PTPCT ed il precedente si sono adeguati, ha ribadito che il RPCT deve svolgere le proprie funzioni in condizioni di indipendenza e di garanzia dall'organo di indirizzo, così come sancito dalla Legge 190/2012. Le succitate determinazione e delibera ANAC ribadiscono, inoltre, che il RPCT debba essere dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata al compito da svolgere, sia per qualità del personale che per risorse e mezzi tecnici.

Il Direttore Generale, con deliberazione 1228 del 23/09/2022, ha nominato il nuovo RPCT nella persona dello scrivente, Dott. Giuseppe Carruba, dirigente medico Responsabile dell'UOS Servizio di Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria (SIRS) e dell'UOC Coordinamento STAFF della Direzione Strategica.

I compiti del RPCT posso essere così riassunti

- predispone – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – annualmente, entro il termine del 31 Gennaio, il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) e lo sottopone all'Organo di Indirizzo per la necessaria approvazione ed adozione mediante idoneo provvedimento; il Piano viene quindi pubblicato sul sito internet aziendale dell'Azienda (www.arnascivico.it), nella sezione Amministrazione Trasparente → Altri Contenuti → Prevenzione della Corruzione (art.1, comma 8).
- verifica l'efficace attuazione del PTPCT e la sua idoneità attuando il coordinamento tra il PTPCT e le iniziative previste dalla normativa per la trasparenza (comma 10 lett. a) e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni o anche quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- il RPCT segnala all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) eventuali "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- redige la relazione annuale che descrive i risultati dell'attività svolta, tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nel PTPCT, e ne cura la pubblicazione sul sito aziendale nei termini stabiliti dall'ANAC;
- cura la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione ed il monitoraggio annuale della loro attuazione;
- valuta con i dirigenti delle articolazioni aziendali competenti, modalità attuabili di rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento di attività a rischio corruttivo (art. 1, comma 10, lett. b);
- individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi della corruzione, dell'etica e della legalità (art.1, comma 10, lett. c);
- vigila, ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 39/2013, sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità ed incompatibilità di incarichi.

Premesso che l'ANAC auspica l'estensione delle responsabilità in caso di commissione di reati o di violazione delle misure del PTPCT anche agli organi di indirizzo, sull'RPCT gravano le responsabilità previste dalla Legge n. 190/2012, che tuttavia non ne definisce chiaramente il regime.

Il presente PTPCT prevede, in ottemperanza all'attuale quadro normativo, nel caso di un reato di corruzione accertato, commesso all'interno dell'Amministrazione, con sentenza passata in giudicato, la responsabilità in capo all'RPCT di tipo dirigenziale, disciplinare, per danno erariale e all'immagine dell'Azienda, a meno che il Responsabile non dimostri di avere provveduto alla predisposizione del PTPCT prima della commissione del fatto e di avere vigilato sul funzionamento e sull'osservanza dello stesso. La vigente normativa stabilisce, inoltre, che la violazione, da parte dei dipendenti dell'Amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal PTPCT, costituisce illecito disciplinare.

Nel caso in cui, nello svolgimento della sua attività, il RPCT riscontri dei fatti che possono assumere rilevanza disciplinare, deve darne immediata notizia al dirigente preposto all'ufficio a cui il dipendente è addetto o al dirigente sovraordinato, se trattasi di dirigente, e all'Ufficio

Procedimenti Disciplinari (UPD), affinché possa essere avviata tempestivamente l'opportuna azione disciplinare.

Ove riscontri dei fatti suscettibili di dare luogo a responsabilità amministrativa, deve presentare, obbligatoriamente, tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei Conti, per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale (art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art. 1, comma 3, 1. n. 20 del 1994).

Ove riscontri dei fatti che rappresentano notizia di reato, deve presentare, obbligatoriamente, denuncia alla Procura della Repubblica o ad un Ufficiale di Polizia Giudiziaria con le modalità previste dalla legge (art. 331c.p.p.), dandone contestuale comunicazione all'ANAC.

L'UFFICIO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA (PCT)

L'Ufficio per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, istituito con delibera 512 del 11/11/2014, è stato recentemente riorganizzato per consentire all'RPCT una migliore e più efficace azione rivolta alla prevenzione del rischio corruttivo nelle aree sensibili identificate, al monitoraggio delle attività previste nel PTPCT ed alla integrazione nella programmazione e nel PIAO con le altre sezioni interessate, in particolare con la performance e con il capitale umano.

Ciò anche in ottemperanza a quanto indicato nella Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica che, tra l'altro, sottolinea come "considerato il delicato compito organizzativo e di raccordo che deve essere svolto dal Responsabile della prevenzione, le amministrazioni devono assicurargli un adeguato supporto, mediante assegnazione di adeguate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti delle disponibilità in bilancio".

Tra i compiti dell'Ufficio che supporta l'attività del RPCT, riveste una particolare attenzione il monitoraggio con cadenza semestrale della corretta applicazione del Piano anche attraverso ripetute interlocuzioni con le aree e i settori a rischio, inoltre cura l'organizzazione di eventi formativi dedicati al personale addetto alle aree maggiormente a rischio e ai referenti, mantiene i contatti con tutti i referenti si occupa della corrispondenza e della gestione dell'agenda del RPCT.

In atto, l'Ufficio PCT ha avuto assegnata una unità di personale di coadiutore amministrativo, nella persona della Sig.ra Lucia Stallone, e può anche avvalersi di supporto amministrativo esterno all'ufficio, ma sempre nell'ambito del personale amministrativo dell'UOC di Coordinamento STAFF aziendale.

I REFERENTI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Ciascuna unità operativa/servizio/ufficio aziendale, sia del Dipartimento sanitario che di quello amministrativo, ha già identificato un referente per la prevenzione della corruzione, realizzando così una rete aziendale di referenti anticorruzione.

I Referenti svolgono attività informativa nei confronti dell'RPCT affinché questo abbia elementi e riscontri per la definizione del PTPCT ed il monitoraggio sull'attuazione delle misure di contrasto.

In particolare, i Referenti devono:

- vigilare, per quanto attiene alla loro funzione ed area di competenza, sulla regolare applicazione delle disposizioni contenute nel Piano;
- farsi promotori di eventuali modifiche e/o integrazioni del PTPCT in relazione ad eventuali significative violazioni e/o modifiche che dovessero intervenire sull'assetto aziendale;
- individuare le condizioni permettenti all'applicazione dei criteri di rotazione del personale operante in aree esposte al rischio corruttivo;
- concorrere alla vigilanza su eventuali situazioni di incompatibilità e inconferibilità di incarichi o di conflitto di interesse, anche potenziale, dei dipendenti;

- garantire il rispetto della normativa in tema di trasparenza;
- controllare la corretta applicazione e il rispetto del Codice di Comportamento Aziendale. A tal proposito i Referenti dovranno attestare all'RPCT eventuali inosservanze e se siano stati assunti relativi provvedimenti;
- partecipare, nell'ambito delle unità operative e dei servizi/uffici interessati, alla raccolta e alla trasmissione dei files contenenti i dati da pubblicare, in maniera chiara e completa e nel rispetto della tempistica prevista.

GLI OBIETTIVI STRATEGICI DEL PTPCT

Il PTPCT è il documento che definisce la strategia di prevenzione della corruzione e della trasparenza in ambito aziendale. Tale strategia origina da una preliminare analisi dell'organizzazione, delle regole e delle prassi di funzionamento dell'azienda stessa in vista di una possibile esposizione al rischio corruttivo.

Gli obiettivi strategici, riconducibili essenzialmente all'obiettivo generale della creazione del valore pubblico, possono essere schematicamente riassunti come segue:

- revisione della mappatura dei processi e dell'analisi dei rischi corruttivi;
- adeguamento dei flussi informativi e della comunicazione, anche attraverso la loro progressiva digitalizzazione;
- incremento dell'accessibilità e fruibilità delle informazioni e della trasparenza agli stakeholder interni ed esterni;
- promozione della parità di genere, anche attraverso la definizione di un Gender Equality Plan (GEP), per la quale si è già costituito un gruppo di lavoro multiprofessionale (delibera 1730 del 21/12/2022) e che è stato recentemente adottato con atto deliberativo 1875 del 19/12/2023;
- attività di formazione dedicata alla prevenzione della corruzione, alla trasparenza ed al codice di comportamento, rivolta sia alla rete dei referenti che a tutto il personale aziendale, utilizzando un meccanismo di formazione "a cascata";
- partecipazione a reti territoriali/nazionali di RPCT per la condivisione di best practices;
- integrazione del PTPCT nel PIAO, anche al fine del miglioramento del ciclo della performance;
- identificazione di un sistema di indicatori per il monitoraggio del PTPCT per se e/o, in una logica di integrazione, della sezione anticorruzione del PIAO;
- rafforzamento delle misure per la prevenzione della corruzione, per la comunicazione e la trasparenza, con particolare riferimento alla gestione dei fondi del PNRR e comunitari e degli appalti pubblici.

IL CONTESTO ESTERNO

Il rischio corruttivo può essere veicolato all'interno di un'organizzazione in relazione alle specificità dell'ambiente nel quale essa opera. Pertanto, l'analisi del contesto sociale ed economico locale nel quale l'azienda ARNAS-Civico è collocata assume notevole rilevanza per valutare le potenziali minacce alla tenuta della legalità dell'azienda e la sua "permeabilità" alla corruzione.

Nel valutare la rilevanza del contesto socioeconomico esterno va tenuto comunque conto che l'ARNAS-Civico non è un ente con funzioni regolatorie generali o di governo territoriale, ma un'azienda sanitaria, produttiva specialistica, caratterizzata da un'utenza proveniente dall'intero contesto regionale. Occorre pertanto non sottovalutare i fattori di rischio potenzialmente generati dalla criminalità nell'intero territorio regionale, anche in considerazione delle dimensioni dell'azienda stessa.

L'analisi del contesto esterno ha messo in evidenza alcune caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Azienda opera, con riferimento, ad esempio, a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio, che possono facilitare il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. Il contesto esterno, sia dal punto di vista economico e sociale che da quello dello sviluppo dei fenomeni criminali, mostra una molteplicità di elementi assai variegati. La prevenzione e la repressione delle infiltrazioni mafiose e, più in generale, la trasparenza nel settore dei lavori pubblici e degli appalti rappresentano, pertanto, problematiche per le quali deve essere mantenuto costante un livello elevato di vigilanza ed un'efficace attività di contrasto.

Per contrastare i problemi che incidono sulla performance economica, causati dall'ambiente esterno, questa azienda ha assunto un impegno quotidiano a svolgere le proprie attività non solo con la massima trasparenza e attenzione al rispetto delle leggi, in ottemperanza a quanto richiesto dalla normativa vigente e dal nuovo PNA, ma impegnandosi in modo particolare a soddisfare i bisogni e le aspettative di salute di ogni cittadino, assicurando in qualsiasi circostanza, la cura più adeguata, per concorrere al benessere ed alla tutela della salute della persona e quindi, in ultima analisi, alla creazione di valore pubblico.

IL CONTESTO INTERNO

Per quanto riguarda la descrizione del contesto interno, i dati relativi a qualità e quantità del personale dipendente, alla distribuzione di ruoli e responsabilità secondo il genere ed alle risorse, umane e finanziarie, in atto disponibili si rimanda a quanto riportato nelle sezioni dedicate di questo PIAO.

Benché l'ARNAS-Civico rappresenti una delle aziende ospedaliere più grandi del meridione d'Italia, nessun fatto corruttivo penalmente rilevante è stato accertato relativamente all'anno 2023. I procedimenti disciplinari seguiti a violazioni accertate al codice di comportamento per l'anno 2023 sono stati 10, l'83% del totale delle segnalazioni ricevute (n 12). Di queste ultime, il 67% (n 8) hanno interessato il comparto sanità ed il restante 33% (n 4) la dirigenza medica e sanitaria. Nel 2023 non è stata ricevuta alcuna segnalazione di whistleblowing.

LA MAPPATURA DEI PROCESSI

Seppure la mappatura dei processi e l'analisi degli eventuali rischi connessi debba essere considerata parte integrante del contesto interno, essa tuttavia merita una trattazione separata alla luce della fondamentale importanza che riveste per la definizione e l'implementazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Inoltre, l'introduzione del percorso di integrazione programmatoria del PTPCT nel PIAO, così come l'enfasi posta dall'ANAC nei processi legati alla gestione delle risorse proprie del PNRR e dei fondi comunitari a gestione indiretta (fondi strutturali), impongono una attenta revisione della mappatura dei processi per il nuovo PTPCT, che tenga anche conto degli eventuali cambiamenti negli aspetti organizzativi e gestionali della amministrazione aziendale.

A tale riguardo presso la nostra azienda ha già avuto inizio un percorso di graduale integrazione che interessa aspetti sinergici e condivisi del ciclo della performance e della prevenzione del rischio corruttivo e della trasparenza. Questo piano prevede inoltre una estesa revisione della mappatura dei processi e dell'analisi dei rischi connessi, con l'identificazione di aree, sia amministrative che sanitarie, che possano essere definite a rischio medio/alto essendo caratterizzate da un elevato livello di discrezionalità (prove concorsuali per il reclutamento di personale, autorizzazioni o concessioni, progressioni di carriera), di impatto socio-economico (sovvenzioni, contributi, sussidi), o essendo risultate oggetto di fatti corruttivi pregressi. Naturalmente, la nuova mappatura avrà

conseguentemente un significativo impatto sulle misure organizzative di prevenzione della corruzione e sulle relative azioni di monitoraggio.

LE MISURE DI PREVENZIONE E GLI INDICATORI

Una volta definita la nuova mappatura dei processi e dei rispettivi rischi, sarà sviluppato un programma costituito da misure di prevenzione del rischio corruttivo di carattere ed intensità idonee alle aree cui sono rivolte e da un sistema di indicatori specifici per ogni misura selezionata. Le misure che saranno adottate, i relativi obiettivi e gli indicatori specifici sono sinteticamente riportati in Tabella.

Misura	Obiettivo	Indicatore
Controllo	Verifica a campione (20%) di provvedimenti di una determinata area a rischio	Numero di pratiche controllate su numero di pratiche totali (%)
Trasparenza	Pubblicazione dei dati/atti/info per i quali è richiesta	Presenza e accessibilità dei dati/atti/info richiesti (si/no)
Formazione	Formazione del 70% di tutti i referenti aziendali/funzionari	Numero dei referenti/funzionari formati su numero totale di referenti/funzionari (%)
Etica e codice di comportamento	Iniziative per la diffusione e promozione di etica pubblica e codice di comportamento (50%)	Numero di eventi/iniziative realizzate sul numero di eventi/iniziative programmate (%)
Segnalazione	Uso piattaforma open source e 100% di riscontro alle segnalazioni di whistleblowing	Disponibilità e uso piattaforma (si/no) Numero segnalazioni riscontrate su numero segnalazioni ricevute (%)
Pantouflage	Verifica a campione (30%) sulle dichiarazioni acquisite	Numero di verifiche effettuate sul numero totale delle dichiarazioni (%)

Nel rispetto delle indicazioni contenute nella Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 e nelle Delibere ANAC n.831 del 3 agosto 2016, n. 1208 del 22 novembre 2017, n.1074 del 21/11/2018 e n. 1064 del 13 novembre 2019, il presente PTPCT riporta, all'**Allegato 3**, la tabella, contenente i possibili rischi e le relative misure di prevenzione, ed individua i soggetti responsabili, le modalità ed i tempi di monitoraggio.

A seguito di una recente ed estesa attività di ricognizione eseguita con tutte le UUOO dei Dipartimenti Amministrativo e Sanitari aziendali e relativa alla identificazione e rideterminazione delle aree di rischio, tipologia di rischio, misure di prevenzione e di contrasto, sono state ridefinite e/o aggiornate le schede di monitoraggio semestrale, adesso riportate nell'**Allegato 4**.

Per facilitare l'attività di monitoraggio, i processi individuati nella mappatura di cui sopra sono stati spaccettati e in ogni singola scheda sono contenuti soltanto i possibili rischi specifici della UOC/UOSD alla quale la scheda è intestata.

I CONTRATTI PUBBLICI

Negli anni più recenti la disciplina dei contratti pubblici ha subito una serie significativa di variazioni per l'introduzione di nuove normative, sia di carattere speciale che derogatorio, che hanno determinato una sempre maggiore articolazione e stratificazione di norme e procedure, a partire di quanto contenuto nel d.leg. n. 77/2021 per proseguire con le ulteriori più recenti

modificazioni a carattere temporaneo introdotte dal d.leg. n.4 del 27/01/2022 e dal d.leg n. 17 del 01/03/2022.

Con particolare riferimento alle procedure di affidamento ed esecuzione dei contratti pubblici finanziati a valere sulle risorse del PNRR e del PNC, il succitato d.leg. n. 77/2021 ha introdotto procedure semplificate finalizzate a contemperare le esigenze di celerità nell'esecuzione delle opere - presupposto per l'erogazione dei relativi finanziamenti - con la regolarità della conduzione delle varie fasi che caratterizzano le procedure di gara. Inoltre, con il decreto-legge no. 76 del 16/07/2020 sono state introdotte semplificazioni per gli affidamenti dei contratti pubblici sotto e sopra soglia, pur mantenendo l'efficacia delle misure di trasparenza richieste per tutti gli atti relativi alle procedure di affidamento, ancorché semplificate.

Alla luce di quanto sopra esposto, appare chiaro che la normativa vigente, spesso complessa ed articolata, comporta una potenziale amplificazione dei rischi corruttivi e di una cattiva amministrazione nelle procedure proprie dei contratti pubblici. In particolare, come indicato nel nuovo PNA, significative criticità possono emergere sia durante la fase di affidamento che in quella di esecuzione del ciclo degli appalti, precisamente:

Fase di affidamento

- comportamenti finalizzati ad ottenere affidamenti diretti di contratti pubblici;
- frazionamento, oppure di alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto;
- mancata rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle procedure negoziate;
- varianti suppletive finalizzate al conseguimento di guadagni dell'impresa.

Fase di esecuzione

- modifiche e varianti di contratti per conseguire maggiori guadagni;
- scarsa chiarezza in merito ai controlli sulla corretta esecuzione del contratto e sulla sua eventuale risoluzione;
- subappalto come strumento per accordi collusivi tra le imprese partecipanti.

Nella nostra Azienda, a seguito di una serie di incontri con gli Uffici primariamente interessati alla materia dei contratti pubblici (UOC Gestione Tecnica; UOC Provveditorato) ed in linea con quanto indicato nel nuovo PNA, sono stati identificati i possibili eventi rischiosi e le relative misure di prevenzione e/o mitigazione del rischio, come qui di seguito riportato:

Norma	Eventi rischiosi	Misure di contrasto
Appalti sottosoglia		
Appalti di servizi e forniture di importo fino a 139 mila € e lavori fino a 150 mila € affidamento diretto, anche tramite determina a contrarre ex art. 32, co. 2, del Codice, anche senza consultazione di 2 o più OO.EE.	Possibile incremento del rischio di frazionamento artificioso, oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato, in modo tale da non superare la soglia prevista per l'affidamento diretto	Dichiarazione da parte del soggetto che ricopre l'incarico di RUP, o del personale di supporto, delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 42 del d.lgs. n. 50/2016 (cfr. Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici, § 3.1, del presente PNA).
	Possibili affidamenti ricorrenti al medesimo operatore economico della stessa tipologia di Common procurement vocabulary (CPV), quando, in particolare, la somma di tali affidamenti superi la soglia di 139 mila euro	Dichiarazione da parte del soggetto che ricopre l'incarico di RUP, o del personale di supporto, delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 42 del d.lgs. n. 50/2016 (cfr. Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici, § 3.1, del presente PNA).
	Condizionamento dell'intera procedura di affidamento ed esecuzione dell'appalto attraverso la nomina di un RUP non in possesso di adeguati requisiti di professionalità ai sensi dell'art. 31 del Codice e delle LLGG ANAC n. 3/2016 e successivi aggiornamenti.	Dichiarazione da parte del soggetto che ricopre l'incarico di RUP, o del personale di supporto, delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 42 del d.lgs. n. 50/2016 (cfr. Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici, § 3.1, del presente PNA).
Appalti di servizi e forniture di valore pari a 139 mila € e fino alla soglia comunitaria e lavori di valore pari o superiore a 150.000 € e inferiore a 1 milione di euro procedura negoziata ex art. 63 del Codice, previa consultazione di almeno 5 OO.EE., ove esistenti. Appalti di lavori pari o superiore a 1 milione di € e fino alla soglia europea procedura negoziata ex art. 63 del Codice, previa consultazione di almeno 10 OO.EE., ove esistenti	Possibile incremento del rischio di frazionamento, oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato, in modo tale da non superare le soglie previste dalla norma.	Tracciamento di tutti gli affidamenti il cui importo è appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere alle procedure negoziate, al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi
		Tracciamento degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggiore frequenza invitati e aggiudicatari
		Tracciamento delle procedure in cui si rileva l'invito ad un numero di operatori economici inferiore a quello previsto dalla norma per le soglie di riferimento.

Norma	Eventi rischiosi	Misure di contrasto
Appalti sopra soglia		
Quando la determina a contrarre o altro atto equivalente sia adottato entro il 30 giugno 2023, utilizzo delle procedure negoziate senza bando ex art. 63 del Codice previa pubblicazione dell'avviso di indizione della gara o di altro atto equivalente, nel rispetto di un criterio di rotazione, nella misura strettamente necessaria quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti dagli effetti negativi della crisi causata dalla pandemia da COVID-19 o dal periodo di sospensione delle attività determinato dalle misure di contenimento adottate per fronteggiare la crisi, i termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie non possono essere rispettati	Possibile incremento del rischio di frazionamento, oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato, in modo tale da non superare le soglie previste dalla norma	Tracciamento di tutti gli affidamenti il cui importo è appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere alle procedure negoziate
		Tracciamento degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggiore frequenza invitati e aggiudicatari
		Tracciamento delle procedure in cui si rileva l'invito ad un numero di operatori economici inferiore a quello previsto dalla norma per le soglie di riferimento
	Mancata rotazione degli operatori economici chiamati a partecipare e formulazione di inviti alla procedura ad un numero di soggetti inferiori a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.	Aggiornamento tempestivo da parte dell'ufficio gare degli elenchi su richiesta degli operatori economici che intendono partecipare alla gara.
Nei casi di cui al co. 3 e nei settori dell'edilizia scolastica, universitaria, sanitaria, giudiziaria e penitenziaria, delle infrastrutture per attività di ricerca scientifica e per la sicurezza pubblica, dei trasporti e delle infrastrutture stradali, ferroviarie, portuali, aeroportuali, lacuali e idriche, ivi compresi gli interventi inseriti nei contratti di programma ANAS-MIT 2016-2020 e RFI-MIT 2017 - 2021 e relativi aggiornamenti, nonché per gli interventi funzionali alla realizzazione del Piano nazionale integrato per l'energia e il clima (PNIEC). per i contratti relativi o collegati ad essi, per quanto non espressamente disciplinato dal presente articolo, le stazioni appaltanti, per l'affidamento delle attività di esecuzione di lavori, servizi e forniture nonché dei servizi di ingegneria e architettura, inclusa l'attività di progettazione, e per l'esecuzione dei relativi contratti, operano in deroga ad ogni disposizione di legge diversa da quella penale, fatto salvo il rispetto delle disposizioni del Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, nonché dei vincoli inderogabili derivanti dall'appartenenza all'Unione europea, ivi inclusi quelli derivanti dalle direttive 2014/24/UE e 2014/25/UE, dei principi di cui agli artt. 30, 34 e 42 del d.lgs. n. 50/2016 e delle disposizioni in materia di subappalto.	Nella fase dell'esecuzione, possibile ricorso a variazioni contrattuali in assenza dei vincoli imposti dalle Direttive Quadro, con il rischio di comportamenti corruttivi per far conseguire all'impresa maggiori guadagni (art. 72 della direttiva 2014/24/UE e art. 64 della direttiva 2014/25/UE).	Pubblicazione, contestualmente alla loro adozione, dei provvedimenti di approvazione delle varianti.
	Esecuzione delle prestazioni contrattuali attraverso il ricorso ad un subappalto non autorizzato e configurazione del reato previsto dall'art. 21 della L. n. 646/1982.	Controlli <i>in loco</i> , periodici e a sorpresa, al fine di accertare che le prestazioni siano eseguite dall'aggiudicatario o da un subappaltatore autorizzato. In tal caso è data la facoltà all'amministrazione appaltante di chiedere la risoluzione del contratto come prevede l'art. 21 della L. n. 646/1982.

Norma	Eventi rischiosi	Misure di contrasto
Norme del d.l. n. 77 del 2021 conv. in l. n. 108/2021 relative ai contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR		
Le stazioni appaltanti possono altresì ricorrere alla procedura di cui all'art. 63 del d.lgs. n. 50/2016, per i settori ordinari, e di cui all'art. 125, per i settori speciali, nella misura strettamente necessaria, quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea.	Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 63 e 125 del d.lgs. n. 50/2016 in assenza delle condizioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante.	Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alla procedura negoziata senza bando per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, per cui i termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie non possono essere rispettati.
	Utilizzo improprio della procedura negoziata da parte della stazione appaltante ascrivibile all'incapacità di effettuare una corretta programmazione e progettazione degli interventi. Utilizzo improprio della procedura negoziata da parte della stazione appaltante per favorire un determinato operatore economico.	Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia, saranno tracciate le procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando affidate da una medesima amministrazione in un determinato arco temporale. Ciò al fine di verificare da parte delle strutture e/o soggetti competenti se gli operatori economici aggiudicatari sono sempre i medesimi.
Subappalto La disposizione normativa ha inciso sull'art. 105 del d.lgs. n. 50/2016, successivamente modificato Legge 23 dicembre 2021, n. 238 "Legge europea 2019- 2020", in particolare rispetto al limite del ricorso al subappalto prevedendo che: a) dalla entrata in vigore del decreto e fino al 31 ottobre 2021 il subappalto non può superare la quota del 50 per cento dell'importo complessivo del contratto; b) dal 1° novembre 2021 è stato eliminato qualsiasi limite predeterminato al subappalto.	Incremento del rischio di possibili accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo ad altri partecipanti alla stessa gara. Rilascio dell'autorizzazione al subappalto in assenza dei controlli previsti dalla norma.	Tracciamento degli appalti rispetto ai quali è stato autorizzato, in un dato arco temporale, il ricorso all'istituto del subappalto. Ciò per consentire all'ente (struttura di <i>auditing</i> appositamente individuata all'interno della S.A., RPCT o altri soggetti individuati internamente) di svolgere, a campione verifiche della conformità alla norma delle autorizzazioni al subappalto concesse dal RUP.

