



Azienda Sanitaria Provinciale di ENNA



REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

2025-2027

Performance
Impatto
Efficienza
Valore Pubblico
Stakeholders

Sommario

Nota metodologica	3
Sezione funzionale	7
Scheda anagrafica dell'amministrazione	7
Valore pubblico, performance e anticorruzione	8
Valore pubblico.....	9
Performance	14
Rischi corruttivi e trasparenza	19
Organizzazione e capitale umano	23
Struttura organizzativa	23
Organizzazione del lavoro agile	27
Piano triennale dei fabbisogni del personale	27
Monitoraggio	29
Sezione generale	32
Contenuti generali dell'organizzazione.....	32
Contenuti generali del piano triennale dei fabbisogni del personale	36
Contenuti generali del piano di organizzazione del lavoro agile	37
Contenuti generali del piano formativo aziendale.....	41
Piano triennale della performance	43
Dati strutturali	43
Programmazione triennale	46
Programmazione annuale	47
Programmazione generale del piano delle azioni positive	48
Rischi corruttivi e trasparenza	49
Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza	49
La valutazione di impatto del contesto esterno	50
La valutazione di impatto del contesto interno.....	52
La mappatura dei processi.....	54
L'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi	56
La progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio.....	59
Il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.....	66
La programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato	68
Gruppo di lavoro del presente PIAO	71

Nota metodologica

In via preliminare è necessario evidenziare che il DPCM 30 giugno 2022, N.ro 132¹ *“Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione”* definisce il contenuto del PIAO ma non prevede uno standard di programmazione e rendicontazione del valore pubblico alla stregua, per esempio, degli standard GRI per gli SDGS.

In assenza di uno standard, la programmazione e misurazione degli obiettivi di valore pubblico, declinata in questo documento, è stata strutturata ispirandosi al modello ideato dal **Prof. Enrico Deidda Gagliardo**. In sintesi, il modello riconduce la creazione del valore pubblico **all’interazione sistemica** degli elementi tangibili ed intangibili dell’azienda pubblica che deve essere governata funzionalmente alla creazione di un valore riconoscibile dai suoi stakeholder.

L’interazione sistemica citata, presuppone che la creazione del valore pubblico sia un’attività caratterizzata dalla complessità e che il buon governo richiede pensiero sistemico e visione sistemica dell’azienda pubblica che si

estende, oltre “i confini di competenza”, alle relazioni con il c.d. contesto esterno.

Il modello prevede tre prospettive di governo:

- la prospettiva delle performance individuali;
- la prospettiva delle performance organizzative;
- la prospettiva del valore pubblico.

Le prospettive delle performance individuali e organizzative sono abilitanti e funzionali al valore pubblico.

La prospettiva delle performance organizzative prevede 4 livelli di governo: Salute organizzativa, Efficienza, Efficacia e Impatti. Ogni livello presenta 4 dimensioni entro le quali declinare gli indicatori di misurazione degli obiettivi.

Concettualmente, il modello citato è rappresentato come una piramide in cui il valore pubblico fluisce dal basso verso l’alto con un’interazione sistemica dei livelli e delle dimensioni.

¹ Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione è stato introdotto dall’art. 6 del D.L. 9 giugno 2021 n. 80, convertito, con

modificazioni, in legge 6 agosto 2021 n. 113. Il DPR 81/2022 è lo strumento attuativo del PIAO previsto dal c. 6 del citato art. 6. Il DPCM 132/2022 definisce la struttura e il contenuto del PIAO.



Figura 1 - il modello per la creazione del valore pubblico. Fonte: Opere bibliografiche del Prof. Enrico Deidda Gagliardo

Adattando il modello, sinteticamente su descritto, alle esigenze del debito informativo normativamente previsto e alla struttura del PIAO prevista dal DPCM 132/2022, la programmazione degli obiettivi è stata strutturata in due sezioni:

- **la sezione funzionale:** si tratta della **programmazione strategica** funzionale e strumentale alla realizzazione degli obiettivi di valore pubblico. In altre parole nella sezione funzionale **si delineano gli obiettivi di valore pubblico e solo gli obiettivi strategici aziendali direttamente funzionali al valore pubblico.**
- **la sezione generale:** si tratta della **programmazione generale** degli obiettivi strategici e operativi inerenti alla performance organizzativa, alle azioni programmate per la prevenzione dei rischi corruttivi e il presidio della trasparenza, alle azioni programmate per il benessere organizzativo. Sono inclusi anche gli obiettivi strategici e operativi che declinano la programmazione per il valore pubblico illustrata nella parte funzionale.

La sezione generale della programmazione, inoltre, è stata ulteriormente sviluppata nei documenti di programmazione previsti dalla normativa vigente e che si intendono integrativi del presente documento così come previsto dal DPCM 132/2022. I documenti che costituiscono la sezione generale, con riferimento a questa azienda, sono:

- il piano triennale della performance;
- il piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza;
- il piano triennale del fabbisogno del personale;
- piano organizzazione del lavoro agile;
- piano delle azioni positive;

La programmazione degli **obiettivi funzionali** al valore pubblico, indicati nel presente documento, prevede la seguente struttura tratta dal modello su indicato.

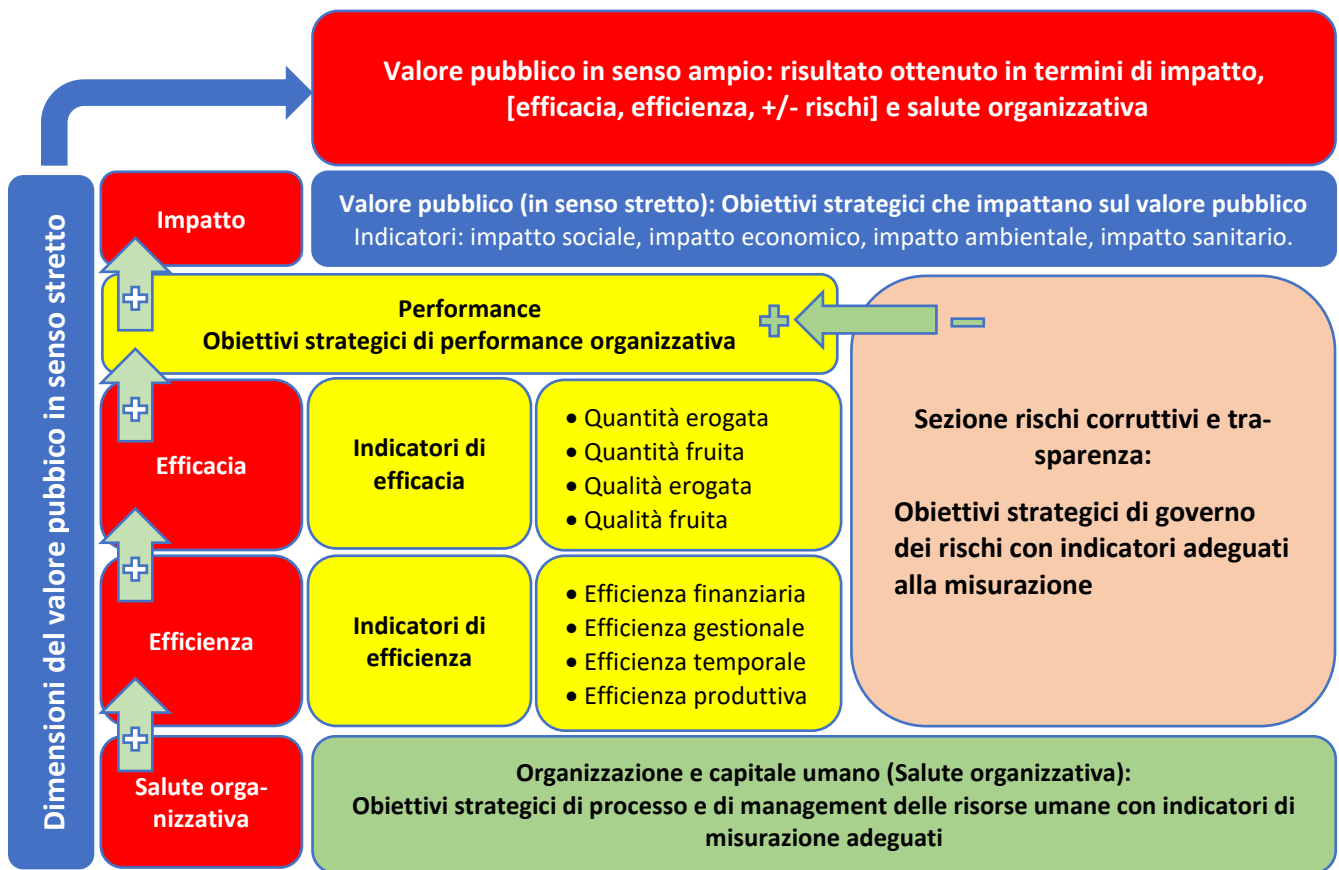


Figura 2 - Modello concettuale della struttura e delle interdipendenze della programmazione

Nella considerazione che i destinatari del presente documento siano gli stakeholder, al fine di favorire, mediante una struttura informativa chiara e sintetica ma comunque funzionale, la valutazione partecipativa dei risultati ottenuti rispetto ai valori attesi nella programmazione degli obiettivi di valore pubblico che sono di maggiore impatto, è stato scelto di focalizzare il presente documento sulla sezione funzionale che illustrerà gli obiettivi strategici di valore pubblico, demandando alla sezione generale l'informativa sulla declinazione degli stessi in obiettivi operativi e l'assegnazione ai centri di responsabilità.

Seguendo il modello di riferimento, il valore pubblico è considerato su due dimensioni: **il valore pubblico in senso stretto e il valore pubblico in senso ampio**. Il **valore pubblico in senso stretto**, è l'obiettivo ritenuto di valore pubblico dall'azienda, e che essa si pone, misurandolo in termini di impatto mediante fonti e benchmark pubblici che possono essere facilmente verificati dai cittadini. Il **valore pubblico in senso ampio**, è il valore pubblico creato dall'organizzazione, con una prospettiva olistica, in termini di impatti e in base ai contributi del performance management, del risk management, dell'HR management

In definitiva il valore pubblico in senso ampio sarà il valore pubblico creato dall'azienda e sarà la base di riflessione per avviare la valutazione partecipativa con gli stakeholder atteso che la programmazione, nella sua interezza, è stata decisa dalla gestione strategica.

L'obiettivo di valore pubblico in senso stretto è misurato proporzionalmente al miglioramento ottenuto rispetto alla base line.

Il valore pubblico in senso ampio è misurato, rispetto ad un target dichiarato, mediante la media dei risultati rilevati dagli indicatori di impatto, efficienza, efficacia, rischio e salute organizzativa.




Ogni obiettivo di valore pubblico è collegato ad uno o più obiettivi indicati nelle sezioni performance, rischi corruttivi e organizzazione e salute organizzativa, in modo da realizzare **il sistema delle sezioni previste dal PIAO e funzionale al valore pubblico** mediante le seguenti dipendenze funzionali:

- La sezione salute organizzativa contiene gli obiettivi abilitanti e trasversali alla performance e alla prevenzione dei rischi.
- La sezione performance contiene gli obiettivi strategici aziendali che sono funzionali al valore pubblico in senso stretto da perseguire.
- La sezione rischi corruttivi e trasparenza contiene obiettivi funzionali alla performance organizzativa e individuale mediante il ruolo di protezione contro l'effetto negativo degli eventi avversi che erode il valore creato. La gestione della performance e la gestione rischi quindi sono programmati per realizzare la funzione sinergica necessaria a supporto del valore pubblico da creare.

La sezione valore pubblico in senso stretto contiene gli obiettivi strategici che hanno un impatto diretto sul valore pubblico in senso ampio e che è confermato o rettificato dai risultati ottenuti dalla gestione della performance/rischi e dalla salute organizzativa.