Oltre a quanto riportato in Tabella, sulla scorta del nuovo codice degli appalti e delle indicazioni del nuovo PNA, è stata eseguita una ricognizione e ridefinizione della mappatura dei processi e della relativa analisi dei rischi, condotta in collaborazione con le UOC di Gestione Tecnica e Provveditorato. In particolare, relativamente alle procedure per la programmazione e per l'acquisizione di beni e servizi, si riporta nella Tabella seguente l'identificazione di processi e di eventi potenzialmente oggetto di rischi corruttivi, gli obiettivi di prevenzione/mitigazione del rischio, le misure selezionate, gli indicatori, la loro cadenza temporale e le attività di monitoraggio previste.

Infine, con **delibera 287 del 22/02/2023 è stato adottato il Piano Aziendale Audit** per l'anno 2023, sulla base del quale la struttura di auditing provvederà ad effettuare controlli su un campione ritenuto significativo (almeno pari al 10% o in diversa misura percentuale ritenuta congrua) dei processi e procedimenti relativi all'affidamento e/o all'esecuzione di pubblici contratti ove ricorrano le condizioni di potenziale rischio corruttivo.

PROCESSO	DESCRIZIONE EVENTO	OBIETTIVO	MISURE	INDICATORE	TEMPI	MONITORAGGIO
PROGRAMMAZIONE	Incompleta adesione agli acquisti della Centrale di Committenza / CONSIP	Rispetto degli obblighi di adesione a CUC/CONSIP	Istituzione di apposita funzione incaricata di seguire questo aspetto dell'attività dell'UOC	Aumento percentuale adesione	Durata di espletamento delle procedure	Semestrale
PROGRAMMAZIONE	Inadeguata stima dei fabbisogni e/o dei costi; insufficiente attenzione nell'attività istruttoria alla tempestività.	Oculata attività istruttoria nella predisposizione di fabbisogni, costi e tempestività	Analisi e andamento dati storici e dei prezzi di riferimento; centralizzare l'esame delle convenzioni attive.	Eccessivo ricorso a prosecuzione di forniture	Durata di espletamento delle procedure	Costante
PROGRAMMAZIONE	Mancata definizione programma (biennale, annuale) forniture di beni	Ottemperare alle disposizioni in materia di programmazione, con la produzione degli specifici atti, approvati dalle funzioni di competenza.	Deliberazione della direzione generale piano biennale e annuale investimenti	Pubblicazione in amministrazione trasparente del piano	Produzione prima dell'approvazione del bilancio Preventivo	Monitoraggio contestuale al rendiconto del ptptct annuale
PROGRAMMAZIONE	Mancata definizione piani acquisto apparecchiature	Stesure procedure che coinvolgano tutti i soggetti, compresa la direzione generale, nella definizione del fabbisogno e delle priorità	Applicazione di procedura prodotta e condivisa con la D.G. e la D.S.	Esito audit verifica applicazione procedura	Anno	Annuale
PROGETTAZIONE	Inserimento, nella documentazione di gara, di clausole non aggiornate rispetto alle variazioni normative	Produrre documenti inattaccabili sotto il profilo formale e sostanziale [UTILIZZO STANDARD ANAC]	Mantenere il personale costantemente aggiornato rispetto alla normativa sugli appalti e ai Regolamenti aziendali [PREVEDERE CORSI DI AGGIORNAMENTO]	Numerosità delle richieste di chiarimenti e/o rettifiche	Durata di espletamento delle procedure	Costante
PROGETTAZIONE	Errata o scorretta individuazione di beni/servizi quali infungibili e/o esclusivi	Tenuta sotto controllo acquisti infungibili/in esclusiva	Procedura di acquisti di beni infungibili/esclusivi	N. affidamenti in regime di esclusività/infungibilità non giustificati	Anno	Monitoraggio contestuale al rendiconto del ptptct semestrale
SELEZIONE DEL CONTRAENTE	Procedure sotto soglia	Assicurare la rotazione dei partecipanti E COMUNQUE OVE POSSIBILE OPTARE PER PROCEDURE APERTE	Individuazione soggetti da invitare con pubblicità della procedura/domande di partecipazione O PROCEDURE APERTE	Evidenza della motivazione della mancata rotazione nella Determina a contrarre	Anno	Costante
SELEZIONE DEL CONTRAENTE	Affidamenti diretti	Accertare l'esclusività della fornitura	Svolgimento di consultazioni preliminari anche per procedure di acquisizione in esclusiva	Rilevazione % sul totale	Durata iter procedura di gara	Costante
SELEZIONE DEL CONTRAENTE	Nomina di Commissari di gara in conflitto d'interesse	Garantire la corretta valutazione delle offerte tecniche	Dare pubblicità ai punteggi assegnati dalla Commissione giudicatrice; pubblicare i CV dei componenti; acquisire le dichiarazioni di incompatibilità dai medesimi sottoscritte	Numero medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate	Durata iter procedura di gara	Annuale
SELEZIONE DEL CONTRAENTE	Selezione non effettuata tramite piattaforma informatica	Mantenimento utilizzo piattaforma	Utilizzo sistematico della piattaforma	Assenza di contenziosi	Anno	Costante
VERIFICA AGGIUDICAZIONE E STIPULA CONTRATTO	Controlli sugli aggiudicatari inadeguato o insufficiente	Accertare la regolarità penale, amministrativa e contributiva dei fornitori	Checklist dei controlli e degli adempimenti effettuati	Numero fornitori sottoposti a controllo	Anno	Annuale
VERIFICA AGGIUDICAZIONE E STIPULA CONTRATTO	Mancata assegnazione tramite meccanismi informatizzati	Mantenimento utilizzo piattaforma MAGGIOLI e altre forme di acquisto con mercato elettronico per importi superiori a € 5000,00	Utilizzo sistematico della piattaforma MAGGIOLI E/O MEPA/CONSIP	Procedure effettuate senza utilizzo dei meccanismi informatizzati	Anno	Costante
ESECUZIONE DEL CONTRATTO	Controlli insufficienti per accertare la corretta esecuzione contrattuale da parte del DEC	Corretta applicazione prescrizioni contrattuali	Applicazione linee guida Anac per il Rup, il Dec. Costante scambio di informazioni fra RUP e DEC in merito alla corretta esecuzione del contratto	Numero segnalazioni di inadempimenti contrattuali, diffide e applicazioni di penali	Anno	Costante
PROROGHE CONTRATTUALI	Assenza di proroghe illegittime	Corretta applicazione prescrizioni normative	Inserimento dell'opzione di proroga nei documenti di gara	Numero contratti prorogati in cui è prevista l'opzione rispetto al totale delle proroghe	Anno	Costante

LA TRASPARENZA AMMINISTRATIVA

Il "Programma per la Trasparenza e l'Integrità", in virtù delle precedenti disposizioni normative e, da ultimo, del D.L.vo n. 97/2016, definisce le misure, i metodi e le iniziative per l'adempimento agli 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 al personale dirigenziale.

La disciplina della trasparenza cui l'Azienda intende ispirarsi rappresenta la principale garanzia per il cittadino e per l'utente, del rispetto dei principi costituzionali di imparzialità e di buon andamento, e risulta altresì funzionale al fine della prevenzione e della lotta alla corruzione di cui alla legge n. 190/2012, costituendo un importante pre-requisito per la creazione di valore pubblico.

La "trasparenza" secondo il D. Lgs. n.33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, è intesa come "accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività

amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche".

I dati di cui l'Azienda è detentrica devono essere quindi costantemente aggiornati al fine di garantire la veridicità e l'adeguamento alle innovazioni normative e/o amministrative intervenute, nonché il miglioramento sia in termini di qualità dei contenuti che di visibilità e accessibilità degli stessi.

La legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione. La legge ha conferito al governo una delega ai fini dell'adozione di un decreto legislativo per il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità e trasparenza da parte delle pubbliche amministrazioni. In attuazione di tale delega, il governo ha adottato il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 (pubblicato su G.U. del 5 aprile 2013) recante il "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" in cui, nel ribadire che la trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, è stato evidenziato che essa è finalizzata alla realizzazione di una amministrazione aperta ed al servizio del cittadino (art. 1, c. 2 del D.Lgs. n. 33/2013). Nel decreto è specificato che le misure del Programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità sono collegate al PTPC e che, a tal fine, il programma costituisce, di norma, una sezione di detto Piano.

Il D.Lgs. n. 33/2013 ha complessivamente operato un nuovo assetto dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi e ha disciplinato per la prima volta l'istituto dell'accesso civico (art. 5). Esso è intervenuto sui Programmi Triennali per la Trasparenza e l'Integrità, modificando la disciplina recata dall'art. 11 del D.Lgs. n. 150/2009, ha precisato compiti e funzioni dei Responsabili della trasparenza e degli OIV (Organismi Indipendenti di Valutazione) ed ha previsto la creazione, sui siti web istituzionali, della sezione "Amministrazione trasparente" che ha sostituito la precedente sezione "Trasparenza, valutazione e merito" prevista dall'art. 11, c. 8 del D.Lgs. n. 150/2009.

Il successivo D. L.vo 25 maggio 2016 n. 97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012 n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell'art. 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza, rafforzandone il valore di principio che caratterizza l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e i rapporti con i cittadini.

Tra le modifiche di maggior rilievo apportate dal D.L.vo n. 97/2016, rientrano il mutamento dell'ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l'introduzione del nuovo istituto dell'"accesso civico generalizzato" agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l'unificazione tra il Programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della Trasparenza, l'introduzione di nuove sanzioni pecuniarie nonché l'attribuzione all'ANAC della competenza all'irrogazione delle stesse.

I dati da pubblicare sul sito istituzionale vengono selezionati in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia di trasparenza (D.Lgs. n. 33/2013 e n.97/2016) e delle indicazioni di cui alle delibere ANAC attualmente vigenti in materia.

Elemento centrale della trasparenza è la pubblicazione di determinate tipologie di dati ed informazioni sul sito internet istituzionale www.arnascivico.it. Attraverso la pubblicazione on line, si offre la possibilità agli stakeholders di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne e agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l'andamento della performance ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione delle performance.

La trasparenza, oltre ad un profilo statico, afferente alla sistematica pubblicità dei dati dell'attività dell'Azienda, presenta quindi anche un profilo dinamico, strettamente correlato all'ottica del "miglioramento continuo" dei servizi pubblici connesso con il ciclo della performance.

In tal senso l'Azienda è impegnata nella progressiva attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme di legge, con l'impegno anche per il triennio 2018 – 2020, al pieno adempimento sotto i diversi profili della completezza delle informazioni pubblicate, della qualità dei dati e dell'aggiornamento.

La verifica periodica dell'attuazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, effettuato in modo continuo ed aperto, sia dagli operatori istituzionali preposti, sia dal pubblico, rappresenta pertanto uno stimolo per l'Azienda a migliorare costantemente la qualità delle informazioni a disposizione degli stakeholders.

Gli adempimenti connessi all'attuazione della trasparenza e dell'integrità abbracciano tutti i settori dell'attività amministrativa.

L'art. 43 co.3 del D.lgs. n.33/2013 prevede che "I Dirigenti responsabili degli uffici dell'Amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge".

Il dipendente incaricato della gestione della sezione "Amministrazione Trasparente" sul sito web istituzionale dell'ARNAS-Civico è l'Ing. Vincenzo Cardinale, Responsabile UOS Servizi Informatici - ICT Management.

Gli uffici depositari delle informazioni e dei documenti da pubblicare, di cui all'allegato della delibera CIVIT n. 50/2013 cui si rinvia, trasmettono in formato elettronico, periodicamente, i dati, le informazioni e i documenti previsti nella citata delibera all'ufficio preposto alla gestione della sezione, il quale provvede alla pubblicazione. Unitamente alla trasmissione dovrà essere indicata la sottosezione, sia di primo che di secondo livello, in cui l'inserimento deve avvenire e la durata di pubblicazione.

Il RPCT sovrintende e verifica: (a) l'invio dei dati, delle informazioni e dei documenti da parte degli uffici depositari all'ufficio preposto alla gestione della sezione "Amministrazione Trasparente"; (b) la pubblicazione da parte dell'ufficio preposto alla gestione della sezione; (c) i casi di inadempimento o adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione.

I vari dipendenti delle UU.OO appositamente nominati quali Referenti, sono corresponsabili della raccolta e trasmissione dei files contenenti i dati da pubblicare, nei tempi e secondo la tempistica evidenziata nelle note di incarico, nonché della completezza, chiarezza e tempistica di aggiornamento sulle informazioni.

Il dipendente incaricato della gestione "Amministrazione Trasparente" è responsabile delle pubblicazioni, da effettuare tempestivamente, e della permanenza delle informazioni e dei documenti sul sito per il periodo di pubblicazione richiesto.

Relativamente all'anno 2023, questa Azienda ARNAS-Civico ha provveduto a riorganizzare la sezione "Amministrazione Trasparente" secondo le indicazioni contenute nella delibera ANAC 203 del 17/05/2023. Tale processo, condotto in collaborazione e condivisione con tutte le UUOO del Dipartimento Amministrativo e con l'UOS ICT Management, ha richiesto una estesa revisione delle aree interessate dal rischio corruttivo e l'adempimento agli obblighi di trasparenza ANAC attraverso la pubblicazione di atti, provvedimenti e qualsiasi altra documentazione richiesta in formato aperto al fine di garantirne nel lungo termine la completa fruizione, l'integrità e la perfetta riproducibilità.

L'ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

Con il nuovo Decreto n. 97/2016 l'accesso civico diviene più esteso rispetto al dettato precedente perché prevede che ogni cittadino possa accedere senza alcuna motivazione ai dati in possesso della pubblica amministrazione.

La nuova forma di accesso consente ai cittadini di richiedere anche dati e documenti che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare e quindi dati e documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione.

L'esercizio del diritto di accesso generalizzato, a differenza del diritto di accesso della legge 241/1990, non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non richiede motivazione e non prevede limite del controllo generalizzato. L'istanza di accesso identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e può essere trasmessa in via telematica e presentata alternativamente ad una pluralità di uffici dell'amministrazione.

A seguito di istanza, il procedimento di accesso civico deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni (non è ammesso il silenzio diniego) e il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso devono essere motivati con riferimento ai casi e ai limiti stabiliti: grava, di conseguenza, sull'amministrazione l'obbligo di provare l'esistenza di motivazioni che impediscono di soddisfare l'istanza.

Il rilascio dei dati e dei documenti è gratuito ad eccezione dei costi di riproduzione. L'ARNAS, con atto deliberativo n. 659 del 23 novembre 2017, ha adottato apposito regolamento del nuovo diritto di accesso, pubblicato sul sito istituzionale.

LE AZIONI DI MONITORAGGIO

Come ripetutamente enfatizzato nel nuovo PNA, il monitoraggio costituisce una fase di fondamentale importanza per garantire l'efficacia, la completezza e la tempestività delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza. A tale riguardo appare significativa l'indicazione che "il monitoraggio va concepito come la base informativa necessaria per un Piano che sia in grado di anticipare e governare le criticità, piuttosto che adeguarsi solo a posteriori".

Le azioni di monitoraggio seguono, così come accade per le diverse fasi progettuali nel cosiddetto Project Cycle Management, un percorso ciclico in cui, ad una fase iniziale di ricognizione che prende in esame l'attuazione delle misure di prevenzione verificandone l'idoneità e l'efficacia, segue una fase di intervento dove si inseriscono eventuali modifiche migliorative delle azioni previste, se ne inseriscono di nuove inizialmente non considerate, avendo cura comunque di evitare l'introduzione di misure a carattere puramente "adempimentale", non necessarie.

Lo stato di attuazione del PTPCT viene determinato, con cadenza semestrale, dal RPCT che verifica l'effettiva esecuzione delle attività programmate, il rispetto della loro collocazione temporale ed il raggiungimento degli obiettivi identificati nel piano, segnalando eventuali criticità e identificando le opportune modifiche. Proprio grazie alla flessibilità intrinseca di un simile sistema di monitoraggio, sarà possibile inserire nuove attività, inizialmente non programmate, a seguito di segnalazioni pervenute in corso d'opera tramite la piattaforma del whistleblowing o di cui si è venuto a conoscenza attraverso altri canali o con altre modalità.

Gli strumenti di cui il sistema di monitoraggio si avvale sono essenzialmente costituiti da: (a) schede di monitoraggio, in formato elettronico, dove poter inserire, per ogni singola misura, dati ed elementi che misurino il grado di realizzazione delle misure, l'entità degli eventuali scostamenti dai risultati previsti, le possibili cause e le azioni proposte per il superamento delle criticità incontrate; (b) incontri periodici ed audit con i Referenti per la prevenzione della corruzione al fine di consentire

una piena condivisione dei dati raccolti e delle eventuali misure correttive proposte; (c) collegamento graduale e progressivo degli strumenti del monitoraggio con quelli propri del controllo di gestione.

Ulteriori modalità di verifica potranno essere stabilite dal RPCT, nel rispetto di tutti gli eventuali altri adempimenti introdotti dalla normativa o da quanto disposto dall'OIV. Inoltre, l'RPCT potrà disporre controlli mirati a seguito di richieste di accesso civico, nonché a seguito di reclami presentati all'Azienda da soggetti terzi.

È in corso di valutazione la possibilità di utilizzare strumenti informatici, in particolare un applicativo sviluppato proprio in funzione delle azioni di monitoraggio, in una logica di integrazione delle azioni proprie del PTPCT e di quelle della performance all'interno del PIAO. A tale riguardo, l'impiego di un applicativo dedicato permetterebbe non soltanto una migliore e più concreta integrazione tra le varie sezioni del PIAO, ma anche un'azione di monitoraggio che non si limiti esclusivamente alla valutazione dei dati ex-post e che consenta un controllo praticamente continuo, introducendo azioni correttive e/o nuove modalità in corso d'opera.

Altre attività di monitoraggio, definite nella programmazione, sono rivolte a verificare l'adempimento agli obblighi di trasparenza e, altresì, la corretta attuazione della disciplina sull'accesso civico semplice e generalizzato, nonché il censimento delle richieste di accesso e i loro esiti all'interno di un apposito registro informatico.

Il monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione è caratterizzato da connotazioni specifiche, precisamente: (a) costituisce un controllo "successivo"; (b) riguarda tutti gli atti e i documenti pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale; (c) è totale e non parziale. Qualora l'attività di controllo rilevi gravi inadempienze in materia di obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, il RPCT (in ottemperanza all'art. 43 del D.Lgs. n. 33/2013) trasmette gli atti oltre che alla Direzione Generale, all'OIV e al Responsabile dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari.

Su un piano complessivo, invece, spettano all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) compiti di controllo e verifica della corretta applicazione delle linee guida e degli strumenti predisposti dall'ANAC, nonché di promozione e di attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza. Infine, compete all'OIV assolvere agli obblighi di comunicazione all'ANAC e delle criticità riscontrate ai competenti organismi interni e di governo dell'Azienda, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

LA FORMAZIONE

La formazione adeguata e continua del personale, rappresenta uno degli strumenti fondamentali per la prevenzione e la repressione della corruzione. Questa Azienda dà estrema importanza alla formazione consentendo, da un lato di fornire a tutto il personale la dovuta conoscenza delle materie inerenti le modalità di prevenzione della corruzione e l'utilizzo degli strumenti per riconoscere e gestire i segnali di allarme, e dall'altro, di assicurare l'idonea e aggiornata conoscenza delle procedure organizzative e relazionali, anche in senso etico-comportamentale, specialmente nelle aree a maggior rischio di corruzione.

Per il 2024, preferibilmente dopo l'adozione del PIAO, è stato concordato con il Responsabile della UOS Formazione e Sviluppo Risorse Umane lo svolgimento, nel corso del primo semestre, di un corso di formazione illustrerà il nuovo PNA e le nuove indicazioni in esso contenute, con particolare riguardo alle nuove interpretazioni e raccomandazioni sulla corruzione, già illustrate nei paragrafi precedenti. Tale corso sarà svolto con la collaborazione di docenti esperti in materia, con l'obiettivo di formare/aggiornare il personale dell'Azienda interessato sul sistema delle politiche,

dei programmi e degli strumenti utilizzati per affrontare il complesso tema della corruzione all'interno della Pubblica Amministrazione.

Tenuto conto del fatto che le competenze di un professionista sanitario/amministrativo di un'Azienda Sanitaria non si identificano solo in quelle tecniche specialistiche, ma necessitano di focus specifici, su tematiche di ambito etico, il percorso formativo sulla prevenzione della corruzione, la trasparenza ed il codice di comportamento assume grande rilevanza per la crescita culturale degli operatori e per la revisione dei modelli organizzativi dell'Azienda.

È prevista anche la partecipazione a corsi avanzati di aggiornamento e di approfondimento sia realizzati dall'INPS in collaborazione con Università, che erogati da istituti privati, per i componenti dell'Ufficio Anticorruzione.

Gli operatori a cui è rivolto il progetto formativo sono di seguito riportati:

- Il RPCT ai sensi del comma 7 legge 190/2012 e il personale afferente all'Ufficio Anticorruzione.

- I Referenti Anticorruzione delle varie unità operative.
- I Direttori delle UU.OO. Sanitarie.
- I Coordinatori infermieristici e tecnici.
- I Responsabili degli Uffici Amministrativi maggiormente esposti al rischio.
- Tutto il personale di vari ambiti e livelli interessati dagli aspetti di base dell'anticorruzione.

Si precisa che la figura dei referenti anticorruzione è strategica ai fini del funzionamento del piano. Tale figura funge infatti da tramite fra l'Ufficio del Responsabile Aziendale Anticorruzione e le varie unità operative ed ha il compito di svolgere un'attività di controllo su comportamenti e condotte che presentano una criticità sul piano della corruzione e di formare, con meccanismo "a cascata" il personale delle UUOO sanitarie e amministrative che non ha direttamente preso parte al percorso formativo. Infatti, il suddetto livello specialistico di formazione condurrà successivamente all'attivazione di percorsi formativi "sul campo" presso le rispettive strutture, rivolti alle singole figure della propria unità operativa.

I DIPENDENTI

Nelle previsioni di legge e nel PNA il coinvolgimento dei dipendenti è assicurato attraverso la partecipazione al processo di gestione del rischio e l'obbligo di osservare le misure contenute nel PTPCT (art. 1, co. 14, della l. 190/2012).

Il coinvolgimento di tutto il personale in servizio (ivi compresi anche gli eventuali collaboratori a tempo determinato o i collaboratori esterni) è fondamentale ai fini dell'attuazione di quanto previsto nel Piano e delle relative misure, così come l'ampia condivisione dell'obiettivo cardine della lotta alla corruzione.

La stesura del Piano ha previsto e prevede per gli aggiornamenti annuali la partecipazione attiva dei dipendenti al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi, nonché alla definizione delle misure di prevenzione e di attuazione.

In un'ottica di collaborazione attiva e di corresponsabilità nella promozione e nell'adozione di tutte le misure atte a garantire l'integrità dei comportamenti individuali, tutti i dipendenti sono tenuti a:

- partecipare alla gestione del rischio, prestando la loro collaborazione al RPCT;
- osservare le misure contenute nel PTPCT;
- segnalare tempestivamente al Responsabile/Referente della struttura di appartenenza o all'RPCT le situazioni di illecito, nonché i casi di personale in conflitto di interesse.

Analogamente, chiunque collabori con l'Azienda è obbligato ad osservare le misure contenute nel Piano e a segnalare eventuali situazioni di illecito.

Le violazioni delle regole di cui al presente Piano ed al Codice di Comportamento Aziendale, applicabili ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi che operano nelle strutture dell'Azienda in nome e per conto della stessa, devono essere sanzionate.

IL CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE

Il dipendente conforma la sua condotta al dovere di contribuire alla gestione della cosa pubblica con impegno e responsabilità, nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità dell'attività amministrativa, antepoendo il rispetto della legge e l'interesse pubblico agli interessi privati propri e altrui. Il dipendente adegua, altresì, il proprio comportamento ai principi riguardanti il rapporto di lavoro, contenuti nel codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013 n. 62, nonché a quelli previsti dal Codice di comportamento dei dipendenti.

In attuazione all'art. 54 comma 5 D.L.vo n. 165/2001, nel 2015, è stato adottato il Codice di Comportamento dei dipendenti, dei collaboratori e dei consulenti dell'ARNAS. Il Codice di Comportamento aziendale sarà integrato ed aggiornato con l'introduzione di quanto previsto nei nuovi CNL e dalla recente normativa in materia. Secondo il PNA l'adozione ed il continuo aggiornamento del codice da parte di ogni Pubblica Amministrazione rappresenta una delle principali misure di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato.

Le norme in esso contenute regolano infatti in senso legale ed eticamente corretto il comportamento degli operatori indirizzando l'azione sanitaria ed amministrativa dell'Azienda. La finalità prevalente è rappresentata dalla creazione di un contesto idoneo a favorire l'emergere di comportamenti virtuosi ed a prevenire comportamenti scorretti attraverso il miglioramento dell'organizzazione e della qualità delle prestazioni rese.

Il RPCT ed il Responsabile dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD), collaborano alla verifica annuale delle violazioni accertate e sanzionate, e analizzano le aree dell'amministrazione nelle quali si concentrano il più alto tasso di violazioni, al fine di prevedere le azioni per il contrasto da inserire nel Piano.

LA COLLABORAZIONE ED IL COLLEGAMENTO DEL RPCT CON GLI ALTRI RESPONSABILI DEL PIAO, CON L'OIV E CON GLI ORGANI DI CONTROLLO

Il concetto prevenzione della corruzione e della trasparenza è direttamente legato al concetto di performance, anche secondo quanto riportato nel PIAO aziendale, adottato con deliberazione n. 953 del 13 Luglio 2022.

L'analisi organizzativa per l'individuazione delle misure di prevenzione della corruzione contenute nel presente PTPCT è concepita quale politica di organizzazione che si concilia, in una logica di stretta integrazione, con le altre politiche di miglioramento organizzativo e con ogni altro processo di programmazione e gestione aziendale: in particolare, con il ciclo di gestione della performance e le funzioni di controllo interno.

L'elaborazione del Piano è quindi funzionale all'attuazione di un ciclo "integrato" che garantisca coerenza tra gli ambiti comuni dei due documenti aziendali sia in termini di obiettivi, indicatori, target e risorse associate, sia in termini di processo e modalità di sviluppo dei contenuti.

Il collegamento fra il ciclo della performance e trasparenza, integrità nonché il Codice di comportamento e il PTPCT, rappresentano elementi fondamentali per operare in modo eticamente

corretto, perseguire obiettivi di efficacia ed economicità della gestione, favorendo la trasparenza e l'accountability nei confronti degli stakeholders dell'Azienda.

A conferma di quanto sopra detto, si evidenzia che, con atto deliberativo n.30 del 10 gennaio 2018, nel Comitato di Budget, è stata inserita la figura del RPCT, in considerazione della valenza strategica che l'ARNAS attribuisce alle azioni di contrasto previste ed attuate con tutte le risorse disponibili.

Il presente Piano evidenzia inoltre la collaborazione tra l'Organismo Indipendente di Valutazione e l'Ufficio Anticorruzione, riconoscendone il ruolo privilegiato di interlocuzione specifica con il RPCT. Nell'ambito dei poteri di vigilanza e di controllo attribuiti all'ANAC, l'Autorità si riserva di chiedere informazioni tanto all'OIV quanto all'RPCT in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza, anche tenuto conto che l'OIV riceve dall'RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione del Piano ed utilizza i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione della performance.

L'OIV verifica l'assolvimento degli obblighi di trasparenza e di integrità attraverso una attività di audit e verifica altresì la conformità tra quanto previsto e quanto pubblicato attraverso la compilazione della scheda standard predisposta dall'ANAC.

I componenti dell'OIV pertanto:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa;
- esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento.

I risultati dei controlli vengono inseriti nella Relazione annuale che l'OIV presenta all'Amministrazione.

L'audit svolto è funzionale anche all'individuazione di eventuali inadempimenti che possono dar luogo alla responsabilità prevista dalle disposizioni del D.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii. e all'applicazione delle relative sanzioni.

Le modifiche che il D.Lgs. n.97/2016 ha apportato alla L. n.190/2012 rafforzano le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dal D.Lgs. n.33/2013, in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.

Particolare rilievo infine assume il collegamento tra il RPCT e gli organi di controllo interno e, in particolare:

- Collegio Sindacale - Nell'ambito delle proprie funzioni di controllo sulla regolarità e legittimità dell'azione amministrativa, vigila anche sull'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Attraverso la propria segreteria, invia al RPCT le osservazioni formulate sui provvedimenti aziendali, evidenziando quelle da sottoporre alla valutazione del Responsabile anche per le problematiche inerenti fenomeni di corruzione o di *maladministration*. La segreteria del Collegio partecipa al RPCT le risposte delle strutture aziendali alle osservazioni o ne comunica la mancata risposta, o il mancato accoglimento, che diviene oggetto di pubblicazione sul sito "Amministrazione Trasparente".

- UOC Controllo di Gestione - Il RPCT informa dell'eventuale mancato raggiungimento degli obiettivi organizzativi ed individuali inerenti la politica di prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale.

- Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) - Come già evidenziato, valuta i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione, la trasparenza ed esprime il parere sul Codice di comportamento.

- Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) - Propone l'aggiornamento del Codice di comportamento e ne garantisce il rispetto sulla base dell'attività disciplinare esercitata.

RESPONSABILE ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE (RASA) E GESTORE OPERAZIONI SOSPETTE

Con atto deliberativo n. 573 del 04/04/2023 è stato nominato "Responsabile per l'Anagrafe unica della Stazione Appaltante (RASA)" l'Arch. Francesco Bono dell'UOC Gestione Tecnica.

L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

L'Azienda ha altresì nominato il "Gestore delle operazioni sospette" di cui al D.M. del 25 settembre 2015 "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione."

Il Gestore è stato individuato, con atto deliberativo n. 1123 del 02/07/2017, nell'attuale Direttore del Servizio Economico Finanziario, Dott.ssa Rosaria Di Fresco.

INCONFERIBILITÀ/INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI

I casi di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali sono disciplinati dal D.L.vo 39/2013 e dalla delibera ANAC n. 833 del 3 Agosto 2016. Il suddetto decreto si applica al personale di qualifica dirigenziale ed al personale non inquadrato in qualifica dirigenziale, titolare di funzioni direttive (posizioni organizzative).

La normativa dispone, in particolare, che: "Il Responsabile del Piano Anticorruzione di ciascuna amministrazione pubblica, ente pubblico e ente di diritto privato in controllo pubblico, di seguito denominato «responsabile», cura, anche attraverso le disposizioni del Piano Anticorruzione, che nell'amministrazione, ente pubblico e ente di diritto privato in controllo pubblico siano rispettate le disposizioni del presente decreto sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi. A tale fine il Responsabile contesta all'interessato l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità di cui al presente decreto".

Una volta contestata, da parte del RPCT, la causa di inconferibilità/incompatibilità, l'interessato può, nel termine di dieci giorni dal ricevimento della contestazione, proporre le proprie difese e osservazioni.

In caso di accoglimento, il procedimento si conclude con una nota formale e motivata indirizzata all'interessato entro il termine perentorio di quindici giorni dalla data di ricevimento della contestazione.

Al contrario, ricevuta da parte del RPCT la comunicazione in ordine all'accertata situazione di incompatibilità, l'Area Risorse Umane adotta tempestivamente la determinazione di decadenza dall'incarico e di risoluzione del rapporto di lavoro.

CONFLITTO DI INTERESSI

Con i vari aggiornamenti, susseguitisi negli anni, del PNA l'ANAC ha posto l'accento sul tema del conflitto di interessi.

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

Il conflitto di interessi reale (o attuale) è la situazione in cui un interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona tende a interferire con l'interesse primario dell'azienda (ossia il bene comune), verso cui la persona ha precisi doveri e responsabilità.

Da qui l'esigenza della diffusione della cultura dell'interesse primario dell'Azienda, quale bene comune, di conseguenza i dipendenti che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione devono astenersi dallo svolgimento delle attività a rischio, ai sensi dell'articolo 6 bis della legge n. 241/1990, in caso di conflitto di interessi, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto anche potenziale.

Entro il primo semestre di ogni anno, tutti i dipendenti individuati dalla Direzione aziendale, nonché tutti gli altri soggetti previsti dalla legge, devono presentare l'apposita dichiarazione al proprio Responsabile, che la inoltrerà all'Area Risorse Umane.

La suddetta dichiarazione dovrà, comunque, essere tempestivamente presentata ogni volta in cui vi sia una modifica della situazione precedentemente dichiarata (entro il termine massimo di 48 ore da quando ne ha avuto conoscenza).

ROTAZIONE DEL PERSONALE

L'Azienda riconosce che l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio riveste indubbiamente particolare rilievo e ne condivide la ratio che mira ad evitare che il medesimo dipendente si trovi ad intrattenere in continuità relazioni prolungate nel tempo con gli stessi utenti o fornitori. Non va tuttavia trascurato che la previsione normativa circa l'effettiva rotazione degli incarichi trova un limite oggettivo presso l'Azienda Sanitaria Ospedaliera, in considerazione della specifica e spesso esclusiva competenza professionale delle risorse umane impiegate nelle aree oggetto di mappatura del rischio, che non consente una fungibilità nei ruoli professionali e quindi di rotazione nei servizi medesimi (vedasi anche le specialità mediche).

A tale vulnus contribuisce, tra l'altro, la sempre più frequente riduzione di personale specializzato, sia amministrativo che sanitario, con organici molto spesso sottodimensionati e/o gravemente carenti.

Pertanto, compatibilmente con l'esigenza di dover garantire la speditezza e l'efficacia della funzione amministrativa, indispensabile all'erogazione dei servizi sanitari ed assistenziali, e per mantenere continuità e coerenza di indirizzo nelle strutture, si cercherà di applicare il principio di rotazione nei settori più esposti a rischio, quando si avranno maggiori risorse umane con competenze specifiche che permettano la rotazione senza nocumento per l'attività dell'Azienda. Intanto i Dirigenti si impegneranno a prevedere le modalità che consentano la rotazione tra i vari responsabili di procedimento, senza arrecare nocumento all'attività aziendale. (ad esempio, tra i componenti delle commissioni di gara e di concorso e le segreterie addette, ecc....).

Durante l'anno 2021, l'Azienda ha proceduto al conferimento degli incarichi di strutture sanitarie complesse, determinando di fatto una rotazione fisiologica del personale di vertice. Tenuto conto delle superiori considerazioni, e nel rispetto di quanto stabilito al riguardo dall'art. 4 lett. e) della Legge n.190/2012, l'Azienda ha, quindi, adottato, con atto deliberativo n. 1260 del 8 agosto 2018, le "Linee di indirizzo sulla rotazione del personale esposto a rischio corruzione", cui si rimanda, per la disciplina in dettaglio dell'attuazione della misura.

ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE)

L'art.1, co. 42, lett. l) della Legge n.190/2012, ha contemplato l'ipotesi relativa alla "incompatibilità successiva" (*pantouflage/revolving doors*), introducendo all'art. 53 del D. L.vo n.165/2001, il co. 16-ter ove è disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio,

abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali (dirigenti, funzionari, titolari di funzioni dirigenziali, responsabili del procedimento) per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'Amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

La norma sul divieto di *pantouflage* prevede inoltre specifiche conseguenze sanzionatorie, quali la nullità del contratto concluso e dell'incarico conferito in violazione del predetto divieto.

Inoltre, ai soggetti privati che hanno conferito l'incarico, è preclusa la possibilità di contrattare con le Pubbliche Amministrazioni nei tre anni successivi, con contestuale obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti.

Per garantire il rispetto del suddetto divieto, il Direttore dell'UOC Risorse Umane curerà l'inserimento nei contratti di assunzione del personale della clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa a qualsiasi titolo (subordinata od autonoma) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, nei confronti di destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.

Al momento, poi, della cessazione del rapporto di lavoro, il Direttore della predetta UOC comunicherà per iscritto al dipendente che va in quiescenza la suddetta norma.

I Direttori delle UUOCC Provveditorato, Gestione Tecnica ed Affari Generali devono quindi assicurare che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non avere concluso contratti di lavoro subordinato od autonomo e comunque di non avere attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei loro confronti per conto dell'Azienda per triennio successivo alla cessazione del rapporto.

Pertanto:

- sono esclusi dalle procedure di affidamento i soggetti per i quali sia emersa la situazione sopra descritta;
- è fatto obbligo per i Direttori delle UU.OO.CC. sopra citate di comunicare tempestivamente tale situazione al Dirigente Responsabile del Servizio Legale dell'Azienda affinché si agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D. L.vo n. 165/2001.

TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNALE ILLECITI (WHISTLEBLOWER)

L'intervento normativo, sulla materia, intende rafforzare la tutela di soggetti che effettuano segnalazioni di reati o altre forme di irregolarità, nell'ambito dei rapporti di lavoro, già introdotta dalla legge n. 190/2012. Si tratta del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti. Il termine "whistleblower" in lingua inglese significa letteralmente "fischiatore" (come le segnalazioni di un arbitro o di un poliziotto) o, più figurativamente, l'autore di una "soffiata" ed è stato utilizzato nel PNA per definire il caso di cui si parla. Dunque, il whistleblower è chi testimonia un illecito o una irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni, e decide di segnalarlo a una persona o a un'autorità che possa agire efficacemente al riguardo. Pur rischiando personalmente atti di ritorsione a causa della segnalazione, egli svolge un ruolo di interesse pubblico, dando conoscenza di problemi o pericoli all'ente di appartenenza. Sono considerate rilevanti le segnalazioni che riguardano comportamenti, reati o irregolarità a danno dell'interesse pubblico, con esclusione, evidentemente, delle lamentele di carattere personale del segnalante.

La legge n. 190 aveva introdotto una disciplina per la tutela del dipendente segnalante, mediante l'inserimento di un nuovo articolo, il 54 bis, nel corpo del decreto legislativo n. 165/2001; ANAC ha approvato con determina n. 6 del 28 aprile 2015 le Linee Guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti

Pertanto, il dipendente che riferisce al proprio superiore gerarchico condotte che presume illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria “diretta o indiretta” avente effetti sulle condizioni di lavoro, come ritorsione, per motivi riconducibili direttamente o indirettamente alla denuncia.

Le segnalazioni saranno valutate dal superiore gerarchico e, qualora questi ritenga che le stesse abbiano rilevanza disciplinare, procederà secondo la normativa vigente.

Nel caso in cui il RPCT, nell'esercizio delle funzioni attribuite con il presente piano, venga a conoscenza di fatti che possano assumere rilievo sotto il profilo disciplinare, dovrà darne informazione al superiore gerarchico dell'ufficio/servizio/Dipartimento nel quale prestano servizio i dipendenti che potrebbero essere coinvolti. Il superiore gerarchico procederà con le modalità sopra descritte.

In sede di procedimento disciplinare a carico dell'eventuale responsabile del fatto illecito, l'identità del segnalante non può essere rivelata senza il suo consenso, a condizione che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora, invece, la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità del segnalante potrà essere rivelata ove la sua conoscenza sia indispensabile per la difesa dell'incolpato.

In azienda è ormai attiva dal 2019 una piattaforma informatica, facilmente accessibile, che garantisce al whistleblower di poter effettuare la sua segnalazione in piena autonomia e mantenendo l'anonimato. La presenza di segnalazioni inserite in piattaforma viene verificata con cadenza settimanale dal RPCT e/o dal personale di supporto del suo Ufficio e immediatamente riscontrate, con l'eventuale collaborazione di direttori/responsabili di UUOO/Servizi/Uffici aziendali.

PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITÀ (PAC)

Il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) è stato avviato con i Decreti Ministeriali 17 settembre 2012 e 1 marzo 2013.

Il dipendente conforma la sua condotta al dovere di contribuire alla gestione della cosa pubblica con impegno e responsabilità, nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità dell'attività amministrativa, antepoendo il rispetto della legge e l'interesse pubblico agli interessi privati propri e altrui. Il dipendente adegua, altresì, il proprio comportamento ai principi riguardanti il rapporto di lavoro, contenuti nel codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013 n. 62, nonché a quelli previsti dal Codice di comportamento dei dipendenti

Obiettivo del PAC è quello di conseguire la certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie attraverso un percorso atto a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili.

L'articolazione delle Aree e delle singole Azioni previste nel percorso PAC sono strutturate secondo il principio della “separazione delle funzioni” che consente di individuare, per ogni atto dell'agire amministrativo che possa incidere sul patrimonio aziendale e/o sulla gestione economica, il soggetto dipendente che, nei diversi possibili ruoli (autorizzativi, operativi, di custodia o di verifica e controllo) ne risulti il responsabile.

Così articolato, il PAC delinea una struttura organizzativa che, anche sulla base dei controlli e delle verifiche periodiche svolte dall'*Internal Audit*, rappresenta una garanzia per il rispetto dei

principi di trasparenza e imparzialità cui deve uniformarsi la Pubblica Amministrazione, nonché uno strumento atto a prevenire e a contrastare l'insorgere di comportamenti illegittimi.

Quanto detto trova esplicita conferma nella Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione."

La realizzazione del programma di lavoro previsto dal PAC dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN è considerata, infatti, fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità.

L'ARNAS-Civico, con delibera n. 211 del 12 febbraio 2016, ha adottato il documento analitico "PAC ARNAS-Civico Di Cristina e Benfratelli di Palermo" contenente le Azioni, il Cronoprogramma di realizzazione e l'individuazione dei Responsabili per singola Azione del Percorso Attuativo di Certificabilità di questa Azienda in esito alle determinazioni fissate dai D.A. n. 2128/2013 e D.A. n. 402/2015 e, in ultimo, riformulato con deliberazione n. 1635 dell'11/11/2016 in esito alle nuove determinazioni assunte dalla Regione con proprio D.A. n. 1559 del 05/09/2016.

Con nota prot. n. 3357 del 30/11/2016, l'ARNAS-Civico, in adempimento al decreto da ultimo citato, ha comunicato l'elenco delle procedure amministrativo-contabili implementate al 30/11/2016 e il report con il quale è stato effettuato il monitoraggio, al 30/11/2016, dello stato di avanzamento lavori del PAC aziendale, redatto secondo le modalità e il format richiesto dall'Assessorato della Salute.

Con nota prot. n. 17942/2017 del 31/10/2017 sono stati trasmessi all'Assessorato della Salute, dipartimento per la Pianificazione Strategica Servizio 2°, lo stato di avanzamento relativo al PAC aziendale alla data del 30/10/2017 e le procedure amministrativo-contabili relative alle Aree "Ciclo Disponibilità Liquide", "Ciclo Costi e Debiti" e "Ciclo Crediti e Ricavi" adottati con delibera n. 459 del 30/11/2017.

Con nota prot. n. 12390 del 02/08/2018 sono stati trasmessi all'Assessorato della Salute, dipartimento per la Pianificazione Strategica Servizio 2°, lo stato di avanzamento relativo al PAC aziendale alla data del 30/06/2018.

Tutta la documentazione inerente lo stato di avanzamento del Percorso Attuativo di Certificabilità ed i relativi stati di avanzamento dei lavori sono pubblicati nell'apposita sezione dedicata del sito web aziendale.

PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI

Questa ARNAS, al fine di rafforzare le condizioni di legalità e di sicurezza nella gestione degli appalti e dei contratti pubblici, già aderisce al Protocollo di Legalità "Carlo Alberto Dalla Chiesa" sottoscritto il 12 luglio 2005 dal Ministero dell'Interno, dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Siciliana.

Con l'aggiornamento al presente Piano si reputa tuttavia opportuno un aggiornamento alla luce delle novità normative introdotte dall'art.1 comma 17 della Legge n.190/2012 secondo i criteri fissati dallo schema di Protocollo di Legalità/Patto di Integrità di cui all'**Allegato 2**.

Il suddetto Protocollo/Patto di Integrità prevede un insieme di regole comportamentali volte a prevenire la corruzione e a valorizzare comportamenti eticamente corretti per tutti i concorrenti. Gli Uffici competenti sono pertanto tenuti ad inserire in tutti gli avvisi di gara, a pena di invalidità, l'espressa previsione che il mancato rispetto delle clausole contenute nel suddetto documento rappresenta causa di esclusione dalla gara e di risoluzione del contratto.

L'Azienda, in forza della Determinazione ANAC n. 4 del 10 ottobre 2012, e tenuto conto delle prescrizioni contenute nel nuovo Codice degli Appalti di cui al D. Lgs. n. 50/2016, richiede altresì, in

qualità di stazione appaltante, ai partecipanti alle gare aziendali, il rispetto del Protocollo di Legalità/Patto di Integrità.

La mancata previsione negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito della predetta clausola di salvaguardia, e/o mancata verifica della sottoscrizione del documento costituiscono violazioni dei doveri del pubblico dipendente.

Sempre nell'ambito dei processi finalizzati alla prevenzione della corruzione in materia di appalti, rientrano, inoltre, le disposizioni contenute nel Regolamento ANAC del 9 dicembre 2014, che prevedono, per le stazioni appaltanti, la facoltà di avvalersi dell'attività di vigilanza collaborativa, anche preventiva, da parte dell'Autorità, secondo le modalità indicate dall'art. 4 del citato Regolamento.

AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE

Considerato che l'azione di prevenzione e di contrasto della corruzione richiede un rapporto di stretto e fiducia con i cittadini, gli utenti e le imprese, alimentato da stabili canali di comunicazione, l'Azienda adotta modalità e soluzioni organizzative per la segnalazione (anche provenienti dall'esterno) di fatti attribuibili a cattiva amministrazione, conflitto di interessi, corruzione, anche attraverso l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (URP) quale interfaccia di comunicazione interna/esterna.

Le modalità con le quali attuare il raccordo ed i canali di collegamento sono pubblicizzati in modo da rendere trasparente la rappresentazione degli interessi da parte dei vari portatori.

COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDERS

Al fine di rendere possibile un ascolto attivo degli stakeholders interni (sindacati, dipendenti) ed esterni (cittadini, associazioni, imprese, ecc.), è disponibile sul sito web istituzionale una sezione dedicata cui richiedere informazioni e rivolgersi per qualsiasi comunicazione.

La partecipazione degli stakeholders consente di individuare i profili di trasparenza che rappresentino un reale e concreto interesse per la collettività; tale contributo porta un duplice vantaggio: una corretta individuazione degli obiettivi strategici ed una adeguata partecipazione dei cittadini.

COMUNICAZIONE

Le iniziative a sostegno della trasparenza, della legalità e della promozione della cultura dell'integrità si sostanziano in iniziative di comunicazione per la diffusione dei contenuti del Programma e dei dati pubblicati, in incontri dedicati e note informative con gli uffici competenti. Il processo di informatizzazione tutt'ora in atto in Azienda ha come l'obiettivo l'aumento della trasparenza dell'azione amministrativa, facilitandone contemporaneamente il processo di realizzazione.

Con atto deliberativo 1807 del 11/12/2023 questa Azienda ARNAS-Civico ha adottato il nuovo Piano di Comunicazione Aziendale per l'anno 2024.

IL SITO WEB AZIENDALE

Il sito web www.arnascivico.it rappresenta il primario e più immediato strumento di comunicazione con il mondo dei cittadini e degli utenti. Consente, infatti, di fornire informazioni utili sui servizi offerti e sulle modalità di accesso agli stessi, sulle strutture aziendali e

sull'organizzazione dell'Azienda. Consente altresì di diffondere notizie in merito alla gestione dell'Azienda.

È compito fondamentale dell'Azienda curarne l'aggiornamento in modo da assicurare il più tempestivo e completo accesso agli utenti ai servizi di interesse.

La struttura dell'Amministrazione Trasparente è stata mantenuta aggiornata nel corso degli anni tenendo conto delle indicazioni dell'ANAC. In particolare, è stata attuata una prima riorganizzazione dei contenuti che continuerà nei prossimi anni, per allinearla alle indicazioni del D.Lgs. n.33/2013 come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016.

Come già rappresentato nella sezione "12. La Trasparenza Amministrativa", cui si rimanda, la sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale è stata recentemente riorganizzata in adempimento alle indicazioni contenute nella delibera ANAC 203 del 17/05/2023.

LA CARTA DEI SERVIZI

La Carta dei Servizi rappresenta il mezzo prioritario per portare a conoscenza del cittadino/utente e di tutti gli stakeholders i servizi offerti dall'Azienda e le modalità della loro erogazione.

Il documento è consultabile sul sito istituzionale ed è lo strumento informativo che maggiormente rappresenta la logica di un sistema integrato di comunicazione verso il cittadino che l'Azienda mira a realizzare.

La Carta dei Servizi contiene informazioni aggiornate, a vantaggio di chi abbia necessità di consultarla. Oltre a presentare l'Azienda, la Carta rende conto degli impegni assunti nei confronti del cittadino.

INDAGINI DI CUSTOMER SATISFACTION

Periodicamente l'Azienda procede ad analisi di *customer satisfaction* per misurare il grado di soddisfazione degli utenti circa i servizi offerti.

Tali indagini permettono di conoscere le opinioni degli utenti al fine di poter apportare miglioramenti nelle azioni svolte e nel rapporto con i pazienti.

L'Azienda si riserva di predisporre un percorso che consenta di rendere consultabili in modo agevole gli esiti delle indagini svolte e le azioni di miglioramento intraprese.

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)

La Posta Elettronica Certificata (PEC) è lo strumento che consente di inviare e ricevere messaggi di testo ed allegati con lo stesso valore legale di una raccomandata con avviso di ricevimento. Essa rappresenta un'innovazione capace di generare rilevanti risparmi sul piano economico e di semplificare i rapporti tra privati e la Pubblica Amministrazione.

La diffusione della PEC rientra nel processo di "dematerializzazione" della burocrazia. L'ARNAS si è dotata di caselle di posta elettronica certificata per comunicare con altre amministrazioni, cittadini, imprese e professionisti. L'indirizzo di Posta Elettronica Certificata, pubblicato sul sito istituzionale, al quale far pervenire comunicazioni ufficiali, tramite casella di posta elettronica certificata, è il seguente: ospedalecivicopa@pec.it

L'indirizzo di posta elettronica certificata dell'Ufficio Anticorruzione e Trasparenza è: anticorruzione.arnascivicopa@pec.it

DISCIPLINA DEL PROCEDIMENTO SANZIONATORIO PER LA VIOLAZIONE DEGLI OBBLIGHI IN MATERIA DI TRASPARENZA

La disciplina del procedimento sanzionatorio per l'omessa comunicazione e/o pubblicazione di dati ed informazioni ai sensi dell'articolo 47 del Decreto Legislativo 14.03.2013, n. 33 è disciplinata dalla deliberazione CIVIT quale Autorità Nazionale Anticorruzione n. 66 del 31.07.2013 e dal successivo "Regolamento ANAC in materia di esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell'art. 47 del D.L.vo 14 marzo 2013 n.33, come modificato dal D.L.vo 25 maggio 2016 n. 97" approvato il 16 novembre 2016

Il sistema sanzionatorio previsto dall'articolo 47 del D.Lgs. n. 33/2013 si attiva:

- per violazione degli obblighi di pubblicazione di cui all'articolo 22 comma 2 del D.Lgs. n. 33/2013;

- per mancata o incompleta comunicazione delle informazioni e dei dati di cui all'articolo 14.

Le violazioni di cui ai punti 1 e 2 danno luogo all'applicazione di una sanzione pecuniaria amministrativa da 500 euro a 10.000 euro per ogni singola violazione rilevata.

Le violazioni, inoltre, sono rilevanti:

- sotto il profilo disciplinare, ai fini della valutazione della responsabilità dirigenziale, con eventuale causa per danno all'immagine della PA;

- ai fini della corresponsione delle retribuzioni di risultato o del trattamento accessorio (cd.produttività).

L'RPCT non risponde dell'omissione se dimostra che l'inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile.

Il procedimento sanzionatorio è avviato esclusivamente su segnalazione dell'ANAC, dell'OIV (o del Nucleo di Valutazione), ovvero dell'RPCT.