Sezione funzionale

Scheda anagrafica dell'amministrazione

Settore di attività	Salute pubblica
Tipologia Ente	Ente sanitario pubblico territoriale
Ente sovraordinato	Regione Sicilia – Assessorato della Salute
Denominazione azienda	Azienda sanitaria provinciale di Enna
Acronimo	ASP di Enna
Logo	
Indirizzo	Direzione generale, 94100, Enna, Viale Diaz 7/9
P. Iva	01151150867
Sito web	www.aspenna.it
PEC	protocollo.generale@pec.asp.enna.it
Telefono	(+39)0935520111 - 0935516111
Ci trovi anche su	 

Valore pubblico, performance e anticorruzione

Anche le Pubbliche Amministrazioni e le Aziende non profit devono produrre “VALORE” nel senso che devono essere “utili” a soddisfare i bisogni di pubblico interesse o solidaristico.

L’Azienda pubblica **produce valore pubblico** se congiuntamente:

- eroga servizi di qualità capaci di soddisfare le attese degli stakeholder;
- persegue e ottiene un miglioramento continuo, congiunto ed equilibrato degli impatti sul benessere collettivo prodotti dai servizi erogati;
- opera in una prospettiva di sostenibilità economica anche di lungo termine per perseguire l’equità intergenerazionale evitando così che le generazioni future possano subire contrazioni dei livelli dei servizi a vantaggio della generazione attuale;
- utilizza i meccanismi della performance organizzativa, individuale e della gestione dei rischi con un’accezione strumentale e funzionale al perseguimento del valore pubblico e non per perseguire un’eccellenza autoreferenziale non coerente con le esigenze e le aspettative del contesto.

Si evince quindi che l’amministrazione pubblica opera in una rete di relazioni, a volte vasta e complessa, tra diversi attori (utenti, non utenti, fornitori, associazioni, altre PP.AA.) e che la qualità di tali relazioni dipenda dalla capacità dell’amministrazione di trasferire un valore riconosciuto da ogni singolo attore della rete. E siccome il trasferimento non è unidirezionale (dall’amministrazione agli attori) ma bidirezionale, in quanto anche gli attori trasferiscono valore all’amministrazione (si pensi ad esempio un fornitore la cui soddisfazione per i tempi di pagamento incentiva il buon comportamento inerente alla garanzia della qualità della fornitura), **il valore pubblico diventa la manifestazione della qualità di cooperazione nell’ambito di una rete di buone relazioni.**

Questa prospettiva integra il contesto esterno nella visione olistica dell’azienda. La comprensione del contesto esterno diventa quindi uno dei fattori abilitanti per la generazione del valore pubblico.

Un altro fattore abilitante è il cambio della cultura organizzativa che da una visione interna autoreferenziale deve proiettarsi ad una visione allargata al contesto

esterno che deve essere compreso e analizzato nelle relazioni che si manifestano e mediante le quali, come detto, si crea e si diffonde il valore generato dall’amministrazione. Da ciò può affermarsi, in assonanza con la “*resource based view theory*”, che il valore pubblico comincia a crearsi all’interno dell’organizzazione per proiettarsi verso l’esterno nella rete delle relazioni.

È una sfida che questa azienda accoglie e intende affrontare partendo dalla base, ossia dalle persone che in essa operano, dalle competenze che le contraddistinguono, dal loro desiderio di collaborare attivamente alla generazione del valore pubblico quale risultato di una consapevolezza maturata di esserne parte integrante e imprescindibile.

In tale ottica, l’impegno dell’Azienda è rivolto allo sviluppo tra i dipendenti di una nuova forma mentis, di un nuovo atteggiamento mentale in cui *“La fase della programmazione serve ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest’ultima in funzione della creazione di valore pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi”*.²




² Linee guida n.2/2017 del Dipartimento della funzione pubblica.

L'azienda ha identificato i seguenti obiettivi particolarmente orientati alla creazione di valore pubblico poiché incidono significativamente sull'impatto sanitario e ambientale:

- **OVP.2023.01. - Piano Nazionale Esiti: Migliorare l'efficienza nel trattamento chirurgico della frattura del collo del femore nei pazienti over 65 anni.**
- **OVP.2023.02 - Piano Nazionale Esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza pregresso cesareo).**

- **OVP.2025.01 – Governo delle liste di attesa. Aumento delle prestazioni sanitarie garantite nei tempi previste dalle classi di priorità.**

Si riportano nel dettaglio, per ogni obiettivo, le schede esplicative e i rispettivi indicatori per la misurazione degli impatti.

Codice	OVP.2023.01		
Descrizione	Piano Nazionale Esiti: Migliorare l'efficienza nel trattamento chirurgico della frattura del collo del femore nei pazienti over 65 anni.		
Contribuisce a SDG ³			
Impatto	Riduzione della mortalità a 30 gg dalla dimissione e delle disabilità post ricovero		
Razionale	<p>Fonte: Piano nazionale esiti https://pne.agenas.it/assets/documentation/Razionale_ind_42.pdf https://pne.agenas.it/home</p> <p>Le fratture del collo del femore sono eventi traumatici particolarmente frequenti nell'età anziana. Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore è di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale. Un'ampia variazione nei tassi di mortalità per frattura del collo femore suggerisce che almeno alcuni di questi decessi siano da considerare potenzialmente evitabili. Inoltre, dal rapporto Agenas sul programma nazionale esiti, edizione 2022, a pag. 32: <i>“Le indicazioni di buona pratica raccomandano, infatti, il ricorso all'intervento nel più breve tempo possibile (entro 48 ore dall'accesso in ospedale), dopo rapida stabilizzazione di eventuali patologie associate in fase di squilibrio acuto, dal momento che un allungamento dei tempi di attesa preoperatoria determina aumenti significativi della degenza ospedaliera, della morbosità (lesioni da decubito, polmoniti, complicanze tromboemboliche) e della mortalità”.</i></p>		
Analisi del contesto	<p>Fonte: rapporto Agenas sul programma nazionale esiti, edizione 2024. https://pne.agenas.it/home</p> <p>Come previsto dal D.M. 70/2015, a livello nazionale, almeno il 60% dei pazienti over 65 anni ricoverati per la frattura del collo del femore devono essere trattati chirurgicamente entro 48 ore dal ricovero. Nel 2023 risultano effettuati 79.075 ricoveri e a livello nazionale il 70,64% sono stati trattati entro due giorni dal ricovero.</p>		

³ Il riferimento agli SDG è effettuato con la finalità di evidenziare che il valore pubblico creato impatta positivamente negli ambiti SDG specificati così come enunciati nell'agenda ONU 2030.

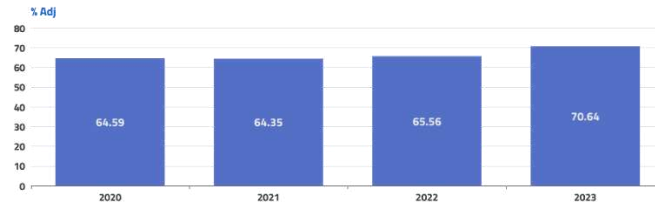
2023
MOR - Proporzion e Aggiustata (%) - Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero


Figura 3 - Trend proporzion e nazionale. Fonte

In Regione Sicilia il dato si è attestato al 75,52%. L'ASP di Enna ha registrato una proporzion e del 74,83%.

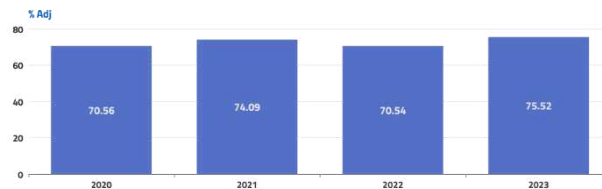
MOR - Proporzion e Aggiustata (%) - Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero


Figura 4 - Trend proporzion e Regione Sicilia.

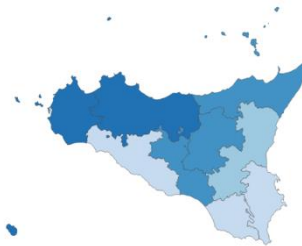
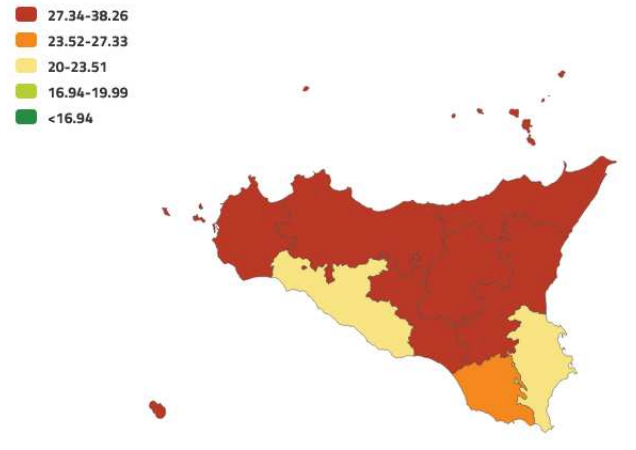
 Fonte <https://pne.agenas.it/>






Figura 5 - Proporzion e per territorio di residenza in regione Sicilia.

Strategia	Adottare un processo per la gestione verticale delle fratture del collo del femore, in pazienti over 65 anni, mediante un PDTA fast track che prevede un percorso diagnostico-terapeutico prioritario per garantire l'intervento chirurgico entro due giorni dal ricovero per tutti i casi clinicamente eleggibili secondo il protocollo nazionale Agenas riferito al Piano Nazionale Esiti (PNE).				
Responsabile	Direttore del dipartimento di emergenza e accettazione				
Indicatori di impatto	Indicatore	Formula	Target 2027		Polarità
	Impatto sanitario	(N.ro di interventi effettuati entro due giorni dal ricovero)/(N.ro di ricoveri eleggibili per frattura del collo del femore riferiti a pazienti over 65 anni) X100	Min	Max	+
			75%	98%	
		Realizzato			
Se il risultato realizzato ottenuto sarà inferiore o uguale al minimo, l'indicatore non sarà soddisfatto e il peso realizzato sarà valorizzato zero. Se si attesterà al massimo o oltre, l'indicatore si intenderà soddisfatto e il peso realizzato sarà equivalente al peso previsto. Se si attesterà tra il minimo e il massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto proporzionalmente all'intervallo e il peso soddisfatto verrà calcolato con la seguente formula: $Peso \times (Risultato \text{ realizzato} / (Max - Min))$. La misurazione verrà effettuata con i dati ufficiali Agenas. L'eventuale indisponibilità della fonte dati dichiarata verrà risolta con la fonte dati regionale relativa al flusso SDO elaborato secondo il protocollo Agenas relativo all'obiettivo in argomento.					
Valore creato	Target atteso al 31/12/2027	Risultato ottenuto			
	100%	$\sum \text{Peso soddisfatto} \times 100$			