Ricevuta la segnalazione da parte dei soggetti, l'RPCT, individuato ai sensi dell'articolo 1 comma 7 della legge 190/2012, svolge la fase istruttoria.

Il RPCT accerta l'omissione e la contesta tempestivamente al destinatario e, comunque, non oltre venti giorni. La contestazione, svolta in forma scritta, è notificata al destinatario nel termine di cui sopra. Entro quindici giorni dalla notificazione della contestazione, il destinatario ha facoltà di depositare le proprie controdeduzioni in forma scritta. In alternativa alle controdeduzioni scritte, nel medesimo termine, il destinatario può richiedere un contraddittorio con il RPCT, nel quale può farsi assistere da un legale o da un rappresentante sindacale. Durante il contraddittorio, del quale è steso processo verbale, il destinatario può produrre osservazioni scritte e documenti a dimostrazione che l'omissione è dipesa da cause a lui non ascrivibili. Data e luogo del contraddittorio sono fissati dal RPCT, e si tiene di norma entro dieci giorni dalla richiesta. Qualora il destinatario non si presenti al contraddittorio, senza un giustificato e documentato motivo, l'RPCT chiude l'istruttoria.

Ricevute ed esaminate le controdeduzioni, ovvero svolto o andato deserto il contraddittorio, il RPCT chiude l'istruttoria con una breve relazione. Quindi, rimette gli atti all'Ufficio responsabile dei procedimenti disciplinari per l'assunzione del provvedimento conclusivo. L'autorità amministrativa competente ad irrogare la sanzione di cui all'articolo 3 comma 1 è l'Ufficio responsabile dei Procedimenti Disciplinari (UPD).

L'UPD procede sulla base degli atti ricevuti dal RPCT e chiude il procedimento comminando la sanzione, ovvero dichiarando il "non luogo a procedere". L'UPD fissa e notifica la sanzione amministrativa pecuniaria, nel termine di novanta giorni dalla ricezione degli atti.

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Si riporta nell'**Allegato 1** la mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione con l'indicazione dei singoli responsabili.

DISPOSIZIONI FINALI ED ENTRATA IN VIGORE

Per quanto non espressamente previsto nel presente documento trova applicazione la normativa vigente sia in materia di Prevenzione della Corruzione che in materia di Trasparenza. Il Piano ha validità triennale ed è immediatamente vigente.

Di norma entro il 31 gennaio di ogni anno viene sottoposto a revisione e alle modifiche che si rendono necessarie a seguito di eventuali nuovi assetti dell'organizzazione aziendale e di ulteriori interventi normativi.

Pertanto, il presente documento:

- è approvato con atto deliberativo da parte del Direttore Generale su proposta del RPCT;
- dopo l'approvazione è trasmesso a cura del RPCT all'ANAC, al Collegio Sindacale, all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Il periodo di applicazione del presente PTPCT e delle relative misure si continua ad intendere relativo al triennio, anche se il PIAO potrà apportare ulteriori aggiornamenti e modifiche in relazione con il ciclo complessivo della performance, con eventuali cambiamenti nella struttura organizzativa e gestionale dell'azienda e con le eventuali novità introdotte con i successivi PNA.

2.4 Il Piano per l'Efficientamento Energetico

Scopo del presente documento è quello di individuare:

- a) i punti di forza e di debolezza delle singole strutture, attraverso una analisi di tutte le caratteristiche aventi influenza dal punto di vista energetico;
- b) le azioni correttive, distinguendole tra quelle utili per ridurre i costi e quelle utili per migliorare la qualità delle prestazioni energetiche, con relativa analisi costi-benefici.

Si partirà quindi da una misurazione di massima delle performance energetiche dei singoli padiglioni allo scopo di dare corpo a un piano di attività e di Intervento di riassetto energetico nel quale vengono promossi la riqualificazione delle strutture ospedaliere, la valorizzazione delle fonti rinnovabili, la riduzione dei consumi e delle emissioni.

ANALISI ENERGETICA DI MASSIMA

Il contesto ospedaliero occupa una posizione preminente dal punto di vista energetico sia per l'entità dei fabbisogni (necessità di garantire il funzionamento H24 per 365 gg/anno) sia per la diversificazione degli usi energetici, generando elevati consumi, costi ed emissioni.

L'ARNAS Civico - Di Cristina – Benfratelli si compone di due ospedali. Il più grande dei due è l'ospedale "Civico", il secondo è l'ospedale specializzato pediatrico "Di Cristina". L'Ospedale "Civico" si trova nel quartiere "Montegrappa - S.Rosalia". Gli ingressi principali sono attualmente in Via Carmelo Lazzaro e in Via Tricomi. L'Ospedale "G. Di Cristina" si trova nel quartiere "Palazzo Reale – Monte di Pietà". Gli ingressi principali sono da Via Benedettini e da Piazza Montalto. Le due aree

interessate si differenziano notevolmente per grandezza, numero e disposizione di edifici e di reparti.

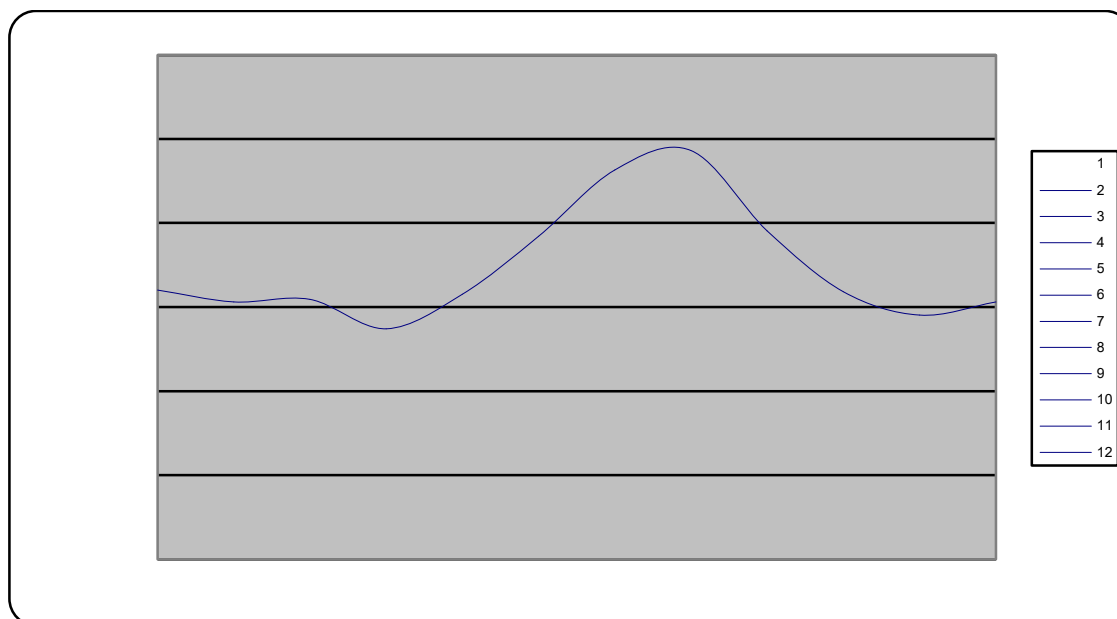
Complessivamente i padiglioni degli ospedali Civico e Di Cristina sono i seguenti:

Padiglione 1 - Direzione e Servizi	Padiglione 10 - Chirurgie speciali
Padiglione 2 - Medicina	Padiglione 11 - Chirurgia vascolare
Padiglione 3 - Maternità	Padiglione 12 - Cardiologia
Padiglione 4 - Chirurgie	Padiglione 14 - Camera Mortuaria
Padiglione 5 - Psichiatria	Padiglione 15 - Detenuti
Padiglione 6 - Chirurgia Plastica	Padiglione 17 - Nuovo M. Ascoli
Padiglione 7 - Chirurgia Toracica	Padiglione 23 - Centrale, Di Cristina
Padiglione 8 - Emergenze	Padiglione 24 - L. Biondo, Di Cristina
Padiglione 9 - Ufficio Ticket	

CONSUMI ANNUALI DI ENERGIA ELETTRICA

Si riportano di seguito i grafici relativi ai costi mensili ed ai consumi mensili di energia elettrica relativi all'anno 2022.

CONSUMI MENSILI DI ENERGIA ELETTRICA



Dall'analisi dei grafici sopra riportati appare evidente l'andamento stagionale dei consumi; in particolare è possibile rilevare un netto incremento (pari al 70% circa) dei consumi nel periodo estivo rispetto al periodo invernale. Il picco massimo dei consumi si ha infatti nel mese di agosto quando è massimo l'utilizzo dei condizionatori d'aria.

Appare altresì evidente la necessità di dotare l'azienda di un impianto di cogenerazione di energia elettrica che faccia uso del metano per generare calore, energia elettrica e acqua fredda per le unità trattamento aria a servizio dei vari padiglioni. Sarà inoltre anche necessario dotare l'azienda

di un impianto di generazione fotovoltaica che vada a coprire almeno il 10% del consumo totale (tale stima tiene conto delle superfici disponibili per la posa dei pannelli).

DISPERSIONI DI CALORE DALLE COPERTURE PIANE

L'involucro edilizio delimita gli ambienti in cui si vogliono mantenere delle condizioni di confort stabili, rispetto alle condizioni climatiche dell'ambiente esterno che è invece caratterizzato da una maggiore variabilità.

I tetti piani degli edifici di questa Azienda, allo stato attuale, possiedono delle caratteristiche di basso livello dal punto di vista termico e quindi facili margini di miglioramento.

Le coperture piane di tutti gli edifici, infatti, non sono dotate di alcun isolamento termico supplementare né di copertura riflettente.

Si riportano di seguito le superfici dei tetti piani dei vari padiglioni (sono stati esclusi i tetti spioventi):

EDIFICI	Pad.	Superfici tetti piani	Perimetro coperture edifici
Direzione Amministrazione e servizi	1	mq 1793	m 419,00
Emergenze	8	mq 2557	m 261,00
Camera mortuaria	14	mq 392	m 88,00
Padiglione detenuti	15	mq 734	m 131,00
Padiglione nuovo "M.Ascoli"	17	mq 700	m 130,00

Da una prima analisi sommaria è possibile stimare in 1,35 W/m²K la trasmittanza media attuale dei solai piani di copertura. Tenendo conto dei gradi giorno per Palermo, del periodo di riscaldamento indicato dalle norme vigenti pari a 121 giorni dal 1° dicembre al 31 Marzo e considerando come periodo di climatizzazione i mesi da Maggio a Settembre (con un COP medio degli impianti pari a 2,5), è possibile stimare in 120.000 kWh/annui la quantità di energia sprecata per le dissipazioni termiche delle coperture piane. Risulta quindi evidente che è necessario abbassare la trasmittanza dei solai di copertura attraverso il posizionamento di strati di materiale termicamente isolante e riflettente.

DISPERSIONI DI CALORE DA INFISSI CON VETRO SINGOLO

Il bilancio energetico dei vari padiglioni può essere migliorato in termini di dispersioni termiche sostituendo gli attuali infissi con vetro semplice, con altri con prestazioni termiche migliori.

Di seguito sono riportate le superfici totale degli infissi che sarebbe possibile sostituire allo scopo di diminuire sensibilmente le dispersioni termiche.

EDIFICI	Pad.	Superficie Totale Infissi (mq)
Direzione Amministrazione e servizi	1	450
Chirurgia plastica	6	800
Patologie polmonari e renali	7	880
Camera mortuaria	14	50
Padiglione detenuti	15	300
Padiglione nuovo "M.Ascoli"	17	380
L.Biondo Di Cristina	24	350
S. Maggiore Di Cristina	25	450

La trasmittanza media di un vecchio serramento a vetro singolo si può stimare in 12 W/m²K. La trasmittanza di un moderno serramento completo di doppio vetro non sarà invece superiore a 2,8 W/m²K. Tenendo conto dei gradi giorno per Palermo, del periodo di riscaldamento indicato dalle norme vigenti pari a 121 giorni dal 1° dicembre al 31 Marzo e considerando come periodo di climatizzazione i mesi da Maggio a Settembre (con un COP medio degli impianti pari a 2,5), è possibile stimare in 320.000 kWh/annui la quantità di energia sprecata per le dissipazioni termiche dei vecchi infissi. Risulta quindi evidente che è necessario abbassare la trasmittanza dei serramenti attraverso la loro sostituzione.

AZIONI CORRETTIVE DA EFFETTUARE

L'insieme delle azioni correttive di seguito elencate costituisce il piano di attività e di intervento di riassetto energetico avente il fine di promuovere la riqualificazione delle strutture ospedaliere, la valorizzazione delle fonti rinnovabili e la riduzione dei consumi.

Per convertire un complesso edilizio convenzionale in un complesso edilizio sostenibile, bisogna seguire una metodologia che si può articolare in 4 passi successivi:

1. Minimizzazione della necessità di energia
2. Utilizzazione delle tecnologie a più alta efficienza
3. Massimizzazione del riuso e del riciclo
4. Utilizzazione delle fonti energetiche rinnovabili.

Il primo passo consiste nella ristrutturazione, degli edifici in modo che gli obiettivi di comfort (termico, luminoso e acustico) e funzionalità siano raggiunti col minimo di richiesta di energia.

Una volta raggiunto questo obiettivo, l'energia comunque necessaria per ottenere gli scopi prefissati deve essere fornita da sistemi tecnologici ad alta efficienza, avendo la massima cura nell'evitare soluzioni progettuali che diano luogo a sprechi energetici, nonostante si usino tecnologie efficienti.

Il riuso e il riciclo sono di primaria importanza per ridurre la quota di consumo indiretto di energia.

Infine, se i tre passi precedenti sono stati effettuati in modo appropriato, la quantità di energia primaria occorrente sarà talmente ridotta da rendere possibile una buona copertura delle esigenze

con le fonti rinnovabili locali. Nell'ambito di questo piano ci occuperemo di approcciare i primi due passi della metodologia teorica sopra descritta.

Nel quadro descritto, di fondamentale importanza è l'impiego di "intelligenza" distribuita, che nello specifico si traduce in sistemi informatici e telematici preposti alla regolazione e al controllo delle diverse tecnologie viste come sistema integrato, una specie di "sistema nervoso" preposto al controllo del "metabolismo" dell'insediamento.

Gli interventi di efficienza energetica da eseguire sono stati pensati tenendo in considerazione i luoghi dove si dovrà agire, si è quindi cercato di ipotizzare attività per quanto possibile poco invasive. Sono state ipotizzate 7 tipologie di intervento, di seguito elencate e descritte più in dettaglio nelle relazioni seguenti:

- a. Isolamento delle coperture piane e rivestimento con membrana riflettente
- b. Sostituzione dei vecchi infissi con vetro singolo
- c. Sostituzione dei corpi illuminanti nelle zone di transito all'interno degli edifici
- d. Installazione di regolatori di flusso per l'illuminazione esterna dei viali del "Civico"
- e. Impianto di cogenerazione a gas
- f. Sistema di monitoraggio, regolazione e controllo della climatizzazione degli ambienti
- g. Audit energetici e Attestati di Certificazione Energetica

Eccetto la tipologia di intervento g, non tutti gli edifici saranno coinvolti in tutte le categorie di lavori. In particolare, l'intervento a. riguarda i padiglioni 1, 8, 14, 15, 17; l'intervento b. tutti i padiglioni tranne l'emergenza; l'intervento c. i padiglioni 1, 6, 7, 8, 14, 15, 17, 24 e 25; l'intervento d. riguarda l'illuminazione esterna; gli edifici del "Di Cristina" non sono stati considerati nel dimensionamento del cogeneratore essendo non raggiungibili dalla rete di distribuzione del calore; il sistema di monitoraggio è previsto per tutte le stanze di degenza e per le stanze del personale sanitario in tutti gli edifici.

a. Isolamento delle coperture piane e rivestimento con membrana riflettente

Una delle funzioni primarie che un terrazzo di copertura deve assolvere è di proteggere l'edificio da infiltrazioni meteoriche provenienti dall'esterno. Allo stato attuale le coperture posseggono e questa proprietà, essendo costituite da un solaio latero-cementizio, e da strati di impermeabilizzazione bituminosa a protezione dello stesso.

Volendo dare agli edifici maggior confort, ed un migliore rendimento relativamente al consumo energetico, sarà opportuno intervenire attraverso l'installazione di idonei isolanti termici, e speciali membrane riflettenti che abbassano notevolmente i livelli di trasmittanza termica rispetto a quelli attuali.

La tipologia di stratificazione che si propone tiene conto non solo del contenimento dei consumi energetici, ma considera anche l'impatto ambientale dei prodotti per la costruzione attraverso l'analisi del loro ciclo di vita LCA (*Life Cycle Assessment*), l'impatto della fase di edificazione come pure la valutazione degli impatti ambientali in fase di gestione, in fase di manutenzione/riparazione, in fase di demolizione parziale o totale dello stesso e, a fine vita, del riciclo dei materiali edili.

Uno dei principali requisiti di un intervento di edilizia sostenibile è la durata delle soluzioni tecniche previste dal progetto e il loro ripristino senza demolizione che si traducono entrambi in un minor consumo di risorse e una produzione di rifiuti inferiore.

Le Membrane in Bitume Polimero o i *carton* feltri bitumati, si riparano con facilità e a basso costo saldando sopra alla lesione una pezza di membrana e, contrariamente ad altre tipologie di materiali, anche su vecchi manti senza trattamenti specifici.

Questa particolare ed esclusiva proprietà viene usata anche per prolungare la durata del manto impermeabile. L'intervento di miglioramento che si propone, prevede come piano di partenza, una membrana di bitume polimero su cui aggiungere le successive stratificazioni e lavorazioni.

Da una prima analisi la trasmittanza media attuale dei solai piani di copertura si è stimata pari a 1,35 W/m²K, l'intervento prevede di aggiungere sull'estradosso della copertura 3 strati di materiali diversi per un totale di circa 12 cm di spessore.

Date le premesse la trasmittanza risultante alla fine dell'intervento sarà di 0,31 W/m²K.

L'aumento di resistenza termica dei solai di copertura comporterà una riduzione delle dispersioni durante il periodo di riscaldamento valutata complessivamente in 92.000 kWh in termini di energia utile, pari a circa 130.000 kWh/anno di energia primaria (considerato un rendimento complessivo dell'impianto termico di 0,7). Queste valutazioni sono state eseguite tenendo conto dei gradi giorno per Palermo e del periodo di riscaldamento indicato dalle norme vigenti pari a 121 giorni dal 1° dicembre al 31 Marzo. Considerato come periodo di climatizzazione i mesi da Maggio a Settembre, mediante delle simulazioni in regime dinamico, si è riscontrata una diminuzione (per m² di superficie di copertura piana isolata e rivestita con membrana riflettente) pari a 24 kWh/m² in termini di energia utile. Moltiplicandolo questo indice per la superficie di tetti soggetta ad intervento, e considerando un COP medio di 2,5, il risparmio in termini di energia elettrica per la climatizzazione estiva risulta pari a circa 60.000 kWh/anno.

In termini di CO₂ la quantità azzerata sarà pari a circa 51.000 kg annui

b. Sostituzione dei vecchi infissi con vetro singolo

Il fine di questo intervento è la sostituzione di tutti gli infissi esterni a vetro singolo degli edifici con altri rispondenti alle attuali normative di sicurezza e di risparmio energetico.

EDIFICI	Pad.	Superficie Totale Infissi (mq)
Direzione Amministrazione e servizi	1	450
Chirurgia plastica	6	800
Patologie polmonari e renali	7	880
Camera mortuaria	14	50
Padiglione detenuti	15	300
Padiglione nuovo "M.Ascoli"	17	380
L. Biondo Di Cristina	24	350
S. Maggiore Di Cristina	25	450

Per potere sfruttare al meglio la luce diurna potranno essere utilizzati dei nuovi infissi con struttura in PVC accoppiati a vetrate isolanti a controllo solare. Con il miglioramento delle prestazioni termoisolanti è necessario limitare, alle nostre latitudini l'irradiazione solare; questo si ottiene attraverso l'uso diversificato delle vetrate isolanti.

Saranno infatti utilizzati dei vetri camera basso emissivi selettivi negli infissi rivolti verso il quadrante Sud, mentre sugli infissi rivolti verso il quadrante Nord saranno utilizzati dei vetri camera con il solo trattamento basso emissivo.

La trasmittanza del serramento completo di vetro non dovrà essere comunque superiore a 2,8 W/m²K.

Si è stimato che l'installazione di infissi con le caratteristiche sopra descritte comporterebbe un risparmio di energia primaria per il riscaldamento pari a circa 190.000 kWh/anno, senza considerare l'ulteriore riduzione dovuta alla diminuzione delle infiltrazioni d'aria.

Per quanto riguarda i risultati di riduzione dei consumi per la climatizzazione estiva l'installazione di vetri selettivi comporta una riduzione del 64% della radiazione solare entrante dalle vetrate rivolte a sud. Si può quindi stimare una riduzione dell'energia solare entrante pari a circa 270.000 kWh nei mesi da maggio a settembre. Senza tenere in considerazione la differenza della temperatura radiante all'interno degli ambienti, la riduzione in termini di energia elettrica si attesta quindi intorno ai 110.000 kWh.

In termini di CO2 la quantità azzerata è pari a circa 82.000 kg annui

c. Sostituzione dei corpi illuminanti nelle zone di transito all'interno degli edifici

L'intervento prevede la sostituzione degli apparecchi illuminanti esistenti in tutte le zone di transito, con apparecchi illuminanti più efficienti. Le plafoniere esistenti sono di due tipologie con due tipi di lampade installate (4x18W e 2x36W) e saranno sostituite con lampade con le stesse caratteristiche di potenza luminosa.

EDIFICI	Pad.	Corpi illuminanti 4x18W	Corpi illuminanti 2x36W
Direzione Amministrazione e servizi	1	90	45
Chirurgia plastica	6	160	26
Patologie polmonari e renali	7	180	28
Emergenze	8	200	26
Camera mortuaria	14	0	18
Padiglione detenuti	15	60	15
Padiglione nuovo "M.Ascoli"	17	140	30
L.Biondo Di Cristina	24	60	24
S. Maggiore Di Cristina	25	80	36

Le nuove lampade saranno del tipo fluorescente lineare “T5” con reattori elettronici dimmerabili e saranno installati sensori di luminosità che permetteranno di regolare la potenza luminosa in funzione dell’illuminazione naturale.

Spesso gli impianti di illuminazione vengono lasciati inseriti a piena potenza, anche in presenza di un consistente contributo di luce naturale, oppure quando - in certi periodi di tempo - sarebbe sufficiente un livello di illuminamento più basso. Questo comporta un inutile spreco dei consumi elettrici che possono essere sensibilmente ridotti ed ottimizzati. Dalle analisi effettuate scaturisce che, dei corpi illuminanti individuati per la sostituzione, la metà sta accesa ogni giorno per almeno 8 ore, e la restante metà anche per tutto il giorno. Essendo tutti in punti di transito il controllo sull'accensione e lo spegnimento non è continuo.

Ipotizzando quindi un tempo di funzionamento di 12 ore al giorno per 365 giorni il consumo di energia elettrica attribuibile a questi sistemi di illuminazione è pari a circa 400.000 kWh anno. L'installazione di lampade con un maggiore rendimento in termini di potenza luminosa, con reattori elettronici "dimmerabili" controllati da sensori di luminosità, che adeguano la potenza alle

condizioni di illuminamento naturale, comporterebbe una riduzione nell'ordine del 50% dei consumi di energia elettrica. Da ciò consegue che in termini di CO₂ la quantità azzerata è pari a circa 80.000 kg annui.

Ragion per cui l'intervento di sostituzione e successiva installazione dei nuovi corpi illuminanti con sistemi di regolazione attraverso i sensori consentono una serie di vantaggi, quali:

- notevole risparmio energetico, grazie al controllo in tensione che limita la corrente, diminuendo dunque la potenza assorbita in periodi in cui è sufficiente un minor flusso luminoso;
- mantenimento dell'omogeneità del flusso luminoso emesso in fase di regolazione, evitando la formazione di zone d'ombra;
- aumento della vita media delle lampade, stabilizzazione della tensione.
- maggiori livelli di illuminamento e confort visivo grazie alla nuova tecnologia del corpo illuminante.

Le lavorazioni relative alla sostituzione dei corpi illuminanti prevede la semplice rimozione del vecchio apparato che sarà opportunamente smaltito secondo norma (D.L. 25 luglio 2005, n. 151), il cablaggio dei nuovi apparecchi, ed il montaggio nell'apposita sede sul controsoffitto esistente.

Si dovranno altresì prevedere, nel caso di problemi nell'alloggiamento, o danni nello smontaggio degli apparecchi, il ripristino delle parti di controsoffitto rovinate. Sarà inoltre cura dell'installatore, l'effettivo funzionamento del corpo illuminante e del sensore di controllo, prima e dopo il montaggio in apposita sede.

d. Installazione di regolatori di flusso per l'illuminazione esterna dei viali del "Civico"

L'installazione di regolatori di flusso permette di ridurre drasticamente il consumo di energia elettrica dell'illuminazione pubblica.

Il sistema costituisce una soluzione con benefici economici ed ambientali dovuti ai seguenti fattori:

- Riduzione dei costi sui servizi energetici per l'Azienda
- Riduzione della domanda di energia
- Riduzione delle emissioni di CO₂
- Allungamento della vita media delle lampade
- Riduzione dell'inquinamento luminoso

Il risparmio energetico complessivo supera il 50% e garantisce un rapido ritorno dell'investimento.

Il principio di funzionamento si basa sulla diminuzione programmata della potenza erogata che comporta una riduzione del flusso luminoso non percepita nella qualità dell'illuminazione, evitando sprechi e consentendo ottimizzazioni nelle ore notturne, senza nessun disturbo sulla linea elettrica, distorsioni o interferenze elettromagnetiche ambientali.

La regolazione digitale dell'erogazione di energia è adatta a qualsiasi tipo di lampada.

Le diagnostiche e l'impostazione dei parametri possono essere controllati localmente o remotamente. Da una prima analisi dell'impianto di illuminazione di questa Arnas è possibile prevedere l'installazione di 4 controllori elettronici di potenza per regolazione di tensione di diversa taglia collegati ai quadri elettrici dedicati all'illuminazione esterna. I controllori saranno collegati a tre centraline di trasmissione dati che riceveranno il segnale a onde convogliate dai singoli moduli elettronici di controllo e regolazione dei punti luci, installati su ogni palo.