Codice	OVP.2023.02																				
Descrizione	Piano Nazionale Esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza pregresso cesareo)																				
Contribuisce a SDG ⁴																					
Impatto	Aumento dei ricoveri appropriati, riduzione dei consumi inappropriati, riduzione del rischio di infezione ospedaliera, riduzione delle giornate di degenza inappropriate, aumento dei benefici sulla salute delle donne.																				
Razionale	<p>Fonte: Piano nazionale esiti https://pne.agenas.it/assets/documentation/Razionale_ind_36.pdf</p> <p>La “Proporzione di parti con taglio cesareo primario” è un indicatore che può essere utilizzato per valutare la qualità dell’assistenza fornita alle partorienti. Gli ospedali e i sistemi sanitari sono spesso confrontati sulla base di questo indicatore, dal momento che valori più bassi possono riflettere una pratica clinica più appropriata e che una parte dei tagli cesarei potrebbe essere eseguita per “ragioni non mediche”. Nella prospettiva gestionale, la pratica clinica invasiva non necessaria incide negativamente sull’erogazione responsabile delle prestazioni e aumenta l’inappropriatezza del consumo di risorse che se ottimizzate potrebbero essere destinate ad altre pratiche cliniche chirurgiche più appropriate. Nella prospettiva della salute e del benessere, l’intervento invasivo non necessario incide negativamente sul benessere della donna e di conseguenza aumenta il gap di disuguaglianza di genere nel contesto socio-economico.</p>																				
Analisi del contesto	<p>Fonte: rapporto Agenas sul programma nazionale esiti, edizione 2024. https://pne.agenas.it</p> <p>La soglia massima nazionale, per le maternità di II livello o comunque con parti >= 1000, è fissata al 20% delle pazienti senza pregresso taglio cesareo che hanno partorito tramite taglio cesareo.</p> <p>Nel 2021 risultano effettuati 300.988 ricoveri e a livello nazionale la proporzione si è attestata al 22,66%.</p> <div style="text-align: center;"> <p>2023</p> <p>Proporzione di parti con taglio cesareo primario - MOR - Italia</p> <table border="1"> <caption>MOR - Proporzione Aggiustata (%) - Proporzione di parti con taglio cesareo primario (Italia)</caption> <thead> <tr> <th>Anno</th> <th>% Adj</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020</td> <td>22.6</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>22.5</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>23.07</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>22.66</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Figura 6 trend proporzione nazionale. Fonte Agenas https://pne.agenas.it</i></p> </div> <p>In Regione Sicilia il dato si è attestato al 28,98%. L’ASP di Enna ha registrato una proporzione del 28,04%.</p> <div style="text-align: center;"> <p>Proporzione di parti con taglio cesareo primario - MOR - Sicilia</p> <table border="1"> <caption>MOR - Proporzione Aggiustata (%) - Proporzione di parti con taglio cesareo primario (Sicilia)</caption> <thead> <tr> <th>Anno</th> <th>% Adj</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020</td> <td>28.21</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>28.42</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>29.93</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>29.98</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Figura 7 Trend proporzione Sicilia. Fonte https://pne.agenas.it/home</i></p> </div>	Anno	% Adj	2020	22.6	2021	22.5	2022	23.07	2023	22.66	Anno	% Adj	2020	28.21	2021	28.42	2022	29.93	2023	29.98
Anno	% Adj																				
2020	22.6																				
2021	22.5																				
2022	23.07																				
2023	22.66																				
Anno	% Adj																				
2020	28.21																				
2021	28.42																				
2022	29.93																				
2023	29.98																				

⁴ Il riferimento agli SDG è effettuato con la finalità di evidenziare che il valore pubblico creato impatta positivamente negli ambiti SDG specificati così come enunciati nell’agenda ONU 2030.

					
Strategia	Realizzare una gestione integrata ospedale-territorio a supporto di un percorso socio-sanitario orientato a sostenere e incentivare le donne in gravidanza, senza pregresso taglio cesareo e in assenza di complicanze, ad adottare la pratica del parto naturale.				
Responsabile	Direttore del dipartimento materno-infantile				
Indicatori di impatto	Indicatore	Formula	Target 2027		Polarità
	Impatto sanitario	(N.ro parti cesarei primari)/(n.ro parti senza pregresso parto cesareo) X 100	Min	Max	-
			20%	22%	
			Realizzato		
<p>Se il risultato realizzato ottenuto sarà inferiore o uguale al minimo, l'indicatore sarà soddisfatto e il peso realizzato sarà uguale al peso previsto. Se si attesterà al massimo o oltre, l'indicatore non si intenderà soddisfatto e il peso realizzato sarà zero. Se si attesterà tra il minimo e il massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto proporzionalmente all'intervallo e il peso soddisfatto verrà calcolato con la seguente formula: $\text{Peso} \times \left[\frac{\text{Risultato realizzato} - \text{Min}}{\text{Max} - \text{Min}} \right]$.</p> <p>La misurazione verrà effettuata con i dati ufficiali Agenas. L'eventuale indisponibilità della fonte dati dichiarata verrà risolta con la fonte dati regionale relativa al flusso SDO elaborato secondo il protocollo Agenas relativo all'obiettivo in argomento.</p>					
Valore Pubblico creato	Target atteso al 31/12/2026	Risultato ottenuto			
	100%	$\sum \text{Peso soddisfatto} \times 100$			

Codice	OVP.2025.01				
Descrizione	Liste di attesa: aumento delle prestazioni sanitarie garantite nei tempi previsti dalle classi di priorità				
Contribuisce a SDG ⁵					
Impatto	Aumento dell'efficacia dei piani terapeutici, diminuzione degli accessi inappropriati al pronto soccorso, aumento del benessere sociale, riduzione delle disuguaglianze di accesso alle cure.				
Razionale	<p>Le lunghe liste di attesa che si registrano per l'accesso alle cure e alle diagnosi, nell'ambito dell'offerta pubblica, rappresentano una criticità rilevante e ostativa al perseguimento dei principi di equità, universalità e uguaglianza sui quali si poggia il SSN.</p> <p>Il fenomeno delle liste di attesa è un fenomeno complesso che non si risolve solo con l'aumento dell'offerta, anzi, al contrario, è dimostrato che aumentare l'offerta contribuisce in modo più che proporzionale all'aumento della domanda costituendo quindi un fattore autoalimentante della criticità.</p> <p>Pertanto, per limitare il fenomeno delle liste di attesa, inevitabile a fronte delle caratteristiche del mercato sanitario, soprattutto in ambito di offerta pubblica, è necessario instaurare un "governo" dell'offerta e della domanda in modo da perseguire un punto di equilibrio con i tempi di attesa che sostituiscono il costo economico delle prestazioni che rimane invece anelastico alla domanda e all'offerta. L'inappropriatezza prescrittiva è una delle criticità che impattano notevolmente. Inoltre l'evoluzione tecnologica degli strumenti diagnostici orientano sempre di più la prescrizione di esami diagnostici soprattutto radiografici, cardiologici, etc...</p>				
Analisi del contesto	<p>Prestazioni ambulatoriali</p> <p>Le richieste di prenotazioni ricevute dal 01/01/2024 al 31/12/2024 sono state complessivamente 1.049.743 di cui 79.742 (7,6%) hanno registrato appuntamenti oltre la tempistica prevista per le classi di priorità. Al 31/12/2024 le prestazioni complessive con appuntamento che superano i tempi di garanzia si sono attestate a 22.934. Nel corso dell'anno sono state recuperate 56.808 prestazioni che non rientravano nei tempi di garanzia (il 71,24% di 79.742 prestazioni richieste nel 2024).</p>				
Strategia	<p>Realizzare un sistema di governo delle liste di attesa mediante le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzare un sistema di monitoraggio e di programmazione efficiente; • Ottimizzare l'offerta delle prestazioni con più alta incidenza di prenotazioni con tempi superiori ai tempi previsti dalle classi di priorità; • Realizzare percorsi diagnostici e terapeutici integrati di secondo livello ovvero di livello successivo al primo accesso al percorso diagnostico. 				
Responsabile	Responsabile gestione delle liste di attesa				
Indicatori di impatto	Indicatore	Formula	Target 2027		Polarità
	Impatto sanitario	N.ro prestazioni ambulatoriali eccedenti i tempi di garanzia/N.ro prestazioni prenotate X 100	Min	Max	-
			30%	20%	
			Realizzato		Peso soddisfatto
<p>Se il risultato realizzato ottenuto sarà inferiore o uguale al minimo, l'indicatore sarà soddisfatto e il peso realizzato sarà uguale al peso previsto. Se si attesterà al massimo o oltre, l'indicatore non si intenderà soddisfatto e il peso realizzato sarà zero. Se si attesterà tra il minimo e il massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto proporzionalmente all'intervallo e il peso soddisfatto verrà calcolato con la seguente formula: $\text{Peso} \times \left[\frac{\text{Risultato realizzato} - \text{Min}}{\text{Max} - \text{Min}} \right]$.</p>					
Valore Pubblico creato	Target atteso al 31/12/2026	Risultato ottenuto			
	100%	$\sum \text{Peso soddisfatto} \times 100$			

⁵ Il riferimento agli SDG è effettuato con la finalità di evidenziare che il valore pubblico creato impatta positivamente negli ambiti SDG specificati così come enunciati nell'agenda ONU 2030.

Performance

In questa sezione si sviluppano gli obiettivi strategici programmati e funzionali ai target di valore pubblico dichiarati. Nel piano della performance allegato, che si intende parte integrante di questo documento, sono richiamati i seguenti obiettivi strategici e sono ulteriormente declinati in obiettivi operativi che saranno assegnati ai singoli centri di responsabilità per la valutazione del contributo organizzativo e individuale funzionale all'obiettivo strategico e conseguentemente al valore pubblico.

Obiettivo di valore pubblico																										
Codice	OVP.2023.01																									
Descrizione	Piano Nazionale Esiti: Migliorare l'efficienza nel trattamento chirurgico della frattura del collo del femore nei pazienti over 65 anni																									
Obiettivo di performance organizzativa																										
Codice	OVP.2023.01.P01																									
Descrizione	Piano Nazionale esiti: Aumento proporzione del trattamento chirurgico della frattura del collo del femore, entro 2 giorni dal ricovero, nei pazienti over 65 anni.																									
Stakeholder	Pazienti ricoverati over 65 anni per frattura del collo del femore																									
Responsabile	Direttore del dipartimento di emergenza e accettazione																									
Analisi del contesto	<p>Fonte: Agenas rapporto PNE 2022 su dati 2023. https://pne.agenas.it/home</p> <p>In Regione Sicilia il dato si è attestato al 75,52%. L'ASP di Enna ha registrato una proporzione del 74,83%. Tra le aziende della regione Sicilia, l'ASP di Enna si attesta al quinto posto. Rispetto al dato nazionale pari al 70,64%, la performance dell'ASP registra uno scostamento di + 4,19% e rispetto alla media regionale lo scostamento registra è stato di -0,69%.</p> <p style="text-align: center;">Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero (2023)</p> <p>Il volume di ricoveri eleggibili per i residenti sono stati 256 di cui 249 sono stati registrati nelle strutture della ASP di Enna (in media circa 5 ricoveri mensili).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Struttura di Ricovero</th> <th>Comune</th> <th>Ricoveri</th> <th>% Ricoveri</th> <th>% grezzo*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Altre Strutture</td> <td></td> <td>23</td> <td>9.0</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>P. O. Carlo Basiliotta</td> <td>Nicosia</td> <td>87</td> <td>34.0</td> <td>47.04</td> </tr> <tr> <td>P. O. Umberto I</td> <td>Enna</td> <td>85</td> <td>31.6</td> <td>56.04</td> </tr> <tr> <td>P. O. M. Chialò</td> <td>Piazza Armerina</td> <td>58</td> <td>22.7</td> <td>35.01</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">*Rischio grezzo calcolato su tutti i ricoveri della struttura per l'indicatore in studio</p>	Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	% grezzo*	Altre Strutture		23	9.0	-	P. O. Carlo Basiliotta	Nicosia	87	34.0	47.04	P. O. Umberto I	Enna	85	31.6	56.04	P. O. M. Chialò	Piazza Armerina	58	22.7	35.01
Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	% grezzo*																						
Altre Strutture		23	9.0	-																						
P. O. Carlo Basiliotta	Nicosia	87	34.0	47.04																						
P. O. Umberto I	Enna	85	31.6	56.04																						
P. O. M. Chialò	Piazza Armerina	58	22.7	35.01																						
Strategia	<p>Per aumentare la proporzione, riconducendola almeno al di sopra dello standard del DM 70/2015 (60%), ipotizzando un volume annuale di ricoveri costante registrato nel 2024 (249 ricoveri), si ritiene necessario agire sui processi al fine di migliorarne l'efficacia secondo le seguenti linee di intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> revisare il processo esistente alla luce dei risultati ottenuti che evidentemente denunciano deficit organizzativi e di interazione; assicurare la disponibilità della sala operatoria per consentire l'intervento entro due giorni dal ricovero; riorganizzare le risorse umane funzionalmente all'obiettivo di migliorare la performance aziendale. 																									
Tempistica e performance	<p>Le azioni saranno implementate per consentire di ottenere, entro il 2027, un risultato pari o maggiore all'80% dei casi eleggibili. La misurazione verrà effettuata con i dati ufficiali Agenas. L'eventuale indisponibilità della fonte dati dichiarata verrà risolta con la fonte dati ministeriale relativa al flusso SDO elaborato secondo il protocollo Agenas relativo all'obiettivo in argomento. La performance attesa è del 100%. La performance realizzata verrà determinata dalla sommatoria dei pesi degli indicatori soddisfatti nella misura calcolata in funzione ai risultati raggiunti.</p>																									

Indicatore	Formula	Target al 31/12/2025			Target al 31/12/2026			Target al 31/12/2027			Peso			
		Min	Max	Polarità	Min	Max	Polarità	Min	Max	Polarità				
Indicatori di efficacia	Quantità erogata	Media settimanale di interventi riservati			2	4	+	2	4	+	2	4	+	0,20
	Se la quantità erogata sarà inferiore al minimo, l'indicatore non sarà soddisfatto e sarà valorizzato zero. Se si attesterà al minimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 30%. Se si attesterà al massimo o oltre, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 100%. Se si attesterà tra il minimo e il massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto proporzionalmente all'intervallo secondo la seguente formula: $30\% + [Quantità\ erogata / (Max - Min) \times 70\%]$. Considerato che i target sono stimati nell'ipotesi che i ricoveri siano costanti con riferimento al volume registrato nel 2021 (249 ricoveri), l'indicatore si intenderà soddisfatto comunque se la quantità erogata avrà consentito di ottenere il massimo della qualità erogata previsto per il periodo di riferimento. La fonte di riferimento è il registro ufficiale di sala operatoria.													
	Quantità fruita	Aumento degli interventi effettuati entro due giorni dal ricovero.			180	200	+	185	210	+	190	215	+	
Se la quantità fruita sarà inferiore al minimo, l'indicatore non sarà soddisfatto e sarà valorizzato zero. Se si attesterà al minimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 30%. Se si attesterà al massimo o oltre, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 100%. Se si attesterà tra il minimo e il massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto proporzionalmente all'intervallo secondo la seguente formula: $30\% + [Quantità\ fruita / (Max - Min) \times 70\%]$. Considerato che i target sono stimati nell'ipotesi che i ricoveri siano costanti con riferimento al volume registrato nel 2021 (249 ricoveri), l'indicatore si intenderà soddisfatto comunque se la quantità fruita avrà consentito di ottenere il massimo della qualità erogata previsto per il periodo di riferimento. La fonte di riferimento per il risultato è il PNE Agenas, per il monitoraggio il flusso ministeriale delle SDO.														
Indicatori di efficacia	Qualità erogata	N.ro interventi effettuati entro due giorni / N.ro ricoveri eleggibili x 100.			70%	80%	+	75%	85%	+	77%	87%	+	0,20
	Se la qualità erogata sarà inferiore al minimo, l'indicatore non sarà soddisfatto e sarà valorizzato zero. Se si attesterà al minimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 30%. Se si attesterà al massimo o oltre, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 100%. Se si attesterà tra il minimo e il massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto proporzionalmente all'intervallo secondo la seguente formula: $30\% + [(Qualità\ erogata - Min) / (Max - Min) \times 70\%]$. La fonte di riferimento è il PNE AGENAS https://pne.agenas.it .													
	Qualità percepita	N.ro di pazienti soddisfatti/N.ro ricoverati eleggibili intervistati.			80%	90%	+	85%	90%	+	85%	90%	+	
Se la qualità percepita sarà inferiore al minimo, l'indicatore non sarà soddisfatto e sarà valorizzato zero. Se si attesterà al minimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 30%. Se si attesterà al massimo o oltre, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 100%. Se si attesterà tra il minimo e il massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto proporzionalmente all'intervallo secondo la seguente formula: $30\% + [(Qualità\ percepita - Min) / (Max - Min) \times 70\%]$. La fonte di riferimento è il sondaggio di customer satisfaction specifico per l'obiettivo.														
Indicatori di efficienza	Efficienza temporale	Giorni di degenza media in regime di acuzia			8	12	-	8	12	-	8	10	-	0,10
	Se l'efficienza temporale sarà superiore del massimo, l'indicatore non sarà soddisfatto e sarà valorizzato zero. Se si attesterà al minimo o inferiore del minimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 100%. Se si attesterà al massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 30%. Se si attesterà tra il minimo e il massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto proporzionalmente all'intervallo secondo la seguente formula: $30\% + [(Max - efficienza\ temporale) / (Max - Min) \times 70\%]$. La fonte di riferimento è il flusso ministeriale SDO.													
	Efficienza gestionale	Costi diretti/gg degenza			€ 580	€ 750	-	€ 580	€ 750	-	€ 580	€ 750	-	
Se l'efficienza gestionale sarà superiore del massimo, l'indicatore non sarà soddisfatto e sarà valorizzato zero. Se si attesterà al minimo o inferiore del minimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 100%. Se si attesterà al massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 30%. Se si attesterà tra il minimo e il massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto proporzionalmente all'intervallo secondo la seguente formula: $30\% + [(Max - efficienza\ gestionale) / (Max - Min) \times 70\%]$. La fonte di riferimento è il conto economico gestionale elaborato dal controllo di gestione														
Indicatori di efficienza	Efficienza produttiva	N.ro di interventi annuali eseguiti entro due giorni dal ricovero/FTE medici			15	18	+	18	21	+	21	23	+	0,10
	Se l'efficienza produttiva sarà inferiore al minimo, l'indicatore non sarà soddisfatto e sarà valorizzato zero. Se si attesterà al minimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 30%. Se si attesterà al massimo o oltre, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 100%. Se si attesterà tra il minimo e il massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto proporzionalmente all'intervallo secondo la seguente formula: $30\% + [Efficienza\ produttiva / (Max - Min) \times 70\%]$. Considerato che i target sono stimati nell'ipotesi che i ricoveri siano costanti con riferimento al volume registrato nel 2024 (249 ricoveri), l'indicatore si intenderà soddisfatto comunque se la quantità fruita avrà consentito di ottenere il massimo della qualità erogata previsto per il periodo di riferimento. La fonte di riferimento è il flusso regionale del personale per il denominatore e il flusso SDO per il numeratore													

Obiettivo di valore pubblico																																																													
Codice	OVP.2023.02																																																												
Descrizione	Piano Nazionale Esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza pregresso cesareo)																																																												
Obiettivo di performance organizzativa																																																													
Codice	OVP.2023.02.P01																																																												
Descrizione	Piano Nazionale esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza pregresso cesareo).																																																												
Stakeholder	Partorienti ricoverate senza pregresso parto cesareo																																																												
Responsabile	Direttore del dipartimento materno-infantile																																																												
Analisi del contesto	<p>Fonte: Agenas rapporto PNE 2022 su dati 2023. https://pne.agenas.it/home</p> <p>In Regione Sicilia il dato si è attestato al 29,98%. L'ASP di Enna ha registrato una proporzione del 28,04. Rispetto al dato nazionale pari al 22,66%, la performance dell'ASP registra uno scostamento di + 5,38% e rispetto alla media regionale lo scostamento registrato è pari a - 1,94.</p> <p>Il volume di ricoveri eleggibili per i residenti sono stati 798 di cui 781 sono stati registrati nelle strutture della ASP di Enna.</p> <p>Asp Enna -</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #0056b3; color: white; border-radius: 10px;"> Ricoveri residenti 798 </div> <div style="text-align: center;"> 781 (97.9%) </div> <div style="text-align: center;"> 17 (2.1%) </div> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5">Ricoveri in strutture della stessa regione</th> <th colspan="5">Ricoveri in strutture di altre regioni</th> </tr> <tr> <th>Struttura di Ricovero</th> <th>Comune</th> <th>Ricoveri</th> <th>% Ricoveri</th> <th>% grezza*</th> <th>Struttura di Ricovero</th> <th>Comune</th> <th>Ricoveri</th> <th>% Ricoveri</th> <th>% grezza*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Altre Strutture</td> <td></td> <td>133</td> <td>16.7</td> <td>-</td> <td>Altre Strutture</td> <td></td> <td>17</td> <td>2.1</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>P. O. Umberto I</td> <td>Enna</td> <td>465</td> <td>58.3</td> <td>27.28</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P. O. Carlo Basilotta</td> <td>Nicosia</td> <td>115</td> <td>14.4</td> <td>-</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nuovo Ospedale Garibaldi - Nesima</td> <td>Catania</td> <td>68</td> <td>8.5</td> <td>19.47</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>*Rischio grezzo calcolato su tutti i ricoveri della struttura per l'indicatore in studio</p>	Ricoveri in strutture della stessa regione					Ricoveri in strutture di altre regioni					Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	% grezza*	Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	% grezza*	Altre Strutture		133	16.7	-	Altre Strutture		17	2.1	-	P. O. Umberto I	Enna	465	58.3	27.28						P. O. Carlo Basilotta	Nicosia	115	14.4	-						Nuovo Ospedale Garibaldi - Nesima	Catania	68	8.5	19.47					
Ricoveri in strutture della stessa regione					Ricoveri in strutture di altre regioni																																																								
Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	% grezza*	Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	% grezza*																																																				
Altre Strutture		133	16.7	-	Altre Strutture		17	2.1	-																																																				
P. O. Umberto I	Enna	465	58.3	27.28																																																									
P. O. Carlo Basilotta	Nicosia	115	14.4	-																																																									
Nuovo Ospedale Garibaldi - Nesima	Catania	68	8.5	19.47																																																									
Strategia	<p>Per diminuire la proporzione, riconducendola almeno al 20%, ipotizzando un volume annuale di ricoveri costante registrato nel 2024 (781 ricoveri), si ritiene necessario istituire un percorso socio-sanitario, mediante un'organizzazione integrata ospedale-territorio, secondo le seguenti linee di intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> realizzare una campagna informativa sulle iniziative socio-assistenziali per incentivare l'adesione ai percorsi finalizzati al supporto del parto naturale; organizzare e realizzare programmi di preparazione al parto naturale presso i consultori familiari con una prospettiva di integrazione con i servizi ospedalieri; istituire, presso i reparti ospedalieri di ostetricia, appositi PDTA finalizzati al parto naturale in una prospettiva di integrazione con i servizi del territorio al fine di creare un percorso integrato a supporto anche psicologico dell'assistita. 																																																												
Tempistica e performance	<p>Le azioni saranno implementate per consentire di ottenere, entro il 2027, un risultato pari o minore al 20% dei casi eleggibili. La misurazione verrà effettuata con i dati ufficiali Agenas. L'eventuale indisponibilità della fonte dati dichiarata verrà risolta con la fonte dati ministeriale relativa al flusso SDO elaborato secondo il protocollo Agenas relativo all'obiettivo in argomento. La performance attesa è del 100%.</p> <p>La performance realizzata verrà determinata dalla sommatoria dei pesi degli indicatori soddisfatti nella misura calcolata in funzione ai risultati raggiunti.</p>																																																												