Un server mediante un software gestirà il sistema di regolazione del flusso, il sistema potrà essere programmato liberamente e potrà anche monitorare lo stato degli impianti di illuminazione inviando segnali di errore e/o allarme.

e. Impianto di cogenerazione a gas

A differenza degli anni passati, in cui, per via della complessità tecnologica degli impianti, la cogenerazione risultava fattibile soltanto nelle grandi strutture industriali, le moderne tecnologie della micro-cogenerazione (25 kW – 1 MW) consentono oggi di sostituire la normale caldaia per riscaldamento con un cogeneratore che, oltre a produrre calore, produce elettricità riducendo il consumo complessivo di energia primaria, rispetto al caso caldaia + elettricità da rete.

Un impianto di cogenerazione della taglia idonea per una struttura ospedaliera (200-1000 kWel) consiste sostanzialmente in un motore alternativo, oppure in una turbina a gas, che aziona un generatore per la produzione di energia elettrica, mentre il calore refluo contenuto nei gas di scarico e nell'acqua di raffreddamento, invece di essere dissipato nell'ambiente, viene impiegato per la produzione di calore utile.

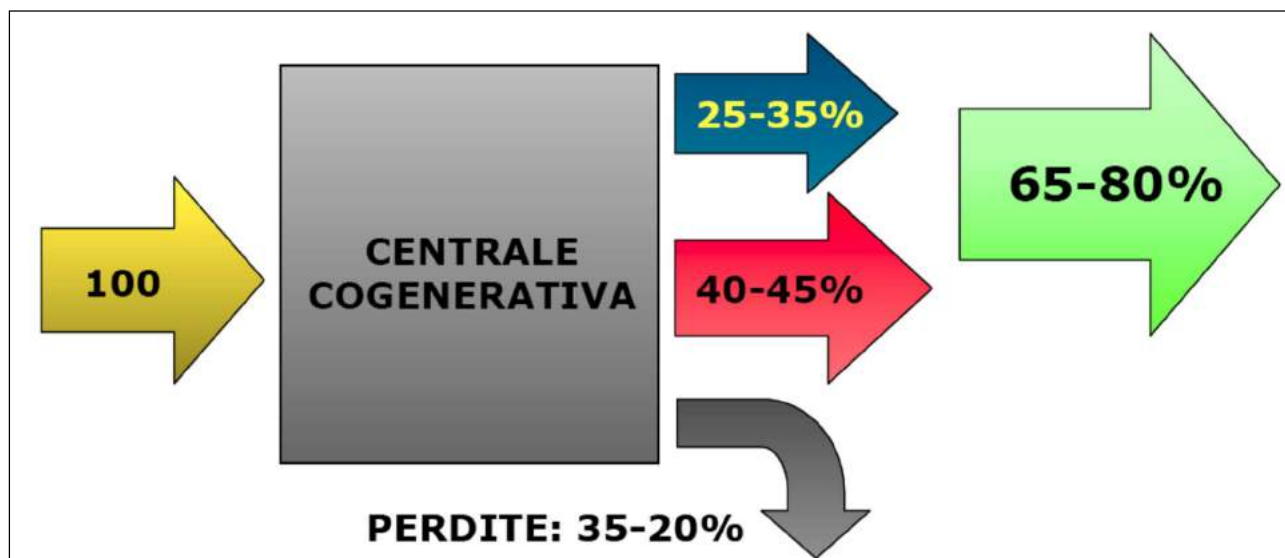
Dal punto di vista economico, la cogenerazione di energia elettrica e calore rappresenta per gli ospedali una forma di approvvigionamento energetico molto interessante.

Per raggiungere la convenienza, i ricavi del sistema cogenerativo devono essere sufficienti per coprire l'investimento, la manutenzione ed il costo del combustibile. Condizione indispensabile perché ciò si verifichi è un funzionamento il più possibile costante e continuo e possibilmente per almeno 5.000 ore l'anno.

Attualmente l'acqua calda sanitaria è prodotta dalle caldaie dei singoli edifici; per circa 8 mesi l'anno queste caldaie non producendo contemporaneamente l'acqua calda per il circuito idraulico di riscaldamento, si accendono esclusivamente per coprire la domanda di ACS. Considerate le temperature necessarie, l'installazione di un cogeneratore con motore endotermico alimentato a gas metano permetterà di rifornire di acqua calda sanitaria gli edifici oggetto di intervento. Il cogeneratore - dimensionato sulle esigenze termiche - funzionerà continuativamente con l'eccezione dei periodi di manutenzione, periodi in cui le caldaie esistenti torneranno a coprire la domanda di ACS. Il vantaggio derivante dall'installazione di questa tecnologia è la produzione combinata di energia termica e di energia elettrica (vedi fig.1). L'energia elettrica prodotta garantirà una riduzione del prelievo dalla rete e quindi un risparmio economico valutabile intorno ai 200/250.000 € anno. In termini di CO₂ la quantità azzerata è pari a circa 100.000 kg annui, avendo considerato nel bilancio la mancata produzione di acqua calda sanitaria da parte delle caldaie, la produzione di CO₂ del cogeneratore durante il suo funzionamento e l'anidride carbonica non immessa nell'ambiente derivante dal mancato prelievo dalla rete della quota di energia elettrica prodotta dal cogeneratore.

L'acqua calda sarà distribuita all'interno dell'Azienda ospedaliera mediante tubazioni interrato con sottocentrali di distribuzione per i singoli edifici. Il collegamento e l'integrazione tecnica dell'impianto di microcogenerazione non pone particolari problemi. Sarà infatti realizzata una rete di tubazioni per distribuire l'acqua calda nei padiglioni oggetto del progetto con sottocentrali di distribuzione nei pressi di ogni centrale termica in maniera tale da sfruttare la distribuzione interna esistente.

Percentuali di efficienza standard di un impianto di cogenerazione



Il calore prodotto dal cogeneratore, quindi, verrà immesso nel normale circuito di distribuzione del calore, mentre l'elettricità prodotta potrà essere immessa senza problemi nella normale rete di distribuzione della struttura ospedaliera.

Le caratteristiche principali del sistema di cogenerazione con motore endotermico dovranno essere:

- recupero di calore che non modifica il funzionamento del motore;
- elevato rendimento elettrico che si mantiene anche a carichi parziali;
- possibilità di variare rapidamente il carico elettrico;
- alimentazione gas metano alla normale pressione della rete urbana;
- estrema facilità nell'installare impianti di tipo modulare potenziabili nel tempo;
- buona affidabilità di servizio.

Il cogeneratore potrà essere fornito in apposito box insonorizzato e corredato dei setti "trappola rumore" in corrispondenza delle aperture di ventilazione che consentono alla macchina di rimanere entro i livelli di rumorosità imposti dalla normativa vigente.

f. Sistema di monitoraggio, regolazione e controllo della climatizzazione degli ambienti

Allo scopo di effettuare il controllo e la supervisione del condizionamento ambientale di ogni stanza degli edifici interessati sarà necessario dotare l'azienda di un sistema integrato di telecontrollo. La soluzione deve essere pensata per evitare di effettuare interventi particolarmente intrusivi, quindi ridurre al minimo i costi per l'acquisto e la stesura dei cavi elettrici. Per questa ragione il sistema deve operare in parte su tecnologia wireless ed in parte su tecnologia IP, mediante la rete LAN che raggiunge tutte le stanze presenti. Questa scelta consente di avere apparati dislocati in qualsiasi posizione della stanza o dell'edificio, e di avere molta flessibilità e scalabilità del sistema, avendo la possibilità di spostare a piacimento i dispositivi wireless ed aggiungerne senza problemi altri.

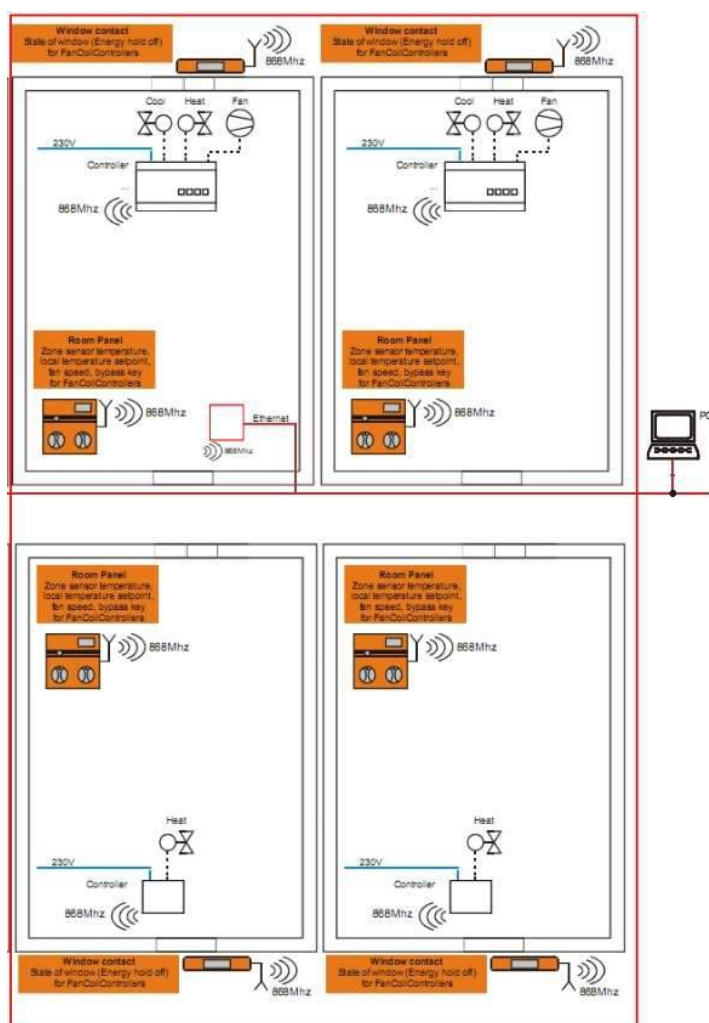
Data la possibilità di utilizzare il collegamento alla rete LAN, presente in ogni stanza, l'architettura del sistema prevede che le informazioni vengono trasmesse via LAN al sistema di supervisione e via wireless ai dispositivi di acquisizione ed attuazione necessari per effettuare

l'automazione richiesta. Sarà necessario quindi installare un server centrale di supervisione oltre ai dispositivi di campo dislocati in ogni stanza.

Nella figura a seguire, viene mostrato un esempio dell'architettura, precisamente sono mostrate quattro stanze, la rete LAN per le informazioni da e verso il server di supervisione e la rete Wireless per l'automazione di campo.

Tutti i dati raccolti dai sensori di campo vengono utilizzati per effettuare l'automazione, ma vengono anche convogliati verso il sistema di supervisione, da cui è possibile monitorare la temperatura, l'umidità e l'apertura delle finestre di ogni stanza.

Oltre ai dispositivi di campo, necessari per realizzare l'automazione e comunicanti in tecnologia wireless, sarà necessaria la presenza di un accentratore in grado di monitorare la comunicazione wireless ed impartire i comandi provenienti dal sistema di supervisione. L'accentratore funge da gateway tra i dispositivi wireless e la rete LAN, comunica con il server via LAN, ed è in grado di monitorare e comandare i dispositivi di più stanze adiacenti.



In ogni stanza potrà essere previsto il controllo della temperatura, con possibilità di variazione del *setpoint* impostato in fase di configurazione di $\pm 3^{\circ}\text{C}$, il controllo dell'umidità relativa ed il controllo dell'apertura delle finestre presenti. Ogni stanza diventa quindi un'unità autonoma, il cui funzionamento e le cui impostazioni possono essere differenti dalle altre fermo restando il controllo e la supervisione del server centrale.

L'implementazione di un tale sistema di controllo consentirà di conseguire forti risparmi sulle spese per la climatizzazione in quanto sarà in grado di rilevare immediatamente malfunzionamenti, sprechi o anomalie sugli impianti.

g. Audit energetici e Attestati di Certificazione Energetica

Al fine di verificare i benefici derivanti dall'applicazione di tale piano sarà necessario effettuare la redazione della analisi e diagnosi energetica (audit energetico), stima ex ante dell'impronta di carbonio e analisi degli obiettivi di riduzione delle emissioni di anidride carbonica e degli altri gas ad effetto serra, calcolo ex post dell'impronta di carbonio e dell'attestato di certificazione energetica (pre e post interventi) dei seguenti edifici:

	Pad	mq coperti	mc coperti
Direzione Amministrazione e servizi	1	6380	31800
Chirurgia plastica	6	5780	18200
Patologie polmonari e renali	7	6230	25300
Emergenze	8	2340	37200
Camera mortuaria	14	280	2200
Padiglione detenuti	15	2091	7000
Padiglione nuovo "M.Ascoli"	17	4749	19202
Centrale Di Cristina	23	7285	31676
L.Biondo Di Cristina	24	2272	10904
S. Maggiore Di Cristina	25	2867	13494
Totale		40273	196975

Il prodotto dell'Audit sarà una relazione in cui saranno riportate tutte le analisi e le valutazioni eseguite e le indicazioni relative all'impronta di carbonio ex ante ed ex post. Gli attestati di certificazione energetica dei singoli edifici andranno redatti secondo le linee guida nazionali per la certificazione energetica degli edifici del 26 Giugno del 2009. Gli ACE andranno redatti sia con le caratteristiche del sistema edificio-impianto allo stato attuale sia considerando le variazioni indotte dagli interventi previsti dal progetto.

L'insieme delle operazioni di efficientamento energetico descritte nei punti a, b, c, d, e, f, g, se correttamente attuate, condurrà sicuramente ad un notevole miglioramento delle prestazioni energetiche degli edifici. Allo scopo di rendere operativo il presente piano, questa Azienda ha provveduto ad affidare il servizio energia ad una ditta esterna che ha provveduto a volturare tutti i contratti di energia elettrica e gas metano. All'interno del suddetto contratto è stata inclusa la realizzazione di tutte le innovazioni tecnologiche impiantistiche descritte nei punti e, f ed atte a contenere i costi energetici a livelli sostenibili. Per i rimanenti punti l'ufficio tecnico sta provvedendo alla redazione di specifici progetti.

Sezione 3- Organizzazione e capitale umano

Il Personale Dipendente

Il personale dipendente in servizio nel 2023 è pari a 2.858 FTE (teste pesate), la tabella che segue contiene alcuni dati descrittivi riguardanti le risorse umane impiegate presso l'ARNAS.

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi delle risorse umane

Indicatori	Valore 2023
Età media del personale (anni)	47
Età media dei dirigenti (anni)	48
Percentuale di dipendenti in possesso di laurea	46%
Percentuale di dirigenti in possesso di laurea	100%

Analisi Benessere Organizzativo

Indicatori	Valore 2023
Tasso di Assenze	13%
Stipendio medio percepito dai dipendenti	€ 56.547
Percentuale di personale assunto a tempo indeterminato	79%

Analisi di Genere delle Risorse Umane

Indicatori	Valore 2023
Percentuale di dirigenti donne	52%
Percentuale di donne rispetto al totale del personale	56%
Percentuale di personale donna assunto a tempo indeterminato	77%
Età media del personale femminile (dirigenti e non)	46
Percentuale di personale femminile con laurea	46%

Statistiche di Genere

Statistiche Di Genere - Valori Medi e Percentuali su Organico Totale 2023

	valore medio	donne	uomini
Numero Dipendenti		55,8%	44,2%
Età media	47	46	48
Età media Dirigenti	48	46	49
Anzianità di servizio	13	13	14
Personale Laureato su Organico Totale	45,8%	25,8%	20,0%
Personale Tempo Indeterminato su Organico Totale	79,2%	42,8%	36,4%
Dirigenti su totale organico	26,2%	13,7%	12,5%
Personale Area Sanitaria	83,1%	48,6%	34,5%
Personale Area Amministrativa	5,3%	2,9%	2,4%
Personale Area Professionale e Tecnica	11,6%	4,4%	7,2%

Statistiche Di Genere per Area - Percentuali su Organico Totale 2021

	valore medio	donne	uomini
Medici	23,8%	12,2%	11,6%
Altri Dirigenti Sanitari	1,8%	1,2%	0,6%
Infermieri	48,7%	29,7%	19,0%
Altro Comparto sanitario	8,8%	5,5%	3,3%
Dirigenza PTA	0,5%	0,2%	0,3%
Comparto PTA	16,3%	7,0%	9,3%
Organi Direttivi	0,1%	0,0%	0,10%

3.1 Organizzazione

L'organigramma Aziendale è quello riportato nella sezione "1.1 Dati identificativi dell'Azienda" che prevede Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimenti e no.

Consistenza media del personale: al 31/12/2023:

Personale presente n. 3.319 (TI, TD, Co.Co.Co., PIP, ASU, comandati)

n. UU.OO 72 (UOC/UOSD attive – area sanitaria e PTA)

Consistenza media n. 46,10 (3319/72)

Livelli di Responsabilità in Area Comparto

In area Comparto con deliberazioni n. 672/2022 e n. 744/2022 si è preso atto dell'accordo decentrato sottoscritto con le OO.SS. del Comparto e la RSU e sono stati istituiti n. 155 incarichi di funzione.

Con deliberazione n. 1612/2023 sono stati istituiti n. 3 incarichi di funzione afferenti la UOC Cardiochirurgia pediatrica

Con deliberazione n. 1903/2023 si è proceduto ad una parziale rimodulazione degli incarichi sopra richiamati.

Detti incarichi sono conferiti sulla base delle modalità descritte dal CCNL 2016/2018 così come integrato dalle previsioni del CCNL 2019/2021 e dal regolamento aziendale al personale in ex categoria D in possesso dei previsti requisiti.

Di seguito si elencano gli incarichi istituiti presso l'Azienda.

STRUTTURA DI RIFERIMENTO	DENOMINAZIONE	TIPOLOGIA DI INCARICO
SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO P.O. CIVICO	RESPONSABILE GESTIONE RISORSE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO P.O. CIVICO	RESPONSABILE INFERMIERISTICO PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO P.O. CIVICO	RESPONSABILE INFERMIERISTICO COMPLESSI OPERATORI AZIENDALI	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO P.O. CIVICO	RESPONSABILE INFERMIERISTICO QUALITA' E RISCHIO CLINICO	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO P.O. CIVICO	RESPONSABILE INFERMIERISTICO AREA ASSISTENZIALE MEDICINA CLINICA	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO P.O. CIVICO	RESPONSABILE INFERMIERISTICO AREA ASSISTENZIALE TESTA COLLO	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO P.O. CIVICO	RESPONSABILE INFERMIERISTICO AREA ASSISTENZIALE EMERGENZA URGENZA	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO P.O. CIVICO	RESPONSABILE INFERMIERISTICO AREA ASSISTENZIALE MATERNO INFANTILE	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO P.O. CIVICO	RESPONSABILE INFERMIERISTICO AREA ASSISTENZIALE ONCOLOGICA	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO P.O. CIVICO	RESPONSABILE INFERMIERISTICO AREA ASSISTENZIALE CARDIOVASCOLARE	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO P.O. CIVICO	RESPONSABILE INFERMIERISTICO AREA ASSISTENZIALE DIAGNOSTICA AVANZATA	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO P.O. CIVICO	RESPONSABILE INFERMIERISTICO AREA ASSISTENZIALE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI ED INTERVENTISTICA	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO P.O. CIVICO	RESPONSABILE INFERMIERISTICO DEI PROCESSI INTERDIPARTIMENTALI	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
C. O. NUOVO ONCOLOGICO	COORDINAMENTO C. O. NUOVO ONCOLOGICO	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
GINECOLOGIA ONCOLOGICA	COORDINAMENTO GINECOLOGIA ONCOLOGICA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
UROLOGIA	COORDINAMENTO UROLOGIA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
CHIRURGIA TORACICA	COORDINAMENTO CHIRURGIA TORACICA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
CHIRURGIA ONCOLOGICA	COORDINAMENTO CHIRURGIA ONCOLOGICA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
ONCOLOGIA MEDICA	COORDINAMENTO ONCOLOGIA MEDICA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
ONCOEMATOLOGIA CON TMO	COORDINAMENTO ONCOEMATOLOGIA CON TMO	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	COORDINAMENTO ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
RADIOTERAPIA	COORDINAMENTO RADIOTERAPIA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
UTIN NEONATOLOGIA E NIDO	COORDINAMENTO UTIN NEONATOLOGIA E NIDO	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	COORDINAMENTO OSTETRICIA E GINECOLOGIA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
C.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	COORDINAMENTO C.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
SALA PARTO	COORDINAMENTO SALA PARTO	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
EMATOLOGIA CON TALASSEMIA	COORDINAMENTO EMATOLOGIA CON TALASSEMIA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
ENDOSCOPIA BRONCHIALE	COORDINAMENTO ENDOSCOPIA BRONCHIALE	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
MALATTIE INFETTIVE ADULTI	COORDINAMENTO MALATTIE INFETTIVE ADULTI	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
PNEUMOLOGIA	COORDINAMENTO PNEUMOLOGIA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
I MEDICINA	COORDINAMENTO I MEDICINA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
II MEDICINA IGR 2° P.	COORDINAMENTO II MEDICINA IGR 2° P.	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
II MEDICINA IGR 3° P.	COORDINAMENTO II MEDICINA IGR 3° P.	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
NEFROLOGIA E DIALISI CON TRAPIANTO RENE	COORDINAMENTO NEFROLOGIA E DIALISI CON TRAPIANTO RENE	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
DIALISI	COORDINAMENTO DIALISI	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
AMBULATORI II MEDICINA	COORDINAMENTO AMBULATORI II MEDICINA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	COORDINAMENTO CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
CO CHIRURGIA PLASTICA/MAXILLO/OTORINI	COORDINAMENTO CO CHIRURGIA PLASTICA/MAXILLO/OTORINO	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
CHIRURGIA VASCOLARE	COORDINAMENTO CHIRURGIA VASCOLARE	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
C.O. CHIRURGIA VASCOLARE	COORDINAMENTO C.O. CHIRURGIA VASCOLARE	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
NEUROCHIRURGIA	COORDINAMENTO NEUROCHIRURGIA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
CO NEUROCHIRURGIA	COORDINAMENTO CO NEUROCHIRURGIA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
NEUROLOGIA CON STROKE	COORDINAMENTO NEUROLOGIA CON STROKE	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento

STRUTTURA DI RIFERIMENTO	DENOMINAZIONE	TIPOLOGIA DI INCARICO
NEURORADIOLOGIA DIAGNOSTICA ED INTERVENTISTICA	COORDINAMENTO NEURORADIOLOGIA DIAGNOSTICA ED INTERVENTISTICA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
OFTAMOLOGIA+C.O	COORDINAMENTO OFTAMOLOGIA+C.O	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
OTORINO	COORDINAMENTO OTORINO	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
ANESTESIA E RIANIMAZIONE CON NEUORIANIMAZIONE	COORDINAMENTO ANESTESIA E RIANIMAZIONE CON NEUORIANIMAZIONE	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
ANESTESIA E RIANIMAZIONE II	COORDINAMENTO ANESTESIA E RIANIMAZIONE II	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
UTIR	COORDINAMENTO UTIR	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
CARDIOLOGIA	COORDINAMENTO CARDIOLOGIA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
UTIC	COORDINAMENTO UTIC	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
EMODINAMICA	COORDINAMENTO EMODINAMICA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
C.O. 118	COORDINAMENTO C.O. 118	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	COORDINAMENTO CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
C.O. CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	COORDINAMENTO C.O. CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
GASTROENTEROLOGIA	COORDINAMENTO GASTROENTEROLOGIA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
ORTOPEDIA	COORDINAMENTO ORTOPIEDIA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
C.O. ORTOPIEDIA	COORDINAMENTO C.O. ORTOPIEDIA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA	COORDINAMENTO MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
Accettazione e Pronto Soccorso 1	COORDINAMENTO ACCETTAZIONE E PRONTO SOCCORSO	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
Accettazione e Pronto Soccorso 2	COORDINAMENTO ACCETTAZIONE E PRONTO SOCCORSO	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
REPARTO SPECIALE	COORDINAMENTO REPARTO SPECIALE	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
PATOLOGIA CLINICA	COORDINAMENTO PATOLOGIA CLINICA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
RADIOGNOSTICA	COORDINAMENTO RADIOGNOSTICA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
SERVIZIO INFERMIERISTICO P.O. CIVICO	COORDINAMENTO SERVIZIO INFERMIERISTICO P.O. CIVICO 1	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
SERVIZIO INFERMIERISTICO P.O. CIVICO	POSIZIONE ORGANIZZATIVA SERVIZIO INFERMIERISTICO E OSTETRICO PO CIVICO - COMFORT ALBERGHIERO	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
FARMACIA	COORDINAMENTO FARMACIA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
HOSPICE E CURE PALLIATIVE	COORDINAMENTO HOSPICE E CURE PALLIATIVE	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
CENTRO REGIONALE TRAPIANTI	COORDINAMENTO CENTRO REGIONALE TRAPIANTI	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
CHIRURGIA PLASTICA	COORDINAMENTO CHIRURGIA PLASTICA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
CENTRO USTIONE	COORDINAMENTO CENTRO USTIONI	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
TERZA RIANIMAZIONE	COORDINAMENTO TERZA RIANIMAZIONE	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
MEDICINA TRASFUSIONALE P.O. CIVICO	COORDINAMENTO AFERESI TERAPEUTICA E PRODUTTIVA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
TERAPIA DEL DOLORE	Coordinamento Terapia del dolore	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
ELETTROFISIOLOGIA	COORDINAMENTO ELETTROFISIOLOGIA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
DIALISI CIVICO	INCARICO PROFESSIONALE DIALISI PERITONEALE PO CIVICO	PROFESSIONALE
I RIANIMAZIONE	PICC ADULTI	PROFESSIONALE
SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO PO DI CRISTINA	RESPONSABILE INFERMIERISTICO DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA	DI ORGANIZZAZIONE - SENZA coordinamento
SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO PO DI CRISTINA	RESPONSABILE GESTIONE RISORSE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE	DI ORGANIZZAZIONE - SENZA coordinamento
POLIAMBULATORIO-SQUADRA-DEC-COMMISSIONE PASTI-LACTARIUM	COORDINATORE POLIAMBULATORIO DI CRISTINA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
CARDIOLOGIA PEDIATRICA	COORDINAMENTO U.O.C. CARDIOLOGIA PEDIATRICA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
CHIRURGIA PEDIATRICA	COORDINAMENTO UOC CHIRURGIA PEDIATRICA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
DIABETE	COORDINAMENTO CENTRO DI RIFERIMENTO REG PED. PER IL DIABETE	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
PEDIATRIA AD INDIRIZZO FIBROSI CISTICA	COORDINAMENTO UOPEDIATRIA 2° FIBROSI CISTICA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
MCAU-PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	COORDINAMENTO UOC MACAU PEDIATRICO	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
MCAU-PEDIATRIA D'URGENZA	COORDINAMENTO PEDIATRIA D'URGENZA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento

STRUTTURA DI RIFERIMENTO	DENOMINAZIONE	TIPOLOGIA DI INCARICO
MALATTIE INFETTIVE	COORDINAMENTO MALATTIE INFETTIVE	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
NPI NEURO PSICHIATRIA INFANTILE	COORDINAMENTO U.O.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
PEDIATRIA 2 ^a - PEDIATRIA AD INDIRIZZO PNEUMOLOGICO	COORDINAMENTO UOC PED. 2 ^a PNEUMOL.	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
PEDIATRIA GENERALE	COORDINAMENTO U.O.C. PEDIATRIA GENERALE	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
PEDIATRIA AD INDIRIZZO GASTROENTEROLOGICO	COORDINAMENTO UOC PEDIATRIA GASTROENTEROLOGICA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
PEDIATRIA AD INDIRIZZO NEFROLOGICO	COORDINAMENTO PEDIATRIA NEFR.	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
RADIOLOGIA PEDIATRICA	COORDINAMENTO UOC RADIOLOGIA PEDIATRICA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
RIANIMAZIONE PEDIATRICA	COORDINAMENTO UOC RIANIMAZIONE PEDIATRICA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
SALA OPERATORIA	COORDINAMENTO SALA OPER. CHIRURGIA PEDIATRICA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
DIALISI	INCARICO PROFESSIONALE DIALISI PERITONEALE PO DI CRISTINA	PROFESSIONALE
RESPONSABILE PICC TEAM	COORDINAMENTO GRUPPO PICC TEAM PEDIATRICO	PROFESSIONALE
UOC ANATOMIA PATOLOGICA P.O CIVICO	COORDINAMENTO TEC - SAN ANATOMIA PATOLOGICA P.O CIVICO	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
UOC STAFF-SERV. PROF. TECNICO SANITARIE	COORDINAMENTO TECNICO SANITARIO PRESSO DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
UOC MEDICINA NUCLEARE P.O CIVICO	COORDINAMENTO TEC - SAN MEDICINA NUCLEARE P.O CIVICO	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
UOC MEDICINA TRASFUSIONALE P.O CIVICO	COORDINAMENTO TEC - SAN MEDICINA TRASFUSIONALE P.O CIVICO	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
UOC MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA P.O CIVICO	COORDINAMENTO TEC - SAN MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA P.O CIVICO	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
UOC NEUROLOGIA P.O CIVICO-SERV. NEUROFIOPATOLOG.	COORDINAMENTO TEC - SAN NEUROLOGIA P.O CIVICO-SERV. NEUROFIOPATOLOG.	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
UOC NEURORADIOLOGIA P.O CIVICO	COORDINAMENTO TEC - SAN NEURORADIOLOGIA P.O CIVICO	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
UOC PATOLOGIA CLINICA P.O CIVICO	COORDINAMENTO TEC - SAN PATOLOGIA CLINICA P.O CIVICO	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
UOC PATOLOGIA CLINICA P.O DI CRISTINA	COORDINAMENTO TEC - SAN PATOLOGIA CLINICA P.O DI CRISTINA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
UOC RADIOLOGIA P.O CIVICO	COORDINAMENTO TEC - SAN RADIOLOGIA P.O CIVICO	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
UOC RADIOLOGIA INTERVENTISTICA P.O CIVICO	COORDINAMENTO TEC - SAN RADIOLOGIA INTERVENTISTICA P.O CIVICO	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
UOC RADIOLOGIA P.O DI CRISTINA	COORDINAMENTO TEC - SAN RADIOLOGIA P.O DI CRISTINA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
UOC RADIOTERAPIA P.O CIVICO	COORDINAMENTO TEC - SAN RADIOTERAPIA P.O CIVICO	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
UOC STAFF-SERV. PROF. TECNICO SANITARIE	COORDINAMENTO TEC - SAN STAFF-SERV. PROF. TECNICO SANITARIE	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
STAFF Professioni riabilitative	COORDINAMENTO INTERPROFESSIONALE DELLE ATTIVITÀ RIABILITATIVE AZIENDALI	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
STAFF Professioni riabilitative	COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ FISIOTERAPICHE	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
STAFF Professioni riabilitative	PROFESSIONISTA SPECIALISTA IN RIABILITAZIONE NELL'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO	PROFESSIONALE
STAFF Professioni riabilitative	PROFESSIONISTA ESPERTO IN SVILUPPO COORDINAMENTO E MONITORAGGIO ATTIVITÀ PROGETTUALE E DI RICERCA SU EBMED EBP	PROFESSIONALE
Medicina Legale	INFERMIERE FORENSE	PROFESSIONALE
U.O.C RISORSE UMANE	GESTIONE TRATTAMENTO PENSIONISTICO DEL PERSONALE E CONTO TERZI	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
U.O.C RISORSE UMANE	GESTIONE DEL TRATTAMENTO RETRIBUTIVO E PREVIDENZIALE DEL PERSONALE, DENUNCE PREVIDENZIALI E ADEMPIMENTI CONTABILI	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
U.O.C RISORSE UMANE	GESTIONE CONCORSI	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
U.O.C RISORSE UMANE	RECLUTAMENTO PSN	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
UOC Economico finanziario	REDAZ. DI BIL PREVENT. E CONS.	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
UOC Economico finanziario	CONTABILITÀ DEI COSTI E GEST. DEL CICLO PASSIVO	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
UOC Economico finanziario	CONTABILITÀ E GESTIONE DEL CICLO ATTIVO	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
UOC Economico finanziario	ADEMPIMENTI FISCALI	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento

STRUTTURA DI RIFERIMENTO	DENOMINAZIONE	TIPOLOGIA DI INCARICO
UOC Economico finanziario	GESTIONE DEL PATRIMONIO AZIENDALE	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
UOC gestione tecnica	UFFICIO LAVORI PUBBLICI	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
UOC gestione tecnica	UFFICIO ATTIVITA' AMMINISTRATIVA	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
UOC gestione tecnica	SERVIZIO MANUTENZIONE	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
UOC gestione tecnica	INGEGNERIA CLINICA	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
UOC prowditorato	PREDISPOSIZIONE E STIPULA CONTRATTI	PROFESSIONALE
UOC prowditorato	ACQUISIZIONE SERVIZI	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
UOC prowditorato	ACQUISIZIONE ATTREZZATURE E GESTIONE FINANZIAMENTI	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
UOC prowditorato	GESTIONE CASSA ECONOMALE E MAGAZZINO CASERMAGGIO	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
UOC prowditorato	COORDINAMENTO DELLE GARE DI FORNITURA DI BENI SANITARI E NON SANITARI E COORDINAMENTO FLUSSI INFORMATIVI, GESTIONE DELLE FATTURE E DELL'ORDINATO	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
UOC AAGG	GESTIONE AUTOPARCO PORTINERIE CENTRALINO	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
UOC AAGG	GESTIONE E MONITORAGGIO SERVIZI	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
UOC AAGG	PROTOCOLLO ED ARCHIVIO GENERALE AZ.	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
UOC AAGG	GESTIONE SINISTRI E COPERTURA ASSICURATIVA	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
UOC AAGG	GESTIONE DEI RAPPORTI CONVENZIONALI ED ACCETTAZIONE DONAZIONI	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
STAFF	RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI E INTERNAL AUDIT	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
UO LEGALE	WORK FLOW MANAGEMENT DELL'ATTIVITA' GIURIDICO AMM.VO	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
STAFF	STRUTTURA TECNICA PERMANENTE DI SUPPORTO OIV	professionale
STAFF	GESTIONE E MONITORAGGIO A.L.P.I.	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
STAFF	COORDINAMENTO SEGRETERIE ORGANI AZIENDALI E ATTIVITÀ DELLA DIREZIONE -ANTICORRUZIONE	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
STAFF	SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVO ALLA DIREZIONE AZIENDALE E AI COMITATI SCIENTIFICI REFERENTE AREA DELLA PREVENZIONE E LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO NEI LUOGHI DI LAVORO IN OTTEMPERANZA AL D.LGS 81/08	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
STAFF UOS - S. SANITARIA	COORDINAMENTO E SUPPORTO AMMINISTRATIVO ATTIVITÀ UOS SORVEGLIANZA SANITARIA	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
STAFF UOS SIRS	SVILUPPO COORDINAMENTO E MONITORAGGIO ATTIVITÀ PROGETTUALE E DI RICERCA SU FONDI EUROPEI E BANDI AD ELEVATA COMPLESSITÀ	PROFESSIONALE
STAFF	RSPP	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
STAFF UOS Flussi Inf.	GESTIONI SISTEMI DI BUSINESS INTELLIGENCE	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
STAFF UOS Formazione	REFERENTE AMMINISTRATIVO PER LE ATTIVITÀ FORMATIVE CON COORDINAMENTO DELLA GESTIONE DEI TIROCINI IN AZIENDA	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
STAFF UOS CUP	REFERENTE ORGANIZZATIVO DEL RESPONSABILE PER L'ATTUAZIONE DI DISPOSIZIONE OPERATIVE E FUNZIONALI	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
STAFF Servizio sociale	SERVIZIO SOCIALE AZIENDALE	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
STAFF Servizio sociale	ASSISTENZA STRANIERI	PROFESSIONALE
STAFF Servizio sociale	BED MANAGER	PROFESSIONALE
STAFF	UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO	DI ORGANIZZAZIONE - senza coordinamento
UOC CARDIOCHIURURGIA PEDIATRICA	RESPONSABILE INFERMIERISTICO CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA E COORDINAMENTO DEGENZA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
UOC CARDIOCHIURURGIA PEDIATRICA	COORDINAMENTO C.O.	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento
UOC CARDIOCHIURURGIA PEDIATRICA	COORDINAMENTO EMODINAMICA PEDIATRICA	DI ORGANIZZAZIONE - con coordinamento



3.2 Piano Organizzativo Lavoro Agile

Il Piano del Lavoro Agile è stato adottato con delibera n.13 del 5 gennaio 2024.

PREMESSA E FONTI NORMATIVE DI RIFERIMENTO

Il lavoro agile o smart working non è una diversa tipologia di rapporto di lavoro, bensì una particolare modalità di esecuzione della prestazione di lavoro subordinato introdotta al fine di incrementare la competitività e di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e lavoro.

La disciplina di riferimento è la Legge 22 maggio 2017, n. 81 (articoli 18-24), come da ultimo modificata dalla Legge 4 agosto 2022, n. 122 (che ha convertito con modificazioni il D.L. 21 giugno 2022, n. 73, c.d. Decreto Semplificazioni), secondo la quale il lavoro agile è una 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. Tale disciplina generale rimanda, ad ogni modo, alla normativa di dettaglio individuata nei CCNL di categoria.

L'amministrazione deve individuare le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, previo confronto con le organizzazioni sindacali, fermo restando che sono comunque esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili.

Al fine di concedere l'accesso al lavoro agile, il datore/amministrazione deve stipulare con il lavoratore un accordo individuale per iscritto ai fini della regolarità amministrativa e della prova. Ai sensi degli artt. 19 e 21 della legge n. 81/2017 e compatibilmente con la disciplina prevista dai rispettivi CCNL vigenti esso disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'amministrazione, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore.

La prestazione lavorativa viene eseguita in parte all'interno dei locali aziendali e in parte all'esterno, senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva. Il datore di lavoro è responsabile della sicurezza e del buon funzionamento degli strumenti tecnologici assegnati al lavoratore per lo svolgimento dell'attività lavorativa. I lavoratori in smart working hanno diritto alla tutela prevista in caso di infortuni e malattie professionali anche in relazione alle prestazioni rese all'esterno dei locali aziendali e nel tragitto tra l'abitazione ed il luogo prescelto per svolgere la propria attività (circolare INAIL n. 48/2017).

I datori di lavoro che stipulano accordi per l'esecuzione della prestazione di lavoro in modalità agile sono tenuti, in ogni caso, a riconoscere priorità alle richieste formulate dalle lavoratrici e dai lavoratori con figli in condizioni di disabilità grave. La medesima priorità è riconosciuta da parte del datore di lavoro alle richieste dei lavoratori con disabilità in situazione di gravità o che siano caregivers (art. 18, comma 3 bis, L. n. 81/2017, come modificato dal D.Lgs. 30 giugno 2022, n. 105).

In base all'art. 23, primo comma, della Legge 22 maggio 2017, n. 81 (come modificato dall'art. 41 bis del D.L. 21 giugno 2022, n. 73, c.d. Decreto Semplificazioni, convertito con modificazioni in Legge 4 agosto 2022, n. 122), dal 1° settembre 2022, il datore di lavoro deve comunicare in via telematica al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali i nominativi dei lavoratori e la data di inizio e di cessazione delle prestazioni di lavoro in modalità agile, secondo le modalità individuate con il Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 149 del 22 agosto 2022 e relativi

Allegati aventi ad oggetto il modello di "Comunicazione Accordo di Lavoro agile (Articolo 23, comma 1, della L. n. 81/2017)" e le "Regole di compilazione della comunicazione dell'accordo per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità "Lavoro Agile". La comunicazione telematica dovrà avvenire mediante l'applicativo disponibile, tramite autenticazione SPID e CIE, sul portale Servizi Lavoro, oppure, in alternativa, mediante i servizi telematici API REST di invio delle comunicazioni.

In altre parole, con il D.M. n. 149 del 22 agosto 2022 - e relativi Allegati - sono state definite le modalità per assolvere agli obblighi di comunicazione previsti dall'art. 23, primo comma, della Legge n. 81/2017 (come modificato dall'articolo 41 bis del D.L. n. 73/2022, convertito con modificazioni in L. 4 agosto 2022, n. 122) e, quindi, per inviare telematicamente le informazioni relative all'accordo di lavoro agile.

In base alla nuova disciplina non è più necessario allegare l'accordo individuale di smart working sottoscritto tra datore di lavoro e lavoratore (che deve essere comunque conservato dal datore di lavoro ai fini della prova e della regolarità amministrativa per 5 anni dalla sottoscrizione), ma trasmettere al Ministero le informazioni individuate nel Decreto stesso e negli Allegati che ne formano parte integrante:

- il nominativo del lavoratore interessato;
- data di inizio delle prestazioni lavorative in modalità agile;
- data di cessazione delle prestazioni lavorative in modalità agile.

Dal 1° settembre tale modalità di trasmissione delle informazioni è disponibile per tutti i datori di lavoro pubblici e privati l'apposito applicativo sul portale Servizi Lavoro, accessibile tramite autenticazione SPID e CIE.

Il termine di questo adempimento decorre dal 1° settembre 2022 soltanto per i nuovi accordi di lavoro agile o qualora si intenda procedere a modifiche (incluse proroghe) di precedenti accordi. Restano valide le comunicazioni già eseguite secondo le modalità della disciplina previgente (art. 1, comma terzo, D.M. n. 149 del 22 agosto 2022).

Per quanto attiene al termine entro cui assolvere a tale adempimento, considerato che trattasi di una mera trasformazione della modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, la relativa comunicazione andrà inviata entro cinque giorni dall'inizio della prestazione in modalità agile.

In caso di mancata comunicazione secondo le modalità previste dal decreto ministeriale, si applica la sanzione di cui all'art. 19, comma terzo, del Decreto Legislativo 10 settembre 2003, n. 276 (espressamente richiamato dall'art. 23, comma primo, L. n. 81/2017).

Il presente piano del lavoro agile è oggetto di confronto con i soggetti sindacali (art. 9, co. 3, CCNL 2019-2021)

LE CARATTERISTICHE DEL LAVORO AGILE

La prestazione dell'attività lavorativa in modalità "agile" (o smart working) non modifica la natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato. Ai sensi dell'art. 18 della Legge n. 81/2017 il lavoro agile si configura quale "modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti ... con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva".

Il lavoro agile è caratterizzato da:

- flessibilità spaziale della prestazione: la prestazione lavorativa viene eseguita in parte all'interno dei locali dell'amministrazione ed in parte all'esterno;

- flessibilità dell'orario di lavoro: la prestazione lavorativa viene eseguita entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivante dalla legge e della contrattazione collettiva.

DIPENDENTI POTENZIALMENTE LEGITTIMATI A FRUIRE DEL LAVORO AGILE

Sono potenzialmente legittimati/e a fruire del lavoro agile tutti i/le dipendenti dell'Azienda del comparto, con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato ovvero determinato, fermo restando che sono escluse le prestazioni non remotizzabili.

Non è concesso il lavoro agile durante il periodo di prova.

Possono fruire del lavoro agile anche i/le dipendenti di altri Enti in posizione di comando/distacco presso l'Azienda.

L'attivazione del lavoro agile ha carattere volontario. Il lavoro agile è, pertanto, concesso – secondo quanto previsto nella presente disciplina - a richiesta del/della dipendente interessato/a.

ATTIVITA' OGGETTO DI LAVORO AGILE

Il lavoro agile può essere fruito potenzialmente da tutti/e i/le lavoratori/lavoratrici indipendentemente dalla Struttura di appartenenza, previa autorizzazione del Direttore/Responsabile dell'Unità Operativa di appartenenza.

Ogni Direttore/Responsabile di Unità Operativa aziendale definisce "macro categorie" di attività all'interno delle quali sono individuabili compiti/ funzioni e limiti per lo svolgimento della modalità agile, di cui il presente accordo si compone (cfr. tabella in coda al piano); tutte le attività non specificatamente individuate nell'apposita tabella in coda al piano non potranno essere svolte in modalità agile.

PROCEDURA DI ACCESSO AL LAVORO AGILE

L'accesso al lavoro agile avviene, da parte dei/delle dipendenti che ne hanno fatto domanda, secondo la procedura disciplinata nel presente paragrafo.

Ai sensi della normativa vigente, così come modificato dal D.L. 52/2021 art. 11 bis, può avvalersi della modalità agile per lo svolgimento della prestazione lavorativa almeno il 15% del personale.

Viene riconosciuta priorità alle richieste formulate dalle lavoratrici e dai lavoratori con figli in condizioni di disabilità grave. La medesima priorità è riconosciuta da parte del datore di lavoro alle richieste dei lavoratori con disabilità in situazione di gravità certificata dal medico di medicina generale del lavoratore, ai sensi del Decreto 4 febbraio 2022, o che siano caregivers.

Presentazione della domanda

La domanda di accesso al lavoro agile deve essere indirizzata al Direttore/Responsabile della Unità Operativa di appartenenza, la quale deve essere adeguatamente motivata ed indicare, ove ricorrano, le circostanze per le quali viene riconosciuta priorità, ai sensi della suddetta normativa.

Il Direttore/Responsabile, ricevuta l'istanza di lavoro agile, dovrà rilasciare, ove sussistano i presupposti per l'ammissione, il relativo nulla osta. In alternativa, ove non dovessero ricorrere le condizioni, dovrà formulare il rigetto dell'istanza, espressamente motivato.

Nel suddetto nulla osta dovrà essere indicato il numero di giornate di lavoro agile fruibili su base annua/mensile/settimanale secondo quanto previsto nella tabella in coda al piano.

Ai sensi dell'art. 18, comma 3 bis, della Legge n. 81/2017, come modificato dal D.Lgs. 30 giugno 2022, n. 105, deve essere riconosciuta priorità alle richieste di lavoro agile formulate dalle lavoratrici e dai lavoratori con figli in condizioni di disabilità grave. La medesima priorità è riconosciuta da parte del datore di lavoro alle richieste dei lavoratori con disabilità in situazione di gravità o che siano caregivers.

Sottoscrizione dell'accordo individuale di lavoro agile

Ai/alle lavoratori/lavoratrici che hanno presentato domanda e che hanno ottenuto nulla osta dal Direttore/Responsabile della Unità Operativa di appartenenza, verrà fatto sottoscrivere un apposito accordo individuale secondo quanto previsto al paragrafo 6.

Comunicazioni agli uffici competenti

Il Direttore/Responsabile della Unità Operativa, a seguito di sottoscrizione di accordo individuale deve trasmettere copia del nulla osta e dell'accordo al Direttore delle Risorse Umane, Ufficio rilevazione presenze, mediante protocollo.

L'ACCORDO INDIVIDUALE DI LAVORO AGILE

In conformità a quanto previsto nell'art. 19 della Legge n. 81/2017, nonché nell'art. 78 del CCNL Comparto Sanità (triennio 2019-2021), ai fini dell'attivazione del lavoro agile, viene sottoscritto un accordo individuale tra l'Azienda - nella persona del Direttore/Responsabile della Struttura di appartenenza - ed il/la lavoratore/lavoratrice.

1. L'accordo individuale disciplina in particolare:

- le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali con specifico riferimento all'individuazione delle giornate di lavoro agile fruibili su base annua/mensile/settimanale;
- gli strumenti che il/la dipendente può/deve utilizzare;
- le forme di esercizio del potere di controllo e disciplinare del/della responsabile di riferimento;
- i tempi di riposo del/della lavoratore/lavoratrice ed il diritto/dovere alla disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro.

2. In particolare, le giornate di lavoro agile fruibili su base annua/mensile/settimanale sono definite, per ciascun dipendente, avendo a riferimento i seguenti criteri:

- tipologia di attività svolte;
- caratteristiche comportamentali del/della lavoratore/lavoratrice valutando, in particolare, il grado di affidabilità, la capacità di organizzazione e di decisione nonché la propensione all'assunzione di responsabilità;

Qualora, nel valutare le caratteristiche comportamentali del/della lavoratore/lavoratrice, si riscontri un insufficiente grado di autonomia organizzativa, anche dal punto di vista informatico, si ritiene buona pratica – in un'ottica di valorizzazione delle risorse umane e di riconoscimento di pari opportunità di accesso al lavoro agile – indirizzare il/la lavoratore/lavoratrice verso idoneo percorso di formazione.

3. Avendo a riferimento le giornate di lavoro agile fruibili dal/dalla dipendente (su base annua/mensile/settimanale) individuate nell'accordo individuale, la programmazione delle giornate lavorative in modalità agile deve essere concordata preventivamente con il Direttore/Responsabile

della Unità di appartenenza, tenuto conto delle esigenze lavorative ed organizzative della struttura di appartenenza. Tale programmazione può essere oggetto di modifiche per esigenze di servizio da parte del/della responsabile.

4. Laddove le giornate di lavoro agile programmate non vengano fruite per motivi riferibili al/alla lavoratore/lavoratrice (ad es. perché assente in malattia/congedo/aspettativa...) le stesse non possono essere recuperate. In tale fattispecie si riducono, pertanto, i giorni di lavoro agile fruibili dal/dalla dipendente su base annua/mensile/settimanale. Inoltre, non potrà essere concesso il lavoro agile nelle giornate in cui si prevede il turno di rientro pomeridiano.

5. All'accordo è allegata l'informativa sulla salute e sicurezza dei/delle lavoratori/lavoratrici.

6. L'accordo individuale precisa, inoltre, la durata dello stesso da individuarsi, in n. mesi/anni decorrente/i dalla data di sottoscrizione dell'accordo medesimo. Su istanza del lavoratore interessato, previo consenso del Direttore/Responsabile della Unità di appartenenza, l'accordo può essere rinnovato.

7. Ciascuno dei contraenti può recedere prima della scadenza del termine dando un preavviso di n.30 giorni. In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere senza preavviso. L'Amministrazione può esercitare la facoltà di recesso dall'accordo, con effetto immediato, qualora il/la dipendente risulti inadempiente alle previsioni contenute nella presente disciplina o nell'accordo individuale o non sia in grado di svolgere l'attività ad esso/a assegnata in piena autonomia e nel rispetto degli obiettivi.

8. Nel caso di lavoratori/lavoratrici disabili ai sensi dell'art. 1 della L. n. 68/1999 il termine di preavviso del recesso da parte dell'Amministrazione non può essere inferiore a 90 giorni al fine di consentire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro rispetto alle esigenze di vita e di cura del/della lavoratore/lavoratrice.

9. Ai sensi dell'art. 23, comma 1, della Legge n. 81/2017 l'accordo per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile e le eventuali sue modificazioni sono oggetto delle comunicazioni di cui all'art. 9 bis del D.L. n. 510/1996 convertito dalla L. n. 608/1996, così come modificato con D.M. n. 149 del 22 agosto 2022

PROGRAMMAZIONE, MONITORAGGIO E VERIFICA DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA

1. Il lavoro agile è improntato ad un modello organizzativo fondato sulla definizione di processi e indicatori ovvero sulla programmazione e sul perseguimento di obiettivi e quindi sulla misurazione dei risultati.

2. Ciascun/a dirigente responsabile deve operare un monitoraggio mirato e costante, verificando il raggiungimento degli obiettivi fissati e l'impatto sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa nei risultati attesi. In particolare, ciascun/a dirigente responsabile deve:

- a) programmare periodicamente (su base settimanale o quindicinale o mensile) l'attività lavorativa che i propri collaboratori devono svolgere in modalità agile definendo le relative priorità;
- b) monitorare e verificare l'esatto adempimento della prestazione ed i risultati conseguiti.

3. Restano ferme le ordinarie modalità di valutazione delle prestazioni, secondo il sistema vigente.

4. In ogni caso il lavoro agile non deve comportare un livello quali-quantitativo di prestazione e di risultati inferiore a quello che sarebbe stato garantito presso la sede dell'Azienda.

LA DISCIPLINA DELL'ORARIO DI LAVORO

L'attivazione del lavoro agile non modifica la regolamentazione dell'orario di lavoro applicato al/la lavoratore/lavoratrice, il/la quale farà riferimento al normale orario (full-time o part-time) con le caratteristiche di flessibilità temporali di seguito riportate e nel rispetto, comunque, dei limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Il/la dipendente è, inoltre, tenuto/a a rispettare le norme sui riposi e sulle pause previsti dalle vigenti disposizioni normative e contrattuali.