Indicatore	Formula	Target al 31/12/2025			Target al 31/12/2026			Target al 31/12/2027			Peso	
		Min	Max	Polarità	Min	Max	Polarità	Min	Max	Polarità		
Indicatore di efficacia	N.ro medio mensile di slot ai corsi di preparazione al parto Se la quantità erogata sarà inferiore al minimo, l'indicatore non sarà soddisfatto e sarà valorizzato zero. Se si attesterà al minimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 30%. Se si attesterà al massimo o oltre, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 100%. Se si attesterà tra il minimo e il massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto proporzionalmente all'intervallo secondo la seguente formula: $30\% + [Quantità\ erogata / (Max - Min) \times 70\%]$. Considerato che i target sono stimati nell'ipotesi che i ricoveri siano costanti con riferimento al volume registrato nel 2021 (781 ricoveri), l'indicatore si intenderà soddisfatto comunque se la quantità erogata avrà consentito di ottenere il massimo della qualità erogata previsto per il periodo di riferimento. La fonte di riferimento è l'agenda delle attività del dipartimento materno infantile.	30	40	+	30	40	+	30	40	+	0,20	
Indicatore di efficacia	N.ro medio mensile di pazienti arruolate nel percorso integrato Se la quantità fruita sarà inferiore al minimo, l'indicatore non sarà soddisfatto e sarà valorizzato zero. Se si attesterà al minimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 30%. Se si attesterà al massimo o oltre, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 100%. Se si attesterà tra il minimo e il massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto proporzionalmente all'intervallo secondo la seguente formula: $30\% + [Quantità\ fruita / (Max - Min) \times 70\%]$. Considerato che i target sono stimati nell'ipotesi che i ricoveri siano costanti con riferimento al volume registrato nel 2021 (781 ricoveri), l'indicatore si intenderà soddisfatto comunque se la quantità fruita avrà consentito di ottenere il massimo della qualità erogata previsto per il periodo di riferimento. La fonte di riferimento è il registro delle attività del dipartimento materno infantile.	20	30	+	20	30	+	20	30	+	0,20	
Indicatore di efficacia	(N.ro parti cesarei primari)/(n.ro parti senza pregresso parto cesareo) X 100 Se l'efficienza temporale sarà superiore del massimo, l'indicatore non sarà soddisfatto e sarà valorizzato zero. Se si attesterà al minimo o inferiore del minimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 100%. Se si attesterà al massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 30%. Se si attesterà tra il minimo e il massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto proporzionalmente all'intervallo secondo la seguente formula: $30\% + [(Max - qualità\ erogata) / (Max - Min) \times 70]$. La fonte di riferimento è il PNE AGENAS https://pne.agenas.it.	20%	24%	-	19%	22%	-	19%	22%	-	0,20	
Indicatore di efficacia	N.ro di pazienti soddisfatti/N.ro assistite intervistate. Se la qualità percepita sarà inferiore al minimo, l'indicatore non sarà soddisfatto e sarà valorizzato zero. Se si attesterà al minimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 30%. Se si attesterà al massimo o oltre, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 100%. Se si attesterà tra il minimo e il massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto proporzionalmente all'intervallo secondo la seguente formula: $30\% + [(Qualità\ percepita - Min) / (Max - Min) \times 70]$. La fonte di riferimento è il sondaggio di customer satisfaction specifico per l'obiettivo.	80%	90%	+	80%	90%	+	80%	90%		0,20	
Indicatore di efficienza	Costi diretti annuali/assistite arruolate nel percorso Se l'efficienza gestionale sarà superiore del massimo, l'indicatore non sarà soddisfatto e sarà valorizzato zero. Se si attesterà al minimo o inferiore del minimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 100%. Se si attesterà al massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 30%. Se si attesterà tra il minimo e il massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto proporzionalmente all'intervallo secondo la seguente formula: $30\% + [(Max - efficienza\ gestionale) / (Max - Min) \times 70]$. La fonte di riferimento è il conto economico gestionale elaborato dal controllo di gestione per il numeratore e il registro delle attività del dipartimento materno infantile per il numeratore.	€ 100	€ 115	-	€ 100	€ 115	-	€ 100	€ 115	-	0,10	
Indicatore di efficienza	N.ro di assistite annuali aderenti ai percorsi/FTE personale dedicato Se l'efficienza produttiva sarà inferiore al minimo, l'indicatore non sarà soddisfatto e sarà valorizzato zero. Se si attesterà al minimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 30%. Se si attesterà al massimo o oltre, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 100%. Se si attesterà tra il minimo e il massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto proporzionalmente all'intervallo secondo la seguente formula: $30\% + [Efficienza\ produttiva / (Max - Min) \times 70\%]$. Considerato che i target sono stimati nell'ipotesi che i ricoveri siano costanti con riferimento al volume registrato nel 2024 (781 ricoveri), l'indicatore si intenderà soddisfatto comunque se la quantità fruita avrà consentito di ottenere il massimo della qualità erogata previsto per il periodo di riferimento. La fonte di riferimento è il flusso regionale del personale per il denominatore e il registro delle attività del dipartimento materno infantile per il numeratore.	12	18	+	15	23	+	15	25	+	0,10	

Obiettivo di valore pubblico							
Codice	OVP.2025.01						
Descrizione	Liste di attesa: aumento delle prestazioni sanitarie garantite nei tempi previsti dalle classi di priorità						
Obiettivo di performance organizzativa							
Codice	OVP.2025.01.P01						
Descrizione	Aumento dell'incidenza delle prestazioni nei tempi garantiti						
Stakeholder	Assistiti						
Responsabile	Responsabile gestione liste di attesa						
Analisi del contesto	Prestazioni ambulatoriali Le richieste di prenotazioni ricevute dal 01/01/2024 al 31/12/2024 sono state complessivamente 1.049.743 di cui 79.742 (7,6%) hanno registrato appuntamenti oltre la tempistica prevista per le classi di priorità. Al 31/12/2024 le prestazioni complessive con appuntamento che superano i tempi di garanzia si sono attestate a 22.934. Nel corso dell'anno sono state recuperate 56.808 prestazioni che non rientravano nei tempi di garanzia (il 71,24% di 79.742 prestazioni richieste nel 2024).						
Strategia	Realizzare un sistema di governo delle liste di attesa mediante le seguenti azioni: <ul style="list-style-type: none"> Realizzare un sistema di monitoraggio e di programmazione efficiente; Ottimizzare l'offerta delle prestazioni con più alta incidenza di prenotazioni con tempi superiori ai tempi previsti dalle classi di priorità; Realizzare percorsi diagnostici e terapeutici integrati di secondo livello ovvero di livello successivo al primo accesso al percorso diagnostico. 						
Tempistica e performance	Le azioni saranno implementate per consentire di ottenere, entro il 2027, la riduzione delle prestazioni in lista di attesa oltre i tempi di garanzia.						
Indicatori di efficacia	Indicatore	Formula	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Peso	
	Quantità erogata	Aumento, rispetto all'anno precedente, degli slot riservati al recupero delle prestazioni non garantite. Fonte: Agende CUP.	Q.ta	Q.ta	Q.ta	0,30	
			10%	10%	10%		
	Quantità fruita	N.ro prestazioni ambulatoriali eccedenti i tempi di garanzia/N.ro prestazioni prenotate X 100 Fonte: rilevazione liste di attesa.	Q.ta	Q.ta	Q.ta	0,30	
30%			25%	20%			
Indicatori di efficienza	Efficienza gestionale	Formula	Target 2027			Peso	
		Realizzare un sistema di monitoraggio e di programmazione efficiente Fonte: Cruscotto direzionale del controllo di gestione.	SI			0,20	
	Efficienza produttiva	Pieno utilizzo dei fondi destinati al recupero delle liste di attesa Fonte: conto economico.	Formula	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Peso
			Q.ta	Q.ta	Q.ta	Q.ta	0,20
		SI	SI	SI			

Rischi corruttivi e trasparenza

Il valore pubblico creato è sostenuto dalla performance organizzativa e individuale funzionalmente programmata per generare proprio il valore pubblico. Tuttavia, una buona “programmazione del fare”, per essere efficace, deve prevedere la gestione dei rischi in termini di possibili eventi avversi (le c.d. minacce interne o esterne) che, se si verificano, erodono il valore creato nella misura proporzionale alla gravità dell’evento e fino, in estrema ipotesi, a vanificarlo del tutto.

Il risk management è lo strumento con il quale si difende il valore che si crea attraverso misure di governo dei rischi, orientato al contenimento degli effetti avversi, mediante appositi programmi di prevenzione che ponderano la probabilità di realizzazione dell’evento avverso con l’intensità dell’effetto negativo che tende a ridimensionare il valore creato dalla programmazione gestionale.

Nell’ambito della pubblica amministrazione il risk management, a difesa del valore pubblico, è rappresentato dalla legge 190/2012 (*Disposizioni per la prevenzione*

e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione) e s.m.i nonché dai combinati disposti in materia di: trasparenza (D.Lgs. 33/2013), inconferibilità e incompatibilità (D.Lgs 39/2013), incandidabilità (D.Lgs 235/2012), regole di condotta dei dipendenti pubblici (DPR 62/2013).

In aderenza alle previsioni del DPCM 132/2022, questa sezione, per ogni obiettivo di valore pubblico indicato, definisce gli obiettivi di trasparenza e anticorruzione declinati funzionalmente alla performance organizzativa e al valore pubblico definito.

Ulteriori informazioni possono essere desunte consultando il portale web dell’ANAC: <https://www.anticorruzione.it/>



Obiettivo di valore pubblico											
Codice	OVP.2023.01										
Descrizione	Piano Nazionale Esiti: Migliorare l'efficienza nel trattamento chirurgico della frattura del collo del femore nei pazienti over 65 anni										
Obiettivo di performance organizzativa											
Codice	OVP.2023.01.P01										
Descrizione	Piano Nazionale esiti: Aumento proporzione del trattamento chirurgico della frattura del collo del femore, entro 2 giorni dal ricovero, nei pazienti over 65 anni.										
Obiettivo di anticorruzione e trasparenza											
Codice	OVP.2023.01.A01										
Descrizione	Verifica trimestrale dell'indicatore con l'indicazione delle motivazioni dell'eventuale ritardo negli interventi chirurgici ed i correttivi da adottare per il miglioramento.										
Responsabile	Direttore del dipartimento di emergenza e accettazione										
Razionale	Condizioni di buona amministrazione e di efficienza organizzativa costituiscono elementi imprescindibili per la gestione trasparente e per il governo dei tempi utili a garantire la tempestività degli interventi chirurgici in esame. La prevenzione della corruzione è dimensione del valore pubblico nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione (la cosiddetta "maladministration") e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza. L'aggiornamento al PNA del 2015 stabilisce che con riferimento alla nozione di corruzione in senso ampio: "Si conferma la definizione del fenomeno contenuta nel PNA, non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la "maladministration", intesa 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. Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.". La prevenzione della corruzione contribuisce, dunque, alla produzione di valore pubblico, anche orientando correttamente l'azione amministrativa. Ciò implica che le amministrazioni prendano in considerazione nella mappatura dei processi anche quelli correlati agli obiettivi di valore pubblico, presidiandoli con misure di prevenzione della corruzione. A tal fine è stata prevista una misura specifica del processo denominato "Tempestività dell'intervento chirurgico per la frattura del collo del femore nei pazienti sopra i 65 anni.										
Processo	Tempestività dell'intervento chirurgico per la frattura del collo del femore nei pazienti sopra i 65 anni.										
Area di rischio	Gestione degli interventi chirurgici										
Probabile evento avverso	Fenomeni di cattiva gestione degli interventi in esame che fanno trascurare il livello di priorità da attribuire agli stessi.										
Fattori abilitanti del rischio	Assenza di verifica periodica del rispetto della tempestività in esame, delle motivazioni dell'eventuale ritardo e dei correttivi da adottare per il miglioramento										
Valutazione del rischio	Non essendo stati registrati, finora, casi del possibile evento rischioso indicato, è da ritenere che la probabilità sia bassa ma la possibilità che l'evento si verifichi porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Medio".										
Indicatori di trasparenza	Formula	Target 2025			Target 2026			Target 2027			Peso
	(N.ro interventi effettuati oltre due giorni di casi eleggibili) / (N.ro interventi effettuati entro due giorni) X 100	Min	Max	Polarità	Min	Max	Polarità	Min	Max	Polarità	
		10%	30%	-	10%	25%	-	10%	20%	-	
	Se il risultato sarà superiore del massimo, l'indicatore non sarà soddisfatto e sarà valorizzato zero. Se si attesterà al minimo o inferiore del minimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 100%. Se si attesterà al massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 30%. Se si attesterà tra il minimo e il massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto proporzionalmente all'intervallo secondo la seguente formula: $30\% + [(Max-risultato) / (Max-Min) \times 70]$. La fonte di riferimento il rapporto PNE Agenas.										
Performance	La performance attesa è del 100%. La performance realizzata verrà determinata dalla sommatoria dei pesi degli indicatori soddisfatti nella misura calcolata in funzione ai risultati raggiunti.										

Obiettivo di valore pubblico											
Codice	OVP.2023.02										
Descrizione	Piano Nazionale Esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza pregresso cesareo)										
Obiettivo di performance organizzativa											
Codice	OVP.2023.02.P01										
Descrizione	Piano Nazionale esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza pregresso cesareo).										
Obiettivo di anticorruzione e trasparenza											
Codice	OVP.2023.02.A01										
Descrizione	Attuazione del PDTA presso le ostetriche a supporto del parto naturale in una prospettiva di integrazione e continuità con il percorso avviato nei servizi territoriali.										
Responsabile	Direttore del dipartimento materno-infantile.										
Razionale	La prevenzione della corruzione è, dunque, dimensione del valore pubblico nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione (la cosiddetta "maladministration") e nel perseguire obiettivi volti alla cura dell'interesse generale. A tal fine, in un'ottica di integrazione con il ciclo della performance, dove è stato previsto l'obiettivo particolarmente orientato alla creazione di valore pubblico quale il "Piano Nazionale Esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza pregresso cesareo)", è stata pianificata per la Sezione di programmazione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza del presente PIAO la misura di controllo: "Verificare il livello di soddisfazione delle assistite", orientata a misurare il livello di soddisfazione del sostegno psicologico nell'affrontare il parto naturale lungo il percorso integrato dei servizi offerti dal territorio e dall'ospedale. Infatti, istituire, presso i reparti ospedalieri di ostetricia, appositi PDTA finalizzati al parto naturale in una prospettiva di integrazione con i servizi del territorio, al fine di creare un percorso integrato a supporto anche psicologico dell'assistita è da considerare strategia prioritaria del summenzionato obiettivo di valore pubblico di questa Azienda.										
Processo	Percorso assistenziale integrato a supporto del parto naturale.										
Area di rischio	Processi sanitari										
Probabile evento avverso	Carenza o assenza dell'effettiva attuazione del PDTA ospedale/territorio a supporto del parto naturale.										
Fattori abilitanti del rischio	Assenza di verifica periodica dell'effettiva attuazione del PDTA.										
Valutazione del rischio	Non essendo stati registrati, finora, casi del possibile evento rischioso indicato, è da ritenere che la probabilità sia bassa ma la possibilità che l'evento si verifichi porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Medio".										
Indicatori di trasparenza	Formula	Target 2025			Target 2026			Target 2027			Peso
	(N.ro di parti cesarei inappropriati) / (N.ro di parti cesarei eseguiti nei casi eleggibili) X100	Min	Max	Polarità	Min	Max	Polarità	Min	Max	Polarità	
		5%	10%	-	5%	10%	-	5%	10%	-	1
	Se il risultato sarà superiore del massimo, l'indicatore non sarà soddisfatto e sarà valorizzato zero. Se si attesterà al minimo o inferiore del minimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 100%. Se si attesterà al massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto al 30%. Se si attesterà tra il minimo e il massimo, l'indicatore si intenderà soddisfatto proporzionalmente all'intervallo secondo la seguente formula: $30\% + [(Max-risultato) / (Max-Min) \times 70]$. La fonte di riferimento il rapporto PNE Agenas.										
Performance	La performance attesa è del 100%. La performance realizzata verrà determinata dalla sommatoria dei pesi degli indicatori soddisfatti nella misura calcolata in funzione ai risultati raggiunti.										

Obiettivo di valore pubblico					
Codice	OVP.2025.01				
Descrizione	Liste di attesa: aumento delle prestazioni sanitarie garantite nei tempi previsti dalle classi di priorità				
Obiettivo di performance organizzativa					
Codice	OVP.2025.01.P01				
Descrizione	Aumento dell'incidenza delle prestazioni nei tempi garantiti				
Obiettivo di anticorruzione e trasparenza					
Codice	OVP.2025.01.A01				
Descrizione	Adozione di procedure e monitoraggio per la prevenzione di comportamenti a rischio				
Responsabile	Responsabile liste di attesa				
Razionale	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale. Il fattore di rischio primario e il governo scorretto delle liste di attesa per favorire particolari utenti o condizionare le scelte del paziente da parte degli operatori al fine di favorire un determinato specialista.				
Processo	Gestione lista di attesa.				
Area di rischio	Liste di attesa.				
Probabile evento avverso	Governo scorretto delle liste di attesa per favorire particolari utenti o condizionare le scelte del paziente da parte degli operatori al fine di favorire un determinato specialista.				
Fattori abilitanti del rischio	Mancanza di imparzialità e di controllo.				
Valutazione del rischio	Alto				
Indicatori di trasparenza	Formula	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Peso
	Monitoraggio schede settimanali relative ai programmi operatori.	Si	Si	Si	1
	Fonte: Audit responsabile della trasparenza.				
Performance	La performance attesa è del 100%. La performance realizzata verrà determinata dalla sommatoria dei pesi degli indicatori soddisfatti nella misura calcolata in funzione ai risultati raggiunti.				

Organizzazione e capitale umano

Struttura organizzativa

L'organizzazione adeguata dei processi, delle risorse strumentali e delle risorse umane, costituisce il fattore abilitante della performance organizzativa orientata all'eccellenza. Ciò perché le capacità, le abilità e le conoscenze delle persone impegnate nell'attività lavorativa possono essere amplificate dalla struttura organizzativa se si pongono le necessarie condizioni, mediante un'allocazione efficiente, di potere essere espresse al massimo della potenzialità. Così come, al contrario, eccellenti qualità umane, dotazioni strutturali e strumentali, possono essere erose, disperse o annullate da un'organizzazione inadeguata o approssimativa.

La tensione alla buona organizzazione pertanto non può trascurarsi nemmeno in una situazione di eccellente performance poiché, paradossalmente, proprio la condizione di eccellenza può innescare meccanismi di degrado riconducibili alle carenze organizzative non adeguate all'evoluzione del contesto rispetto al quale si modificano i parametri di performance richiesti.

Di seguito si illustrano gli obiettivi funzionali al valore pubblico e inerenti alla struttura organizzativa rinviando nella [sezione generale](#) la descrizione organizzativa dell'azienda.



Obiettivo di valore pubblico						
Codice	OVP.2023.01					
Descrizione	Piano Nazionale Esiti: Migliorare l'efficienza nel trattamento chirurgico della frattura del collo del femore nei pazienti over 65 anni					
Obiettivo di performance organizzativa						
Codice	OVP.2023.01.P01					
Descrizione	Piano Nazionale esiti: Aumento proporzione del trattamento chirurgico della frattura del collo del femore, entro 2 giorni dal ricovero, nei pazienti over 65 anni.					
Obiettivo di anticorruzione e trasparenza						
Codice	OVP.2023.01.A01					
Descrizione	Verifica trimestrale dell'indicatore con l'indicazione delle motivazioni dell'eventuale ritardo negli interventi chirurgici ed i correttivi da adottare per il miglioramento.					
Obiettivi di salute organizzativa						
Codice	OVP.2023.01.O01					
Descrizione	Riorganizzare i processi e le risorse umane funzionalmente al raggiungimento dello standard atteso inerente al PNE frattura del collo del femore in soggetti over 65 anni					
Responsabile	Direttore del dipartimento di emergenza e accettazione					
Contesto attuale	<p>Attualmente si riscontra una gestione in emergenza della frattura del collo del femore non coerente con le tempistiche richieste dal PNE. Le sale operatorie sono spesso indisponibili perché occupate per interventi programmati o per interventi urgenti la cui tempistica di trattamento chirurgico rientra in standard più ampi rispetto a quella richiesta dall'obiettivo nazionale.</p> <p>L'attività chirurgica risente della cronica carenza, nel mercato del lavoro, di anestesisti e ortopedici che rende difficile il reclutamento esterno sia per concorso pubblico che per mobilità. L'attuale numero di anestesisti (27 per due terapie intensive e tre gruppi operatori) e numero di ortopedici (9 per tre ortopedie) è appena sufficiente per la gestione ordinaria dei turni. Il volume stimato dei ricoveri annuali eleggibili come target dell'obiettivo (circa 250) suggerisce margini di manovra per attuare forme organizzative del personale e delle sale operatorie a supporto delle sedute operatorie programmate nella sezione performance. In base alle stime, circa il 25% degli interventi sarebbero inattuabili per mancanza di copertura ordinaria dei turni. La stima applicata al target massimo previsto dalla programmazione riconduce ad un numero di 50 interventi nel 2024 e 55 interventi per il 2025-2026 da coprire con prestazioni aggiuntive normativamente previste.</p>					
Strategia	<p>Per far fronte al volume richiesto per soddisfare, con le risorse attuali, il rapporto degli interventi chirurgici per il trattamento della frattura del collo del femore, così come programmato, si reputa necessario attuare le seguenti linee di intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riorganizzare il percorso del paziente per garantire la tempestività dell'intervento. • Ottimizzare i turni ordinari in funzione delle sedute operatorie riservate così come programmate nella sezione performance. • Utilizzare prestazioni aggiuntive normativamente previste a copertura del numero di interventi annuali (max. 50). 					
Indicatori di salute organizzativa	Azione	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Peso	
	Presentare un piano dei turni ordinari e delle prestazioni aggiuntive adeguato a supportare le sedute operatorie	Si	Si	Si	0,5	
	Fonte: Piano dei turni.					
	Organizzare percorsi del paziente adeguati alle capacità di intervento dei presidi ospedalieri prevedendo la centralizzazione degli interventi nei P.O. in cui sono maggiormente concentrate le risorse umane e strumentali.	Si	Si	Si	0,5	
Fonte: evidenza documentale del protocollo prodotto e attuato.						
Performance	La performance attesa è del 100%. La performance realizzata verrà determinata dalla sommatoria dei pesi degli indicatori soddisfatti nella misura calcolata in funzione ai risultati raggiunti.					