Fermo restando quanto previsto ai punti precedenti, ai/alle lavoratori/lavoratrici che fruiscono del lavoro agile si applicano le seguenti disposizioni:

- fascia di svolgimento dell'attività lavorativa standard: dalle ore 8.00 alle ore 14.30. Nell'ambito di tale fascia oraria il/la lavoratore/lavoratrice deve essere obbligatoriamente contattabile, salvo motivi personali e/o familiari da comunicare preventivamente al/alla dirigente responsabile; una diversa fascia di contattabilità può essere prevista nell'accordo individuale in relazione alle specifiche esigenze di servizio della Struttura di appartenenza del/della dipendente;

- per effetto della autonoma distribuzione del tempo di lavoro, nei giorni di lavoro agile non sono configurabili prestazioni supplementari o straordinarie; ne consegue, pertanto, che relativamente alla giornata di lavoro agile vengono computate un massimo di 6.30 ore giornaliere (ovvero il diverso orario giornaliero risultante dall'eventuale contratto part-time);

- nelle giornate di lavoro agile non sono configurabili permessi ad ore ed altri istituti che comportano riduzioni di orario. Fanno eccezione, i riposi giornalieri (due ore) per allattamento di cui al D. Lgs. n. 151/2001 ed i riposi giornalieri (due ore) riconosciuti ai lavoratori con handicap grave dalla L. n. 104/1992 (art. 33 comma 6).

Al/alla lavoratore/lavoratrice è garantito l'esercizio dei diritti sindacali.

Ai fini dell'elaborazione dei cartellini mensili, il personale autorizzato a fruire del lavoro agile dovrà avere cura di registrare l'attività svolta in modalità agile secondo le indicazioni fornite dall'Amministrazione.

LUOGHI DI LAVORO

Nelle giornate di lavoro agile è responsabilità del/della lavoratore/lavoratrice individuare luoghi idonei per lo svolgimento dell'attività lavorativa che rispondano ai requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza e quindi siano idonei all'uso abituale di supporti informatici, non mettendo a rischio l'incolumità del/della lavoratore/lavoratrice né la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati nell'espletamento delle proprie mansioni e rispondano ai parametri di sicurezza sul lavoro indicati dall'Amministrazione.

È, inoltre, necessario che il/i luogo/i ove si svolge l'attività lavorativa non metta/mettano a repentaglio la strumentazione dell'Amministrazione.

In ogni caso il/i luogo/luoghi individuato/i dal/dalla lavoratore/lavoratrice per lo svolgimento dell'attività lavorativa deve/devono essere tale/i da garantire il rientro in sede, ove richiesto, entro il termine stabilito dal/dalla dirigente responsabile, in relazione alle attività che devono essere svolte.

DOTAZIONE TECNOLOGICA

Ove il/la dipendente non fosse in possesso di strumenti informatici/tecnologici adeguati allo svolgimento delle mansioni ad esso adibite, l'Azienda fornisce ai/alle dipendenti che fruiscono del lavoro agile l'attrezzatura tecnologica adatta e necessaria in base alla specifica attività da svolgere e ne garantisce la conformità alle disposizioni vigenti in materia di salute e sicurezza. Ai sensi dell'art. 18, comma 2, della Legge n. 81/2017 l'Amministrazione è responsabile della sicurezza e del buon funzionamento degli strumenti tecnologici assegnati al/alla lavoratore/lavoratrice per lo svolgimento dell'attività lavorativa e della relativa manutenzione.

Il personale si impegna a custodire con la massima cura e a mantenere integra la strumentazione fornita, in modo tale da evitarne il danneggiamento, lo smarrimento e a utilizzarla in conformità con le istruzioni ricevute. Gli strumenti di lavoro affidati al personale devono essere utilizzati esclusivamente per lo svolgimento dell'attività lavorativa, nel rispetto della disciplina legale e contrattuale applicabile.

Ove necessario, ai/alle dipendenti viene fornita la strumentazione dettagliatamente elencata nell'accordo individuale.

ASSISTENZA TECNICA

Al/alla lavoratore/lavoratrice è garantita assistenza tecnica con le medesime modalità previste per il lavoro in sede.

In caso di malfunzionamento della dotazione tecnologica che rende impossibile la prestazione lavorativa, il/la lavoratore/lavoratrice dovrà darne tempestiva informazione al/alla proprio/a responsabile e potrà essere richiamato/a in sede per assicurare la continuità della prestazione lavorativa; in questo caso il rientro in sede avviene, di norma, dal giorno successivo a quello in cui si è registrato il malfunzionamento.

DIVIETO DI DISCRIMINAZIONI

Ai sensi di quanto previsto nell'art. 20 della L. n. 81/2017 il/la lavoratore/lavoratrice che svolge la prestazione in modalità di lavoro agile ha diritto ad un trattamento economico e normativo non inferiore a quello complessivamente applicato, in attuazione dei contratti collettivi, nei confronti dei/delle lavoratori/lavoratrici che svolgono le medesime mansioni esclusivamente all'interno dell'Amministrazione. I/le dipendenti che si avvalgono del lavoro agile non possono subire penalizzazioni ai fini del riconoscimento della professionalità e della progressione di carriera.

La prestazione lavorativa resa in modalità agile è integralmente considerata come servizio pari a quello ordinariamente reso presso le sedi abituali di lavoro ed è considerata utile ai fini degli istituti di carriera, del computo dell'anzianità di servizio, nonché dell'applicazione degli istituti contrattuali relativi al trattamento economico accessorio.

OBBLIGHI DEL/DELLA LAVORATORE/LAVORATRICE

Il lavoro agile non modifica il potere direttivo e di controllo del/della dirigente che sarà, in generale, esercitato con modalità analoghe a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso i locali dell'Azienda. Fermi restando gli obblighi contenuti nei vigenti codici disciplinari e di comportamento, il/la lavoratore/lavoratrice è, pertanto, tenuto/a a svolgere la prestazione lavorativa con diligenza e nel rispetto delle disposizioni impartite dal/dalla proprio/a dirigente responsabile.

Il/la lavoratore/lavoratrice ha, altresì, il dovere di riservatezza su tutte le informazioni delle quali venga in possesso per il lavoro assegnato e di quelle derivanti dall'utilizzo dei programmi e dei dati in essi contenuti.

Per quanto attiene agli obblighi relativi alle modalità di utilizzo della dotazione strumentale fornita al/alla lavoratore/lavoratrice si rinvia a quanto previsto nel precedente paragrafo 10.

L'inosservanza delle disposizioni di cui al presente Piano costituisce comportamento rilevante ai fini disciplinari e può conseguentemente determinare l'applicazione delle sanzioni previste dalla contrattazione collettiva. Inoltre, l'Amministrazione potrà procedere con il recesso dall'accordo individuale secondo quanto espressamente previsto nel paragrafo 6.

ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA PER GLI INFORTUNI E LE MALATTIE PROFESSIONALI

Ai sensi dell'art. 23, commi 2 e 3, della Legge n. 81/2017 il/la lavoratore/lavoratrice ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali. Inoltre, ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali, quando la scelta del luogo della prestazione sia dettato da esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del/della lavoratore/lavoratrice di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e risponda a criteri di ragionevolezza.

Nell'eventualità di un infortunio durante la prestazione in modalità agile, il/la lavoratore/lavoratrice dovrà fornire immediata e dettagliata informazione all'Amministrazione.

SICUREZZA SUL LAVORO

L'Amministrazione garantisce, ai sensi del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, la salute e la sicurezza del/della lavoratore/lavoratrice in coerenza con l'esercizio dell'attività di lavoro in modalità agile. A tal fine, all'atto della sottoscrizione dell'accordo di cui al paragrafo 6, il/la dipendente prende visione di specifica informativa sui rischi generali e specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione. La medesima informativa deve essere consegnata anche ai Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Il/la dipendente è, a sua volta, tenuto/a a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dall'Amministrazione per fronteggiare i rischi. In particolare, il/la lavoratore/lavoratrice che svolge la propria prestazione lavorativa in modalità agile, sulla base della formazione ricevuta, nel rispetto dei requisiti di cui al presente Piano e delle previsioni contenute nell'informativa di cui al punto precedente, dovrà rispettare ed applicare correttamente le direttive dell'Amministrazione e in particolare dovrà prendersi cura della propria salute e sicurezza, in linea con le disposizioni dell'art. 20, comma 1, del D.lgs. n. 81/2008.

Resta fermo quanto già previsto al precedente paragrafo 10 ai sensi del quale l'Amministrazione è responsabile della sicurezza e del buon funzionamento degli strumenti tecnologici assegnati al/alla lavoratore/lavoratrice per lo svolgimento dell'attività lavorativa.

SICUREZZA INFORMATICA E PROTEZIONE DEI DATI

Il/la lavoratore/lavoratrice è tenuto/a a custodire con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni dell'Amministrazione utilizzati nello svolgimento della prestazione lavorativa; il/la lavoratore/lavoratrice è inoltre tenuto/a al rispetto delle previsioni del Regolamento UE n. 679/2016 e del D. lgs. n. 196/2003 in materia di privacy e protezione dei dati personali.

I/le lavoratori/lavoratrici sono chiamati/e a tenere una condotta particolarmente diligente a tutela dei dati trattati.

Il/la lavoratore/lavoratrice dovrà tempestivamente informare il/la responsabile e il DPO nel caso in cui si verifichi – nell’ambito della sua attività – una violazione (data *breach* ai sensi degli artt. 33 e 34 GDPR) dei dati personali oggetto di trattamento che ponga a rischio i diritti e le libertà delle persone fisiche.

L'Amministrazione rende accessibile al/alla lavoratore/lavoratrice tutte le informazioni e i documenti necessari all'esecuzione delle proprie mansioni, rimanendo comunque onerata della protezione degli stessi ed adotta misure e soluzioni tecniche idonee a prevenire la perdita e/o la diffusione dei dati, tanto nel rispetto dei principi di riservatezza nei confronti del/della lavoratore/lavoratrice quanto a tutela dei propri interessi aziendali.

FORMAZIONE

L'Azienda si impegna a fare ricorso all'attività formativa come strumento di accompagnamento del proprio personale nel processo di diffusione della capacità di lavorare in modalità agile anche al fine di limitare il rischio di stress correlato alle nuove modalità di lavoro. In particolare, l'Azienda si impegna ad organizzare – nell'ambito del Piano annuale della Formazione - specifiche iniziative formative, rivolte a tutto il personale, aventi ad oggetto, in particolare, le tematiche relative alla sicurezza, al lavoro per obiettivi ed ai rischi connessi all'iperconnessione.

Specifiche iniziative formative saranno, altresì, rivolte al personale dirigente con l'obiettivo di fornire elementi culturali e organizzativi in tema di lavoro agile.

IL RUOLO DEL/DELLA DIRIGENTE

Avuto riguardo a quanto previsto nel presente Piano, costituiscono compiti specifici del/della dirigente:

- definire le modalità e la misura di fruizione del lavoro agile;
- programmare l'attività lavorativa che i/le propri/e collaboratori/collaboratrici devono svolgere in modalità agile, definendo obiettivi e priorità secondo quanto previsto al paragrafo 7 in materia di "Programmazione, monitoraggio e verifica dell'attività lavorativa";
- garantire, monitorare e verificare il corretto adempimento della prestazione lavorativa ed il raggiungimento degli obiettivi fissati da parte del personale che fruisce del lavoro agile secondo quanto previsto al sopra citato paragrafo 7;
- esercitare il potere di controllo anche avendo a riferimento quanto previsto al paragrafo 13 in materia di "Obblighi del/della lavoratore/lavoratrice".

BENESSERE ORGANIZZATIVO

Al fine di prevenire eventuali forme di isolamento rispetto alla dimensione ordinaria della vita lavorativa ed a tutela del benessere organizzativo del personale, l'Azienda si impegna a promuovere azioni positive e buone pratiche tra lavoratori/lavoratrici e responsabili.

NORMA DI RINVIO

Per tutto quanto non previsto nel presente Piano e, in particolare, per quanto attiene la regolamentazione dei diritti e degli obblighi direttamente pertinenti al rapporto di lavoro, si rinvia

alla disciplina contenuta nelle disposizioni legislative, nei contratti collettivi nazionali di lavoro e nei contratti decentrati integrativi nonché ai codici di comportamento e disciplinari.

Il presente Piano potrà essere integrato sia dalla nuova produzione normativa in materia, sia dalla diversa organizzazione che i singoli Direttori/Responsabili di area vorranno darsi.

Tabella - Nella colonna A “macro categoria di attività”, sono elencate le tipologie di attività da poter svolgere in modalità agile. Nella colonna B sono individuati i giorni di lavoro agile potenzialmente fruibili dai lavoratori su base settimanale. Nella colonna C, in forma dettagliata, sono individuate le attività che possono essere svolte in modalità agile.

(La compilazione della Tabella seguente è rimessa ad ogni Unità Operativa avendo a riferimento le relative esigenze organizzative e funzionali)

A Macro categoria di attività	B N° giorni di lavoro agile fruibili su base settimanale	C Tipologie attività che possono essere svolte in modalità agile con specifico riferimento alla “Macro categoria” di colonna A (a titolo esemplificativo)
	n.	
	n.	
(elenco delle attività da completare)		

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

In ottemperanza a quanto disposto dal D.A. n. 2201/2019 con le integrazioni del D.A. n. 614/2021 dell'Assessorato della Salute e le indicazioni di cui alle note assessoriali n. 29884/2021 e n. 41223/2021 questa Direzione ha provveduto a rideterminare la dotazione organica aziendale ed adottarne il piano del fabbisogno di personale.

Con la presente relazione si illustra la metodologia di calcolo e la procedura seguita per l'aggiornamento del Piano triennale del fabbisogno di personale per il triennio 2024/2026.

Si premette che l'assetto aziendale negli ultimi anni è profondamente mutato a seguito dell'attivazione della cardiocirurgia pediatrica, dell'implementazione dei posti letti nelle UU.OO. di malattie infettive e dell'affidamento degli incarichi dirigenziali riferibili alle strutture semplici.

In ragione di quanto sopra, la dotazione organica aziendale, approvata con deliberazione n. 1160/2021, è stata rideterminata nel rispetto del tetto di spesa assegnato, mediante un diverso utilizzo della massa finanziaria disponibile, come si seguito dettagliato:

- Congelamento di:
 - n. 3 posti di dirigente medico di chirurgia plastica (UOC grandi ustioni pediatriche);
 - n. 3 posti di dirigente medico di neurochirurgia (UOC neurochirurgia pediatrica);
 - n. 3 posti di dirigente medico di urologia (UOC urologia pediatrica);
- Soppressione di
 - n. 4 posti di dirigente medico servizi generali (Staff Direzione generale)
 - n. 3 posti di collaboratore sanitario;
 - n. 3 posti di ausiliario specializzato;
 - n. 3 posti di puericultrice;
- Istituzione di:
 - n. 1 posto di dirigente odontoiatra;
 - n. 2 posti di dirigente medico di cardiocirurgia;
 - n. 5 posti di dirigente medico di malattie infettive;
 - n. 1 posto di dirigente medico di anestesia e rianimazione;
 - n. 3 posti di dirigente medico di pediatria;
 - n. 3 posti di dirigente medico di chirurgia generale;
 - n. 1 posto di dirigente medico di radiologia;
 - n. 1 posti di assistente sociale;

In allegato le tabelle riepilogati relative al programma assunzionale degli anni dal 2024/2026.

Per ogni disciplina/profilo è evidenziato in tabella:

il numero di personale presente al 31/12/2023;

il numero di assunzioni programmate nell'anno di riferimento;

il numero di posti vacanti e la destinazione degli stessi (stabilizzazione - accesso dall'esterno).

Si illustrano nel prospetto che segue i contingenti numerici, distinti per profilo, ottenuti con riferimento alle macroaree contenute nella dotazione organica e sviluppate nel piano del fabbisogno di personale per gli anni 2024/2026:

Macroaree	Previsione
Medici e odontoiatri	770
Infermieri	1345
Oss	270
Ausiliari	15
Altro Personale Ruolo Tecnico (Dirigenza + Comparto)	120
Altro Personale Sanitario	268
Dirigenti Sanitari	53
Farmacisti	9
Ruolo Amministrativo e Professionale (Dirigenza + Comparto)	216
Totale	3066

La previsione di spesa totale netta ammonta ad euro 157.049.367, quindi nel rispetto del tetto di spesa assegnato all'Azienda di Euro 157.151.000.

Oltre alle ordinarie procedure concorsuali è stato utilizzato lo strumento di reclutamento speciale previsto dal D. Lgs. n. 75/2017 - c.d Decreto Madia – oltre ai nuovi strumenti di stabilizzazione introdotti dalla Legge 234/2021, così come modificata dalla Legge Finanziaria 2023.

Resta inteso che per la copertura dei posti “apicali” – direttori di struttura complessa – l'azienda è aderente alle previsioni del D. Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii.

Rispetto al Piano 2023/2025 occorre evidenziare che si è proceduto a dotare di personale medico le UU.OO.SS.DD. già previste nel vigente atto aziendale. detto operazione si è resa possibile mediante l'utilizzazione della massa finanziaria originariamente prevista per altre UO che ad oggi sono non attive.

MEDICI

Sulla base dei risultati ottenuti, sono stati determinati n. 496 dirigenti medici per la degenza, calcolando in proporzione il numero di medici delle unità senza degenza in n. 140 unità (ovvero il 29 % delle unità di degenza della somma dei due presidi dell'Arnas). Al totale così ottenuto sono stati aggiunti:

- i dirigenti medici delle aree di emergenza (MCAU adulti e pediatrico) e della Centrale operativa 118, per un totale di 68 unità;
- i dirigenti medici direttori di struttura complessa, 52 unità;
- i dirigenti medici dei servizi generali n. 13 unità.

Il totale delle unità mediche è di n. 769 così programmati nel triennio di riferimento:

Presenti al 31/12/2023	Fabbisogno 2024	Fabbisogno 2025	Fabbisogno 2026
623	670	699	769

INFERMIERI

Per il personale infermieristico è stato utilizzato il valore tendenziale omnicomprensivo di 1,8 (effettivo 1,75%) infermieri per dirigente medico con il risultato di 1.345 unità infermieristiche (comprendenti degli incarichi di funzione con coordinamento).

L'allocazione per personale infermieristico è stata effettuata nell'ottica della congruità tra posti letto e complessità assistenziale.

Inoltre, considerata la rimodulazione organizzativa, la distribuzione del personale cui trattasi deve ritenersi profondamente dinamica nell'ottica di una ottimizzazione del servizio in relazione alle esigenze assistenziali.

Il totale delle unità infermieristiche è di n. 1345 così programmati nel triennio di riferimento:

Presenti al 31/12/2023	Fabbisogno 2024	Fabbisogno 2025	Fabbisogno 2026
938	1145	1295	1345

OSS - AUSILIARI

Il fabbisogno di personale OSS è stato calcolato sul range tra lo 0,15% e lo 0,30% dei P/L.

Il risultato ottenuto è pari allo 0,32% ovvero 270 unità di personale OSS. Per il personale ausiliario si è mantenuto il numero di unità in servizio.

Il totale delle unità di personale OSS così programmati nel triennio di riferimento:

Presenti al 31/12/2023	Fabbisogno 2024	Fabbisogno 2025	Fabbisogno 2026
223	270	270	270

PERSONALE RUOLO TECNICO

Nell'ambito del personale del ruolo tecnico, sia dirigenza che comparto si è proceduto al calcolarne i relativi profili per un totale di 120 unità di personale.

A fronte di una percentuale massima utilizzabile del 10% del totale delle unità di personale del ruolo sanitario fin qui calcolate, l'azienda ha fissato il proprio parametro al 5%.

- personale ruolo tecnico (comparto) n. 118
- personale ruolo tecnico (dirigenza) n. 2

Il totale delle unità del ruolo tecnico è di n. 120 così programmati nel triennio di riferimento:

Presenti al 31/12/2023	Fabbisogno 2024	Fabbisogno 2025	Fabbisogno 2026
77	97	110	120

ALTRE FIGURE SANITARIE NON DIRIGENZIALI

Con riferimento ai restanti profili del comparto sanitario, la percentuale di calcolo utilizza è dello 0,3% per P/L, per un totale di n. 268 unità.

Il totale delle unità è così programmato nel triennio di riferimento:

Presenti al 31/12/2023	Fabbisogno 2024	Fabbisogno 2025	Fabbisogno 2026
235	259	264	268

DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA

In questa sezione è necessario distinguere i dirigenti farmacisti dal restante personale dirigente sanitario; infatti, per i primi è prevista una percentuale massima del 3% delle unità mediche, per i secondi fino al 7% delle unità mediche.

L'amministrazione ha quantificato il fabbisogno di dirigenti farmacisti nel numero di 9 unità.

Con riferimento al restante personale della dirigenza sanitaria, si è proceduto a quantificare il relativo fabbisogno in numero 53 unità.

Totale dirigenti farmacisti n. 9

Totale altri dirigenti sanitari n. 54

Il totale delle unità è così programmato nel triennio di riferimento:

Presenti al 31/12/2023	Fabbisogno 2024	Fabbisogno 2025	Fabbisogno 2026
49	54	61	63

PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE

Per il fabbisogno del personale amministrativo e professionale, si è proceduto a quantificare un contingente di n. 216 unità di personale.

Il totale delle unità è così programmato nel triennio di riferimento:

Presenti al 31/12/2023	Fabbisogno 2024	Fabbisogno 2025	Fabbisogno 2026
154	170	181	216

COSTO DEL PIANO DEL FABBISOGNO

Di seguito i valori medi utilizzati, con oneri e senza IRAP:

Profilo Giuridico	costo unitario
Medico	101.000,00
Infermiere	45.000,00
Operatore sociosanitario	36.000,00
Operatore tecnico addetto all'assistenza	35.000,00
Ausiliario specializzato	32.000,00
Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	40.000,00
Fisioterapista	43.000,00
Logopedista	41.000,00
Ortottista – assistente di oftalmologia	43.000,00
Tecnico audiometrista	37.000,00
Assistente sanitario	45.000,00
Dietista	45.000,00
Ostetrica	43.000,00
Tecnico di neurofisiopatologia	43.000,00
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	42.000,00
Tecnico sanitario di radiologia medica	42.000,00
Profilo Atipico Sanitario	42.000,00
Puericultrice	38.000,00
Tecnico della fisiopatologia card e perf. cardiovascolare	42.000,00
Assistente sociale	42.000,00
Analista	100.000,00
Assistente tecnico	35.000,00
Collaboratore tecnico	40.000,00
Operatore tecnico	35.000,00
Psicologo	90.000,00
Biologo	90.000,00
Fisico	90.000,00
Pedagogista	90.000,00

In allegato:

- dettaglio per profilo giuridico (allegato 5)
- sviluppo Piano triennale 24/26 (allegato 6).

3.4 Formazione del personale

Il **Piano Formativo Aziendale 2024** è stato adottato con delibera n.56 del 12/01/2024.

Introduzione: la specificità della formazione in sanità

In ogni organizzazione complessa la formazione è il più importante strumento di governo strategico, indispensabile per supportare le modificazioni organizzative, l'ammodernamento tecnologico e l'introduzione di nuovi strumenti di gestione. In ambito sanitario la Formazione acquista, se possibile, un'importanza ancora più rilevante, data la natura particolarmente delicata del servizio offerto: va, infatti, riconosciuto il diritto dei cittadini di affidare la propria salute e quella dei propri cari alle cure di operatori attenti, aggiornati e sensibili.

Già all'atto dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, il legislatore si era preoccupato che "la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico e culturale del personale del servizio sanitario nazionale" rientrasse tra gli otto obiettivi che dovevano garantire le finalità del Servizio stesso. Il personale del Servizio Sanitario Nazionale, in un certo senso al riparo dallo stimolo rappresentato dalla competizione del libero mercato, doveva tenere sempre aggiornate le conoscenze utili a soddisfare i bisogni degli assistiti e le necessità dei servizi sanitari. Si dovevano anche colmare lacune della preparazione professionale conseguenti al divario tra una sovrapproduzione di personale (in particolare medico, per mancanza di numero programmato) e la limitata offerta formativa istituzionale, specialmente universitaria. Negli ultimi anni a queste esigenze se ne sono aggiunte altre e la Formazione ha assunto in ambito sanitario un ruolo ancora più centrale. Nella "sanità" di oggi, infatti, la prestazione principale non è, e tenderà ad esserlo sempre meno, un "atto" di un singolo professionista, bensì un "processo" nel corso del quale intervengono "più atti" svolti da vari e diversi professionisti (con diverse capacità e peculiarità). Detto "processo" generalmente inizia prima del contatto con il professionista che "erogherà" la "prestazione principale" e terminerà dopo che l'attività diagnostica e curativa sarà terminata.

Tutto ciò ha fatto sì che anche in sanità si cominciasse a parlare di "Qualità Totale" e di "Sistema Qualità".

Le leggi di riforma sanitaria (la 502/92 e la 517/93) hanno, infatti, definito obiettivi correlabili al Total Quality Management:

- efficienza dell'organizzazione attraverso l'aziendalizzazione (autonomia, controllo di gestione, pareggio di bilancio);
- efficienza delle prestazioni e soddisfazione dell'utenza tramite l'utilizzo di indicatori di Qualità;
- garanzia di efficienza/efficacia della spesa e di qualità delle strutture sanitarie, tramite il loro accreditamento.

In questo contesto, un Sistema Qualità nei servizi sanitari ha tre obiettivi da raggiungere:

- prima di tutto la qualità nei rapporti con il paziente, cercando la soddisfazione non solo per i suoi bisogni sanitari, ma anche per le sue istanze umane, vista la delicata situazione fisica e psicologica in cui versa;
- a ciò si aggiunge la qualità dell'organizzazione in termini di efficacia delle procedure organizzativo- gestionali e di efficienza della struttura;
- infine, la ricerca della qualità anche nell'apporto di tutti i servizi connessi a quello sanitario vero e proprio: un'accoglienza adeguata non solo per i degenti ma anche per i loro parenti, un'informazione chiara e corretta, tempi di attesa ragionevoli, ecc.