Obiettivo di valore pubblico						
Codice	OVP.2023.02					
Descrizione	Piano Nazionale Esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza pregresso cesareo)					
Obiettivo di performance organizzativa						
Codice	OVP.2023.02.P01					
Descrizione	Piano Nazionale esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza pregresso cesareo).					
Obiettivo di anticorruzione e trasparenza						
Codice	OVP.2023.02.A01					
Descrizione	Attuazione del PDTA presso le ostetriche a supporto del parto naturale in una prospettiva di integrazione e continuità con il percorso avviato nei servizi territoriali.					
Obiettivi di salute organizzativa						
Codice	OVP.2023.02.O01					
Descrizione	Realizzare una campagna informativa sulle iniziative socio-assistenziali per incentivare l'adesione ai percorsi finalizzati al supporto del parto naturale					
Responsabile	Responsabile del Dipartimento materno-infantile.					
Contesto attuale	Le iniziative che sono rivolte all'utenza, sebbene siano organizzate nei processi e nelle risorse, per avere un maggiore successo e realizzare gli obiettivi di salute, devono essere supportate da apposite campagne comunicative/informative per la sensibilizzazione sui temi e l'enfatizzazione dei vantaggi diffusi. Si riscontra che il tema del parto naturale è scarsamente promosso in termini di impatto positivo sulla salute delle donne e sui vantaggi che le stesse hanno sulla salute sessuale e riproduttiva.					
Strategia	<ul style="list-style-type: none"> Realizzare una campagna formativa interna per la sensibilizzazione e la promozione del parto naturale in assenza di complicanze, rivolto al personale dei consultori e delle ostetriche. Realizzare una campagna informativa sulle iniziative dell'azienda a supporto del parto naturale, partoriente e della famiglia della stessa. 					
Indicatori di salute formativa	Azione	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Peso	
	Realizzare una campagna formativa interna	Si	Si	Si	0,5	
	Fonte: Pianificazione formativa aziendale.					
	Realizzare una campagna informativa esterna di promozione delle iniziative aziendali	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Peso	
	Si	Si	Si	0,5		
Fonte: Pianificazione della comunicazione aziendale.						
Performance	La performance attesa è del 100%. La performance realizzata verrà determinata dalla sommatoria dei pesi degli indicatori soddisfatti nella misura calcolata in funzione ai risultati raggiunti.					

Obiettivo di valore pubblico					
Codice	OVP.2025.01				
Descrizione	Liste di attesa: aumento delle prestazioni sanitarie garantite nei tempi previsti dalle classi di priorità				
Obiettivo di performance organizzativa					
Codice	OVP.2025.01.P01				
Descrizione	Aumento dell'incidenza delle prestazioni nei tempi garantiti				
Obiettivo di anticorruzione e trasparenza					
Codice	OVP.2025.01.A01				
Descrizione	Adozione di procedure e monitoraggio per la prevenzione di comportamenti a rischio				
Obiettivi di salute organizzativa					
Codice	OVP.2023.03.O01				
Descrizione	Centralizzare il governo delle liste di attesa				
Responsabile	Responsabile liste di attesa.				
Contesto attuale	Le disfunzioni organizzative impattano notevolmente sulla gestione ottimale delle liste di attesa. La definizione non ottimale della turnistica lavorativa oltre all'assenza di turn-over nell'attività di front office è fonte di stress correlato. Inoltre la carenza di una programmazione adeguata delle assenze pianificabili implica l'elevata probabilità di non rispettare gli appuntamenti e di rinviarli a date successive alimentando il disagio degli assistiti e i tempi di erogazione delle prestazioni.				
Strategia	<ul style="list-style-type: none"> • Aggiornamento annuale del piano aziendale del governo delle liste di attesa • Pianificazione e di monitoraggio centralizzato della turnistica di lavoro. 				
Indicatori di salute organizzativa	Azione	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Peso
	Aggiornamento annuale del piano aziendale del governo delle liste di attesa	SI	SI	SI	0,70
	Fonte: adozione atto deliberativo.				
	Pianificazione e di monitoraggio centralizzato della turnistica di lavoro	SI	SI	SI	0,30
Fonte: Disposizioni direzionali.					
Performance	La performance attesa è del 100%. La performance realizzata verrà determinata dalla sommatoria dei pesi degli indicatori soddisfatti nella misura calcolata in funzione ai risultati raggiunti.				

Organizzazione del lavoro agile

Con riferimento agli obiettivi funzionali al valore pubblico, illustrati in questo documento, non si rilevano attività espletabili tramite l'istituto del lavoro agile. Per la programmazione generale del lavoro agile si rimanda all'apposito paragrafo nella [sezione generale](#) di questo documento.

Piano triennale dei fabbisogni del personale

La disponibilità delle professionalità adeguate costituisce fattore abilitante per la creazione del valore pubblico. Il mercato del lavoro esterno, nel settore della sanità, attualmente è caratterizzato da un'importante carenza di offerta in particolare nelle professionalità mediche e infermieristiche. Una carenza determinata da fattori sistemici, di impatto generale e nazionale, rispetto ai quali l'ASP di Enna non dispone di leve gestionali.

La leva gestionale di cui l'azienda dispone è lo strumento della programmazione dei fabbisogni del personale che, oltre ad essere presupposto normativamente previsto per attivare i procedimenti di reclutamento, è indispensabile per mantenere costante nel tempo un'adeguata dotazione organica limitando la carenza frizionale riconducibile essenzialmente al turn over e all'elasticità del mercato esterno. Inoltre la programmazione del personale agisce anche sul mercato interno mediante la previsione dei posti in dotazione organica che possono essere coperti tramite i procedimenti amministrativi riferiti agli istituti premianti di avanzamento di carriera previsti dalla normativa vigente.

Dalla programmazione generale dei fabbisogni del personale, alla quale si rimanda nella [sezione generale](#) di questo documento, in questa sezione sono enucleati ed evidenziati gli obiettivi di programmazione del personale che sono funzionali agli obiettivi di valore pubblico.

Obiettivo di valore pubblico in senso stretto						
Codice	OVP.2023.01					
Descrizione	Piano Nazionale Esiti: Migliorare l'efficienza nel trattamento chirurgico della frattura del collo del femore nei pazienti over 65 anni					
Obiettivo di performance organizzativa						
Codice	OVP.2023.01.P01					
Descrizione	Piano Nazionale esiti: Aumento proporzione del trattamento chirurgico della frattura del collo del femore, entro 2 giorni dal ricovero, nei pazienti over 65 anni.					
Obiettivo di anticorruzione e trasparenza						
Codice	OVP.2023.01.A01					
Descrizione	Verifica trimestrale dell'indicatore con l'indicazione delle motivazioni dell'eventuale ritardo negli interventi chirurgici ed i correttivi da adottare per il miglioramento.					
Obiettivi di salute organizzativa						
Codice	OVP.2023.01.O01					
Descrizione	Riorganizzare i processi e le risorse umane funzionalmente al raggiungimento dello standard atteso inerente al PNE frattura del collo del femore in soggetti over 65 anni					
Obiettivi di salute professionale						
Codice	OVP.2023.01.U01					
Descrizione	Reclutamento delle professionalità mediche necessarie alla piena copertura dei turni					
Responsabile	Direttore Risorse Umane					
Contesto attuale	L'attività chirurgica risente della cronica carenza, nel mercato del lavoro, di anestesisti e ortopedici che rende difficile il reclutamento esterno sia per concorso pubblico che per mobilità. L'attuale numero di anestesisti (27 per 2 terapie intensive e 3 gruppi operatori) e numero di ortopedici (9 per tutte le ortopedie) è appena sufficiente per la gestione ordinaria dei turni. Il volume stimato dei ricoveri annuali eleggibili come target dell'obiettivo (circa 250) determina un fabbisogno di personale medico specializzato in ortopedia e in anestesia e rianimazione strutturalmente adeguato per sostenere un livello costante nel tempo degli indicatori di qualità ministeriali.					
Strategia	Per far fronte al volume richiesto per soddisfare, con le risorse attuali, il rapporto degli interventi chirurgici per il trattamento della frattura del collo del femore, così come programmato, si reputa necessario attuare le seguenti linee di intervento: <ul style="list-style-type: none"> • Reclutare numero nove ortopedici. • Reclutare numero dodici anestesisti 					
Indicatori di salute organizzativa	Azione	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Peso	
	Reclutamento ortopedici	4	2	3		0,5
	Fonte: Delibera di assunzione.					
	Reclutamento anestesisti	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Peso	
		4	4	4	0,5	
Fonte: Delibera di assunzione.						
Performance	La performance attesa è del 100%. La performance realizzata verrà determinata dalla sommatoria dei pesi degli indicatori soddisfatti nella misura calcolata in funzione ai risultati raggiunti. La valutazione della performance terrà conto delle criticità sistemiche del mercato esterno del lavoro e l'obiettivo non sarà valutato in presenza di documentati esiti negativi dei procedimenti di reclutamento posti in essere.					

Monitoraggio

Il monitoraggio è l'attività che realizza il concetto di "gestione consapevole" e favorisce l'orientamento delle future strategie tese a migliorare il valore pubblico creato e a contestualizzare l'attività aziendale coerentemente al fabbisogno concreto.

L'attività di monitoraggio presuppone un sistema di rilevazione adeguato dei dati che sono "l'istanza oggettiva e scientifica" delle attività aziendali e costituiscono la base di riferimento per ottenere le informazioni utili al processo analitico, cognitivo e decisionale per ricondurre gli indicatori di performance realizzate alla cause operative e ridurre gli eventuali gap deficitari mediante azioni correttive. Inoltre, tramite il monitoraggio, anche la direzione strategica assume consapevolezza circa la strategia adottata in quanto riceve adeguati feedback informativi sui target programmati e sull'effettiva realizzabilità.

Il monitoraggio deve essere continuo e sistematico mediante un processo aziendale dedicato ed un responsabile che programma la tempistica in finestre temporali utili al processo decisionale e che coordina le attività di rivelazione e di reportistica informativa.

Per il monitoraggio delle performance organizzative l'ASP di Enna si avvale della UOC Controllo di gestione e sistemi informativi e statistici (CDG). Il CDG è titolare della rilevazione e organizzazione dei dati di attività, della elaborazione e della produzione della reportistica direzionale sull'andamento della gestione in funzione della programmazione aziendale. Per quanto attiene la tempistica,

di norma il CDG esegue il monitoraggio della performance organizzativa con una finestra temporale trimestrale e la verifica intermedia con una finestra temporale semestrale.

Ai fini della misurazione del valore pubblico, come indicato nella [nota metodologica](#), il CDG procederà, mediante il seguente schema, al monitoraggio e alla misurazione degli obiettivi programmati.

Il risultato di valore pubblico in senso ampio realizzato, nell'ipotesi di uguaglianza di peso degli obiettivi, sarà la media delle percentuali di performance ottenuta negli obiettivi funzionali al valore pubblico.

La misurazione complessivamente raggiunta verrà effettuata annualmente in termini di monitoraggio e, per la valutazione della performance complessivamente determinata dal valore pubblico realizzato, la misurazione avverrà alla fine del periodo previsto dagli obiettivi.

Il valore pubblico in senso ampio complessivamente realizzato, nell'ipotesi che ciascun valore pubblico perseguito abbia la medesima importanza, sarà misurato con la media dei risultati raggiunti.

Di seguito si riportano le schede di rendicontazione dei risultati che verranno misurati nell'ambito del monitoraggio.