Ed è evidente, allora, che la formazione continua degli operatori assume una importanza imprescindibile. Tuttavia, fino al 1992, il sistema utilizzato per garantire il continuo aggiornamento

professionale degli operatori della sanità non forniva sufficienti garanzie di efficacia. Per fare un esempio, nonostante in tutti i contratti di lavoro del personale sanitario dipendente e convenzionato con il SSN fossero state inserite norme per la formazione e l'aggiornamento, nessuno strumento era stato previsto per la verifica dell'uso del tempo messo a disposizione. Di qui, la decisione del Legislatore di adottare anche nel nostro paese il Programma di Educazione Continua in Medicina. Con il nuovo sistema, mettere in atto tutte le azioni necessarie a mantenersi "aggiornati e competenti" non è più "solo" un dovere per tutti gli operatori della sanità - richiamato anche dal "Codice Deontologico" - ma un obbligo. Ed è compito di ogni Azienda Sanitaria garantire ai propri dipendenti un'offerta formativa adeguata, compatibilmente con le risorse a disposizione.

Il programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.)

La professionalità di un operatore della Sanità può essere definita da tre caratteristiche fondamentali:

- il possesso di conoscenze teoriche aggiornate (il sapere);
- il possesso di abilità tecniche o manuali (il saper fare);
- il possesso di capacità comunicative e relazionali (il saper essere).

Il rapido e continuo sviluppo della medicina e, in generale, delle conoscenze biomediche, nonché l'accrescersi continuo delle innovazioni sia tecnologiche che organizzative, rendono sempre più difficile per il singolo operatore della sanità mantenere queste tre caratteristiche al massimo livello.

È per questo scopo che, in molti Paesi del mondo, sono nati i programmi di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.). Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, ha voluto istituzionalizzare anche nel nostro Paese la E.C.M..

L'articolo 16-bis del predetto decreto definisce gli Obiettivi e i contenuti della Formazione Continua e distingue le attività di Aggiornamento Professionale da quelle di Formazione Permanente; l'articolo 16-ter istituisce la Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC) cui è affidata la elaborazione del programma di E.C.M.. La CNFC ha il compito, tra l'altro, di "...definire i crediti formativi che devono essere maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo..." e di "...definire i requisiti per l'accreditamento dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative...".

Il programma di E.C.M. riguarda tutto il personale sanitario, medico e non medico, dipendente o libero professionista, operante nella Sanità, sia privata che pubblica. L'E.C.M. è, in pratica, finalizzata alla valutazione degli eventi formativi, in maniera tale che il singolo medico, infermiere, o altro professionista sanitario possa essere garantito della qualità ed utilità degli stessi ai fini della tutela della propria professionalità; la E.C.M., inoltre, è lo strumento per ricordare ad ogni professionista il suo dovere di svolgere un adeguato numero di attività di aggiornamento e di riqualificazione professionale.

La caratteristica principale del programma di E.C.M. italiano è rappresentata dal fatto che esso prevede la obbligatorietà della formazione continua ed è esteso a tutti gli operatori della Sanità, coinvolgendo quindi tutte le categorie professionali. La popolazione interessata dal progetto è stata stimata, nel 2021, in circa 1.200.000 unità, di cui circa un terzo medici (403.000), un terzo infermieri (385.000) e il restante terzo suddiviso tra le diverse figure professionali (biologi, farmacisti, tecnici, veterinari etc.).

Appare quindi evidente come sia opportuno, anche per ragioni di praticità, che la partecipazione ad eventi formativi non comporti di norma spostamenti dal luogo di lavoro, e che sia invece garantita all'operatore una adeguata offerta formativa "in loco".

È altrettanto opportuno che la formazione venga programmata in modo da non occupare una intera giornata lavorativa, (come accadrebbe se l'operatore fosse costretto a recarsi ad un convegno in altra sede) ma sia invece programmata in segmenti o moduli di alcune ore ciascuno: in tale modo il processo formativo viene reso meno pesante, con occasioni di discussione e di confronto, e quindi più efficace. Da quanto sopra si deduce facilmente come le Strutture sanitarie abbiano un forte interesse a pianificare la formazione dei propri dipendenti, in modo che la formazione stessa non si ripercuota negativamente sul funzionamento delle strutture stesse e con l'assistenza da garantire all'utenza che è la mission principale di ogni azienda sanitaria.

Le strutture (Unità Operative) deputate alla gestione della formazione aziendale in ambito sanitario devono essere conformi a quanto previsto dalle linee guida approvate con D.A. del 7 settembre 2012, ed hanno il compito di organizzare, gestire e produrre attività formative finalizzate al mantenimento, allo sviluppo e all'incremento delle competenze e delle performance dei professionisti della sanità, nel contesto delle attività complessivamente chiamate Educazione Continua in Medicina.

Pianificazione delle attività formative: il Piano Formativo Aziendale 2024 ed il Piano triennale per la formazione sulla tutela della salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro 2024-2026

L'Assessorato Regione Siciliana, con D.D.S. n. 1351 del 15/11/2023, ha accreditato l'ARNAS Civico, Di Cristina e Benfratelli di Palermo, n.q. di Provider regionale del programma di Educazione Continua in Medicina (ECM), con il numero identificativo 16 dell'Albo Regionale. L'Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017, all'art. 65 (Pianificazione dell'offerta formativa), ha ribadito l'obbligo da parte dei Provider nazionali e regionali di trasmettere un piano formativo annuale degli eventi che intende accreditare al proprio ente accreditante entro il 28 febbraio dello stesso anno, secondo quanto stabilito dal "Manuale di Accreditamento dei Provider ECM della Regione Siciliana". Preliminarmente alla stesura del Piano Formativo per l'anno 2024 si è proceduto:

- alla raccolta dei bisogni formativi aziendali mediante due schede di raccolta dati, utilizzando la sezione "Moduli" di "Google Drive", una dedicata alla raccolta dei bisogni in ambito sanitario e, per la prima volta, una mirata alla raccolta dei bisogni formativi del Dipartimento Amministrativo e dello Staff. Le schede sono state trasmesse tramite e-mail a tutto il personale in servizio il 5 luglio 2023, e la raccolta dati si è conclusa il 30 agosto 2023;

- all'analisi dei "questionari di valutazione" redatti dagli operatori che hanno partecipato ai Corsi del 2023, da cui si è evidenziato un elevato gradimento per i Corsi Teorico-Pratici proposti (BLS-D, PBLSD, ECG in area critica, ecc.) e per la Formazione sul Campo (Gruppi di Miglioramento).

Di seguito si esporranno le iniziative formative progettate a partire dai bisogni formativi dell'area sanitaria nell'ambito del programma di Educazione Continua in Medicina (ECM), e quelle pianificate sulla base dei bisogni formativi espressi dagli operatori del Dipartimento Amministrativo e dallo Staff.

Le aree per cui vi è stato un maggior numero di segnalazioni di bisogni formativi sono state (tra parentesi la numerosità espressa in termini percentuali rispetto al totale delle segnalazioni):

- Area della gestione ed organizzazione del lavoro (25%);
- Area delle linee guida/EBP (23%);
- Area della comunicazione con il paziente e con i familiari del paziente/umanizzazione delle cure (17%);
- Area Prevenzione e trattamento delle Infezioni Correlate all'assistenza ed *Antimicrobial Stewardship/Antibiotic Stewardship* (10 %);
- Area della simulazione e simulazione avanzata in emergenza/urgenza (10 %);
- Area Rischio Clinico – Responsabilità Professionale – Consenso Informato (6%);

- Area della donazione e/o del trapianto d'organo (4%);
- Area della informatica/sanità digitale (4%), che raccolgono complessivamente il 99% dei bisogni formativi segnalati.

Partendo dall'analisi dei bisogni formativi e dall'analisi dei questionari di gradimento, è stato richiesto ai Direttori delle Unità Operative aziendali, ai Referenti per la Formazione ed ai Coordinatori delle Professioni Sanitarie di elaborare delle proposte di progetti formativi coerenti con i bisogni formativi rilevati (macro-progettazione). La raccolta delle proposte è iniziata il 1° settembre 2023, e si è conclusa il 15 dicembre 2023.

La stesura del Piano, oltre a contenere le suddette proposte formative, ha tenuto conto anche:

- della programmazione triennale (2024-2026) della formazione "obbligatoria", a cura del Servizio di Prevenzione e Protezione, comprendente essenzialmente la formazione legata alla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro ai sensi del D.lgs. 81/08 e s.m.i. (inclusi gli specifici accordi Stato-Regioni) e ai sensi del D.lgs. 101/20;

- della programmazione relativa ai corsi ex-Legge n. 135/90 che riprenderanno su indicazione del DASOE, con fondi dedicati.

Nella tabella allegata "Piano Formativo Aziendale ECM 2024" è possibile avere il dettaglio dei corsi programmati, degli obiettivi regionali/nazionali, del numero di edizioni, dei discenti potenzialmente coinvolti e dei costi preventivati per singole voci.

Il Piano ECM 2024, così come si è venuto a costituire, comprende 7 macro-aree tematiche:

1. area della formazione obbligatoria sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (D.L. 81/08);
2. area della formazione in emergenza-urgenza, compresa l'area pediatrica (che include i corsi di BLS-D e PBLSD considerati obbligatori nell'ambito della gestione del Rischio Clinico);
3. area dei corsi dedicati a Linee Guida, Procedure e Protocolli in specifici ambiti disciplinari e professionali;
4. area della prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (I.C.A.) e della gestione del Rischio Clinico;
5. area delle attività di Formazione Sul Campo (FSC) correlate ai Gruppi di Miglioramento ed alle attività di Training;
6. area della Comunicazione e della Umanizzazione delle Cure;
7. area della formazione erogata a tutti gli operatori di Malattie Infettive ai sensi del D.L. 135/90 (Polo di Palermo), ed è costituito da 75 proposte formative, alcune delle quali articolate in più edizioni, per un totale 236 edizioni, ed un impegno complessivo pari a 294 giornate formative. Per quanto riguarda le tre tipologie di obiettivi previsti nell'ambito dell'accreditamento ECM, si riporta di seguito la distribuzione numerica delle attività formative per ciascuna area:

- obiettivi di sistema: 46 corsi;
- obiettivi tecnico professionali: 19 corsi;
- obiettivi di processo: 10 corsi.

Come si può evincere all'analisi delle proposte formative riportate nella tabella allegata, le indicazioni emerse durante la raccolta dei bisogni risultano ampiamente soddisfatte.

Per quanto riguarda i costi preventivati, la somma di €. 16.407,92 prevista per l'accreditamento annuale del Provider e degli eventi formativi può eventualmente diminuire in funzione del numero di corsi effettivamente erogati. Parimenti quella di €. 110.308,92 prevista per il pagamento delle docenze fuori orario di servizio (F.O.S.) potrebbe diminuire non solo in funzione del numero di edizioni effettivamente erogate ma anche in base al numero di docenti che effettivamente svolgeranno la loro attività al di fuori dell'orario di servizio, piuttosto che in orario di

servizio. Pertanto, i costi indicati nella tabella relativa al Piano Formativo ECM vanno considerati come una stima massima dei costi possibili.

Nel passaggio dalla macro alla micro-progettazione e alla calendarizzazione degli eventi formativi ECM si seguiranno le priorità aziendali, a cominciare dall'imponente impegno previsto per la formazione obbligatoria nell'ambito della tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, che richiede un notevole utilizzo di spazi e risorse.

Il Piano Formativo Aziendale ECM 2024 è stato esitato positivamente nel corso della riunione del Comitato Scientifico del 14 dicembre u.s. e così come previsto dal Piano della Qualità della U.O.s. Formazione dell'ARNAS Civico, Di Cristina e Benfratelli, dovrà essere approvato entro il 31 gennaio 2024.

Anche per quanto riguarda la pianificazione delle attività formative del Dipartimento Amministrativo e Staff, si è preso atto delle segnalazioni dei bisogni formativi, che sono pervenute da tutte le UU.OO. coinvolte. Così come è stato fatto per i bisogni emersi dagli operatori dell'area sanitaria, anche in questo caso si è provveduto ad analizzare i suggerimenti pervenuti, e a predisporre le aree tematiche verso cui indirizzare le attività formative, sia attraverso risorse gratuite (Corsi Valore P.A. INPS), o già accessibili tramite abbonamento (Corsi erogati dalla Fondazione GARI), che attraverso attività formative erogate da Enti Esterni, con costi a carico dell'Azienda.

Le aree tematiche ed i costi preventivati sono dettagliati nella tabella "Piano Formativo 2024 – Area Amministrativa". È previsto un costo complessivo, per l'anno 2024, non superiore ad euro 30.000,00.

Nella tabella a seguire il Piano Formativo Aziendale ECM 2024.

N°	Titolo del corso	Tipologia formativa	Destinatari	N° partec. X ediz.	Ore tot. Corso	N. edizioni	Totale costi presunti
40	AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO IN RISONANZA MAGNETICA	FSC – Addestr.	TRSM – Medici	20	8	4	€ 1.002,82
41	LA POCUS PEDIATRICA	RES	Medici, infermieri, TRSM, Tecnici Perfusionisti	14	8	2	1451,94
42	RACCOLTA E GESTIONE DEI DATI SANITARI	RES	Tutte le professioni sanitarie ECM e non (OSS)	30	6	2	€ 486,42
43	CORSO AZIENDALE IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	RES	Tutte le professioni	35	5	2	€ 434,78
44	LA RADIOPROTEZIONE AI SENSI DEL D. LGS. 101/2020	RES	Tutte le professioni sanitarie ECM	35	3	10	€ 1.005,18
45	LA RADIOPROTEZIONE DEL PAZIENTE IN AMBITO OSPEDALIERO	RES	Tutte le professioni sanitarie ECM	35	5	6	€ 951,18
46	LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO - CORSO PER LAVORATORI - AI SENSI DELL'ART. 37 D.LGS. N. 81/08 E S.M.I.- FORMAZIONE GENERALE PARI A 4 ORE E SPECIFICA PARI A 12 ORE PER UN TOTALE DI 16 ORE	RES	Tutte le professioni	35	16	12	€ 5.257,66
47	LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO: CORSO DI AGGIORNAMENTO PER LAVORATORI ART. 37 D.LGS. 81/08 E S.M.I. ACCORDO STATO-REGIONI N. 221 DEL 21.12.2011 (DURATA 6 ORE)	RES	Tutte le professioni	30	6	6	€ 1.106,10
48	LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO – ARTICOLO 37 COMMA 7 DEL D. LGS. 81-08 - CORSO PER PREPOSTI	RES	Tutte le professioni	30	8	4	€ 1.038,82
49	CORSO DI FORMAZIONE AZIENDALE PER DIRIGENTI/DELEGATI - LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI - ART. 37 D. LGS. 81/08 E S.M.I. (DURATA 16 ORE)	RES	Dirigenti e delegati – NON ECM	30	16	1	€ 72,00
50	CORSO DI FORMAZIONE AZIENDALE PER RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (RLS) - LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI - ART. 37 D. LGS. 81/08 E S.M.I. (DURATA 32 ORE)	RES	RLS – NON ECM	30	32	1	€ 970,24
51	CORSO ANTINCENDIO PER ADDETTI ANTINCENDIO IN ATTIVITÀ DI LIVELLO 3	RES	Addetti antincendio – NON ECM	15	16	10	€ 10.000,00
52	LA RESPONSABILITÀ DEL MEDICO E DELLA STRUTTURA SANITARIA	RES	Tutte le professioni sanitarie ECM	25	6	2	€ 904,26
53	REVISIONE DEL PAZIENTE CRITICO IN U.T.I.R.	FSC	Tutte le professioni sanitarie ECM e non (OSS)	14	24	1	€ 916,76

N°	Titolo del corso	Tipologia formativa	Destinatari	N° partec. X ediz.	Ore tot. Corso	N. edizioni	Totale costi presunti
54	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO MULTIDISCIPLINARE PER LA GINECOLOGIA ONCOLOGICA	FSC – G. di M.	Medici – Psicologi – Fisioterapisti	20	52	2	€ 833,72
55	ATTIVITÀ DIAGNOSTICA ISTOPATOLOGICA INTRAOPERATORIA	FSC – Addestr.	Medici – TSLB	20	96	2	€ 5.250,68
56	LO STATO DI MALE EPILETTICO (S.M.E.) DA 0 A 18 ANNI: GESTIONE INTRA-OSPEDALIERA IN AREA DI EMERGENZA	RES	Tutte le professioni sanitarie ECM e non (OSS)	35	8	2	€ 643,70
57	PERCORSO LILLA IN PRONTO SOCCORSO: GESTIONE INTEGRATA DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE (D.N.A.) PER SOGGETTI < 18 ANNI	RES	Tutte le professioni sanitarie ECM e non (OSS)	35	12	2	€ 796,26
58	LA PREVENZIONE DELLE I.C.A. E LA GESTIONE DEL PAZIENTE INFETTO DA M.D.R.O.	RES	Tutte le professioni sanitarie ECM e non (OSS)	35	6	12	€ 2.035,62
59	CORSO FACILITATORE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	RES	Medici	20	5	6	€ 951,18
60	CORSO DI FORMAZIONE SU ASPETTI LEGATI ALLA QUALITÀ ED AL RISCHIO CLINICO	RES	Medici ed Infermieri	35	5	6	€ 951,18
61	IL SETTING ASSISTENZIALE IN MEDICINA D'URGENZA: QUANDO L'EMERGENZA NON È SOLO LA RISOLUZIONE DELL'EVENTO ACUTO	RES	Tutte le professioni sanitarie ECM e non (OSS)	35	5	2	€ 434,78
62	IL CONTRIBUTO DELL'OSS NELLA PREVENZIONE DELLE ICA	RES	OSS	30	3	4	€ 850,26
63	LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO DAL PROTOCOLLO S.N.I.C.H.2 ALLE IMPLICAZIONI PER LA PRATICA	RES	Medici – infermieri – infermieri pediatrici	35	7	2	€ 574,06
64	LABORATORIO TECNICO PRATICO PER LA GESTIONE DEGLI ACCESSI VENOSI	RES	Infermieri	35	5	3	€ 1.338,48
65	CORSO PER FACILITATORI/ REFERENTI DELLA FORMAZIONE AZIENDALE	RES	Tutte le professioni ECM (referenti formazione individuati)	35	5	2	€ 434,78
66	GESTIONE DEL CARRELLO DI EMERGENZA DEL PAZIENTE ADULTO	RES	Infermieri	20	3	24	€ 3.894,66
67	LO PSICODRAMMA NELLA GESTIONE DELLE DINAMICHE DEI GRUPPI DI LAVORO	RES	Tutte le professioni sanitarie e non	12	20	3	€ 1.846,28
68	GESTIONE DELLA CRRT IN AREA CRITICA	RES	Medici ed Infermieri di area critica	24	5	1	€ 305,68
69	STANDARDIZZAZIONE DELLE PROCEDURE IN CAMERA IPERBARICA	FSC – GdM	Tutte le professioni sanitarie ECM e non ECM che operano in Camera Iperbarica	12	6	3	€ 269,46
70	OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA: PRINCIPALI PATOLOGIE, LE MALATTIE E LE INDICAZIONI TERAPEUTICHE DI QUESTA TERAPIA	RES	Tutte le professioni sanitarie ECM	24	5	2	€ 434,78

N°	Titolo del corso	Tipologia formativa	Destinatari	N° partec. X ediz.	Ore tot. Corso	N. edizioni	Totale costi presunti
71	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO PER LA CONDIVISIONE DELLE PROCEDURE FISIOTERAPICHE AZIENDALI	FSC – GdM	Fisioterapisti	16	15	2	€ 383,02
72	PREANALITICA ED APPROPRIATEZZA DELLA RICHIESTA IN MICROBIOLOGIA	RES	Tutte le professioni ECM	35	10	1	€ 434,78
73	LE NUOVE TECNOLOGIE NELLA CURA DEL DIABETE MELLITO TIPO 1 IN ETÀ EVOLUTIVA	RES	Medici, Infermieri, Infermieri Pediatrici, Dietisti (inclusi 15 specialisti in Formazione – NON ECM)	15	20	4	€ 4.428,28
74	LA NUTRIZIONE CLINICA NEL PAZIENTE OSPEDALIZZATO	RES	Tutte le professioni sanitarie ECM e non	35	5	1	€ 305,68
75	AGGIORNAMENTO IN MALATTIE INFETTIVE: L. 135/90 (N.B. I CORSI PREVISTI DALLA LEGGE 135/90 VENGONO EROGATI SULLA BASE DI FINANZIAMENTI DEDICATI)	RES	Medici, Infermieri ed OSS	52	36	4	€ 20.896,16
	QUOTA ANNUALE ACCREDITAMENTO PROVIDER ECM						€ 2.000,00
	Totale			1781	745	236	€ 136.958,77

3.5 Piano della transizione al digitale

Il piano per la transizione al digitale descrive il percorso verso la trasformazione digitale dell'ARNAS G. Di Cristina Benfratelli di Palermo ha l'obiettivo di proporre servizi innovativi sempre più a misura di paziente e facilitare il lavoro degli operatori informatizzando i processi.

I Principi Guida

L'azione della PA per la trasformazione digitale è improntata sui seguenti principi:

- *digital & mobile first* (digitale e mobile come prima opzione): le PA devono realizzare servizi primariamente digitali;
- *digital identity only* (accesso esclusivo mediante identità digitale): le PA devono adottare in via esclusiva sistemi di identità digitale definiti dalla normativa assicurando l'accesso tramite SPID e CIE;
- *cloud first* (*cloud* come prima opzione): le PA, in fase di definizione di un nuovo progetto e di sviluppo di nuovi servizi, adottano primariamente il paradigma cloud, tenendo conto della necessità di prevenire il rischio di *lock-in*;
- servizi inclusivi e accessibili: le PA devono progettare servizi pubblici digitali che siano inclusivi e che vengano incontro alle diverse esigenze delle persone e dei singoli territori;
- dati pubblici un bene comune: il patrimonio informativo della PA è un bene fondamentale per lo sviluppo del Paese e deve essere valorizzato e reso disponibile ai cittadini e alle imprese, in forma aperta e interoperabile;
- interoperabile *by design*: i servizi pubblici devono essere progettati in modo da funzionare in modalità integrata e senza interruzioni in tutto il mercato unico esponendo le opportune API;
- sicurezza e *privacy by design*: i servizi digitali devono essere progettati ed erogati in modo sicuro e garantire la protezione dei dati personali;
- *user-centric, data driven* e agile: le PA sviluppano i servizi digitali, prevedendo modalità agili di miglioramento continuo, partendo dall'esperienza dell'utente e basandosi sulla continua misurazione di prestazioni e utilizzo;
- *once only*: le PA devono evitare di chiedere ai cittadini e alle imprese informazioni già fornite;
- *codice aperto*: le pubbliche amministrazioni devono prediligere l'utilizzo di software con codice aperto e, nel caso di software sviluppato per loro conto, deve essere reso disponibile il codice sorgente.

Gli ambiti di intervento ed il progetto sono illustrati di seguito al punto "Obiettivi di digitalizzazione" del presente piano.

PROGETTI PNRR ICT

Elenco progetti in corso di avvio finanziati con fondi PNRR:

- Ammodernamento dei sistemi RIS-CIS-PACS e completamento della digitalizzazione dei servizi eroganti di Radiologia interventistica, Endoscopia, radioterapia e Medicina Nucleare
- Ammodernamento applicativi medicina trasfusionale

- Sicurezza in cloud e adeguamento al GDPR
- Acquisizione postazioni di lavoro
- Acquisizione apparati controllo accesso alla rete e protezione pdl
- Acquisizione apparati protezione e-mail, web e database
- Acquisizione servizi di System management
- Migrazione infrastruttura ICT al Polo Strategico Nazionale ("PSN")

Sezione 4 – Monitoraggio

L'Azienda affida ai componenti del gruppo di lavoro, per quanto di competenza, le attività di monitoraggio del PIAO al fine di:

1. fornire alla Direzione Strategica dati e analisi a supporto delle decisioni nelle varie fasi del ciclo di vita del piano;
2. fornire alle strutture di riferimento (Direttori di Dipartimento, Direttori di UOC e Responsabili UOSD) strumenti per la definizione e il monitoraggio in itinere delle attività e dei risultati previsti dal PIAO, anche attraverso la creazione di focus tematici di analisi;
3. gestire e regolamentare le richieste di analisi e di dati relativi ai diversi ambiti di attività previsti dal PIAO.

Le analisi degli indicatori di ciascuna area di attività, effettuati nel corso di due momenti di monitoraggio infra-annuale (primo semestre e annuale), sono valutate e discusse dal gruppo di lavoro in seduta congiunta al fine di consentire a ciascun componente la conoscenza dei risultati ottenuti, l'analisi di eventuali scostamenti e le proposte delle relative azioni correttive.

4.1 Monitoraggio del ciclo della performance

Il monitoraggio del ciclo della performance ed in particolare degli obiettivi assegnati ai vari livelli dell'organizzazione viene effettuato, ai sensi dell'art. 6 e 10, comma 1 – lettera b) del Dlgs 150/2009 e s.m.i.

Sono previsti e attuati diversi livelli di monitoraggio:

- monitoraggio dei risultati ottenuti su ciascun obiettivo, valutazione in itinere e finali previsti;
- monitoraggio della completezza degli obiettivi e dello stato di aggiornamento dei risultati ottenuti;
- monitoraggio delle variazioni e delle eventuali rimodulazioni degli obiettivi in corso d'anno;
- monitoraggio del rispetto dei tempi di assegnazione e valutazione degli obiettivi;
- relazione delle performance che riporta il consuntivo dei risultati ottenuti rispetto agli obiettivi assegnati.

4.2 Monitoraggio delle azioni di prevenzione della corruzione

Il monitoraggio dell'idoneità e dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione sono dettagliate nello specifico Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2023-2025, di cui alla sezione 2 del presente PIAO, e sono effettuate dalla RPCT di concerto con le strutture interessate.

4.3 Monitoraggio del piano dei fabbisogni di personale

Il monitoraggio effettuato con cadenza semestrale a cura dell'UOC Gestione Risorse Umane.

4.4 Monitoraggio del piano della transizione digitale

Il monitoraggio effettuato con cadenza semestrale a cura dell'ICT.

4.5 Monitoraggio della soddisfazione utenti

Il monitoraggio della *customer satisfaction* è effettuato secondo le indicazioni Assessoriali mediante la trasmissione telematica dei questionari somministrati agli utenti e la successiva analisi e predisposizione di apposito report a cura del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato della Salute. Tale report viene condiviso con tutte le Aziende sanitarie Regionali.