Misurazione valore pubblico in senso ampio			
Codice	Descrizione	Atteso	Realizzato ⁶
VP.2023.01	Valore pubblico PNE frattura femore over 65 anni	100%	VP%
Obiettivo di valore pubblico			
Codice	OVP.2023.01	100%	A%
Descrizione	Piano Nazionale Esiti: Migliorare l'efficienza nel trattamento chirurgico della frattura del collo del femore nei pazienti over 65 anni		
Obiettivo di performance organizzativa			
Codice	OVP.2023.01.P01	100%	B%
Descrizione	Piano Nazionale esiti: Aumento proporzione del trattamento chirurgico della frattura del collo del femore, entro 2 giorni dal ricovero, nei pazienti over 65 anni.		
Obiettivo di anticorruzione e trasparenza			
Codice	OVP.2023.01.A01	100%	C%
Descrizione	Verifica trimestrale dell'indicatore con l'indicazione delle motivazioni dell'eventuale ritardo negli interventi chirurgici ed i correttivi da adottare per il miglioramento.		
Obiettivi di salute organizzativa			
Codice	OVP.2023.01.O01	100%	D%
Descrizione	Riorganizzare i processi e le risorse umane funzionalmente al raggiungimento dello standard atteso inerente al PNE frattura del collo del femore in soggetti over 65 anni		
Obiettivi di salute professionale			
Codice	OVP.2023.01.U01	100%	E%
Descrizione	Reclutamento delle professionalità mediche necessarie alla piena copertura dei turni		

Misurazione valore pubblico in senso ampio			
Codice	Descrizione	Atteso	Realizzato ⁷
VP.2023.02	Valore pubblico PNE appropriatezza parto cesareo	100%	VP%
Obiettivo di valore pubblico			
Codice	OVP.2023.02	100%	A%
Descrizione	Piano Nazionale Esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza pregresso cesareo)		
Obiettivo di performance organizzativa			
Codice	OVP.2023.02.P01	100%	B%
Descrizione	Piano Nazionale esiti: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza pregresso cesareo).		
Obiettivo di anticorruzione e trasparenza			
Codice	OVP.2023.02.A01	100%	C%
Descrizione	Attuazione del PDTA presso le ostetriche a supporto del parto naturale in una prospettiva di integrazione e continuità con il percorso avviato nei servizi territoriali.		
Obiettivi di salute organizzativa			
Codice	OVP.2023.02.O01	100%	D%
Descrizione	Realizzare una campagna informativa sulle iniziative socio-assistenziali per incentivare l'adesione ai percorsi finalizzati al supporto del parto naturale		

⁶ VP%= Media (A%, B%, C%, D%, E%)

⁷ VP%= Media (A%, B%, C%, D%)

Misurazione valore pubblico in senso ampio			
Codice	Descrizione	Atteso	Realizzato ⁸
VP.2023.03	Valore pubblico governo delle liste di attesa	100%	VP%
Obiettivo di valore pubblico			
Codice	OVP.2025.01	100%	A%
Descrizione	Liste di attesa: aumento delle prestazioni sanitarie garantite nei tempi previsti dalle classi di priorità		
Obiettivo di performance organizzativa			
Codice	OVP.2025.01.P01	100%	B%
Descrizione	Aumento dell'incidenza delle prestazioni nei tempi garantiti		
Obiettivo di anticorruzione e trasparenza			
Codice	OVP.2025.01.A01	100%	C%
Descrizione	Adozione di procedure e monitoraggio per la prevenzione di comportamenti a rischio		
Obiettivi di salute organizzativa			
Codice	OVP.2023.03.O01	100%	D%
Descrizione	Centralizzare il governo delle liste di attesa		

Valore pubblico in senso ampio complessivamente realizzato			
Codice	Descrizione	Atteso	Realizzato ⁹
VP.2023.01	Valore pubblico PNE frattura femore over 65 anni	100%	VP01%
VP.2023.02	Valore pubblico PNE appropriatezza parto cesareo	100%	VP02%
VP.2025.01	Valore pubblico governo delle liste di attesa	100%	VP03%
Totale valore pubblico realizzato		100%	VPT%

⁸ VP%= Media (A%, B%, C%, D%)

⁹ VPT%= Media (VP01%, VP02%, VP03%)

Sezione generale

Contenuti generali dell'organizzazione

Le scelte sanitarie sono effettuate in coerenza con le politiche nazionali e regionali, curando l'integrazione con le altre aziende - sanitarie e non - operanti sul territorio e con il coinvolgimento dei cittadini, sia in forma associata che individuale.

L'azione dell'Azienda si ispira a criteri di efficacia, di appropriatezza, di efficienza, di equità, di professionalità, in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili. Essa è vincolata al principio della trasparenza in ragione del quale l'Azienda rende visibili e certi gli impegni dell'organizzazione e le relative garanzie mediante l'impiego di strumenti adeguati.

L'Azienda persegue obiettivi di miglioramento della qualità a tutti i livelli, sia con riferimento ai servizi offerti alla popolazione (innovazione tecnologica, percorsi di accreditamento, sicurezza dei pazienti), sia con riferimento alla valorizzazione dei propri dipendenti (benessere organizzativo, percorsi di formazione intra ed extra-aziendali).

Gli organi dell'ASP sono il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale.

L'Azienda realizza i propri fini istituzionali attraverso le unità operative che direttamente fanno capo alla Direzione Strategica, attraverso le articolazioni dell'ambito sanitario ospedaliero e territoriale, attraverso i Dipartimenti (articolati al loro interno in strutture complesse e strutture semplici).

A seguito del riordino della rete ospedaliera, in ultimo con il Decreto Assessoriale n. 22/2019, l'Azienda ha ridisegnato il proprio assetto organizzativo come riportato nell'Atto Aziendale approvato dall'Assessorato e recepito dall'Azienda con del. n. 902 del 19/6/2019 consultabile dal sito aziendale.

Di seguito si riporta l'organigramma vigente che sviluppa l'attuale organizzazione aziendale.

Consistenza media del personale anno 2024		F	M
Profilo	FTE		
Analista	1		
Assistente amministrativo	74		
Assistente religioso	4		
Assistente sanitario	1		
Assistente sociale	31		
Assistente tecnico	19		
Ausiliario specializzato	101		
Avvocato	3		
Biologo	23		
Coadiutore amministrativo	80		
Collaboratore amministrativo	45		
Collaboratore tecnico	7		
Commesso	16		
Dietista	1		
Direttore Amministrativo	1		
Direttore Generale	2		
Direttore Sanitario	1		
Dirigente delle professioni sanitarie	4		
Dirigenti amministrativi	19		
Educatore professionale	1		
Farmacista	13		
Fisioterapista	38		
Infermiere	758		
Infermiere pediatrico	1		
Infermiere psichiatrico	2		
Ingegnere	4		
Medico	404		
Operatore sociosanitario	147		
Operatore tecnico	67		
Operatore tecnico addetto all'assistenza	2		
Ortottista assistente di oftalmologia	1		
Ostetrica	38		
Pedagogista	2		
Psicologo	8		
Sociologo	2		
Tecnico audiometrista	2		
Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	16		
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	53		
Tecnico sanitario di radiologia medica	39		
Terapista della neuro psicomotricista dell'età evolutiva	2		
Veterinario	25		
Totale	2058		

54%
46%

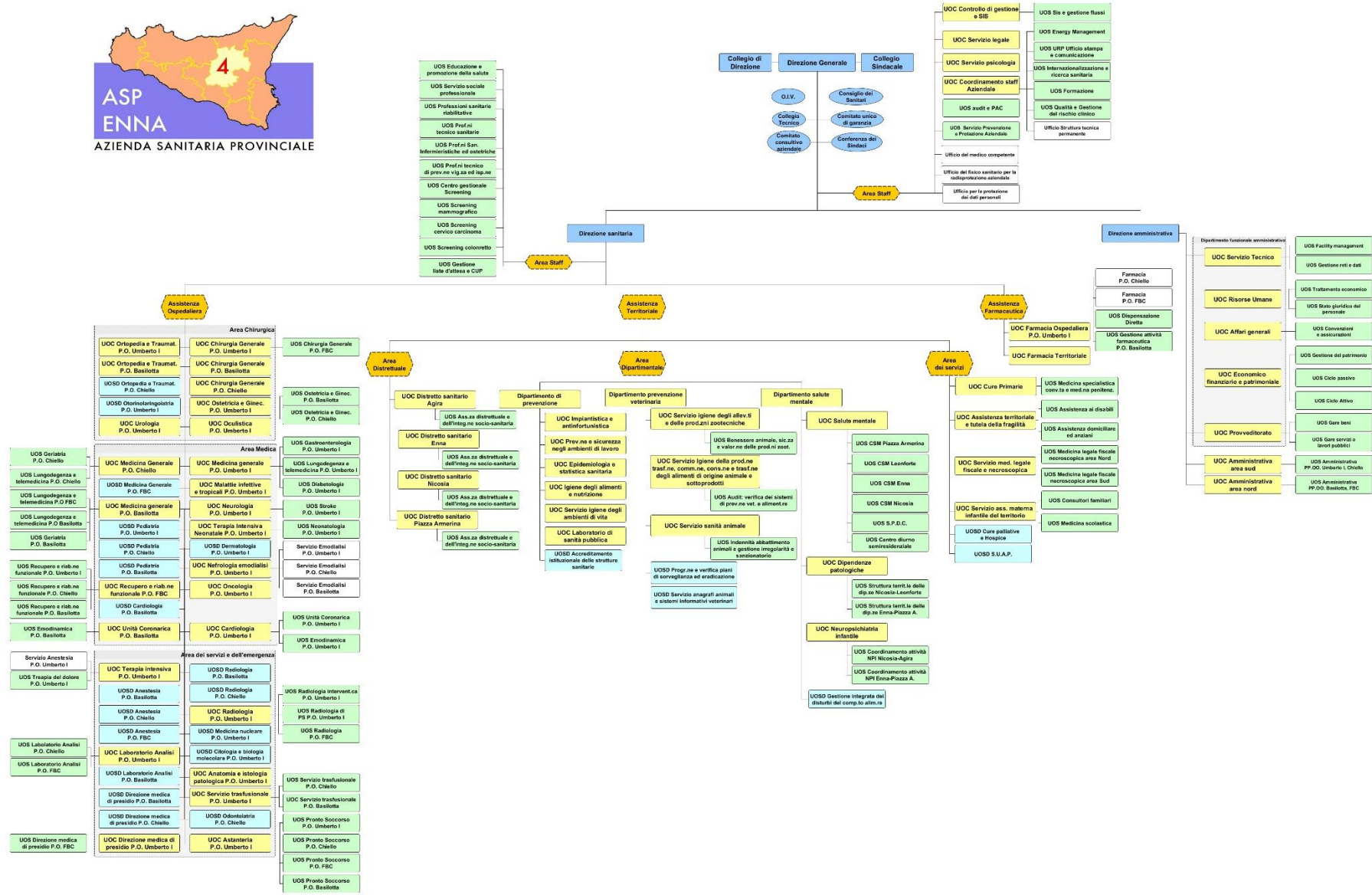


Figura 8 - Organigramma ASP di Enna

L'ambito territoriale dell'Azienda comprende l'intera provincia di Enna di cui fanno parte i comuni di Enna, Calascibetta, Catenanuova, Centuripe, Valguarnera, Villarosa, Piazza Armerina, Aidone, Barrafranca, Pietraperzia, Nicosia, Cerami, Gagliano Castelferrato, Sperlinga, Troina, Agira, Assoro, Leonforte, Nissoria, Regalbuto.

Oltre ai comuni suddetti, afferisce alla competenza territoriale dell'ASP di Enna anche il Comune di Capizzi in provincia di Messina.

Il territorio aziendale è suddiviso in 4 Distretti Sanitari:

- **Distretto Sanitario di Enna**, comprendente i Comuni di Enna, Calascibetta, Catenanuova, Centuripe, Valguarnera e Villarosa;

- **Distretto Sanitario di Piazza Armerina** comprendente i Comuni di Piazza Armerina, Aidone, Barrafranca e Pietraperzia;
- **Distretto Sanitario di Nicosia** comprendente i Comuni di Nicosia, Capizzi, Cerami, Gagliano C.to, Sperlinga e Troina;
- **Distretto Sanitario di Agira**, comprendente i Comuni di Agira, Assoro, Leonforte, Nissoria e Regalbuto.

Il totale della popolazione assistibile aggiornata al **31/12/2023** è di **158.325** residenti (fonte Istat).

Popolazione assistibile residente per fasce di età 2023										
Età	00-06	07-13	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	over 80
Nro	6.409	10.155	9.528	17.891	18.039	19.837	24.604	22.565	17.261	12.036
%	4,05%	6,41%	6,02%	11,30%	11,39%	12,53%	15,54%	14,25%	10,90%	7,60%
	27,78%			39,46%				32,76%		
Totale	158.325									

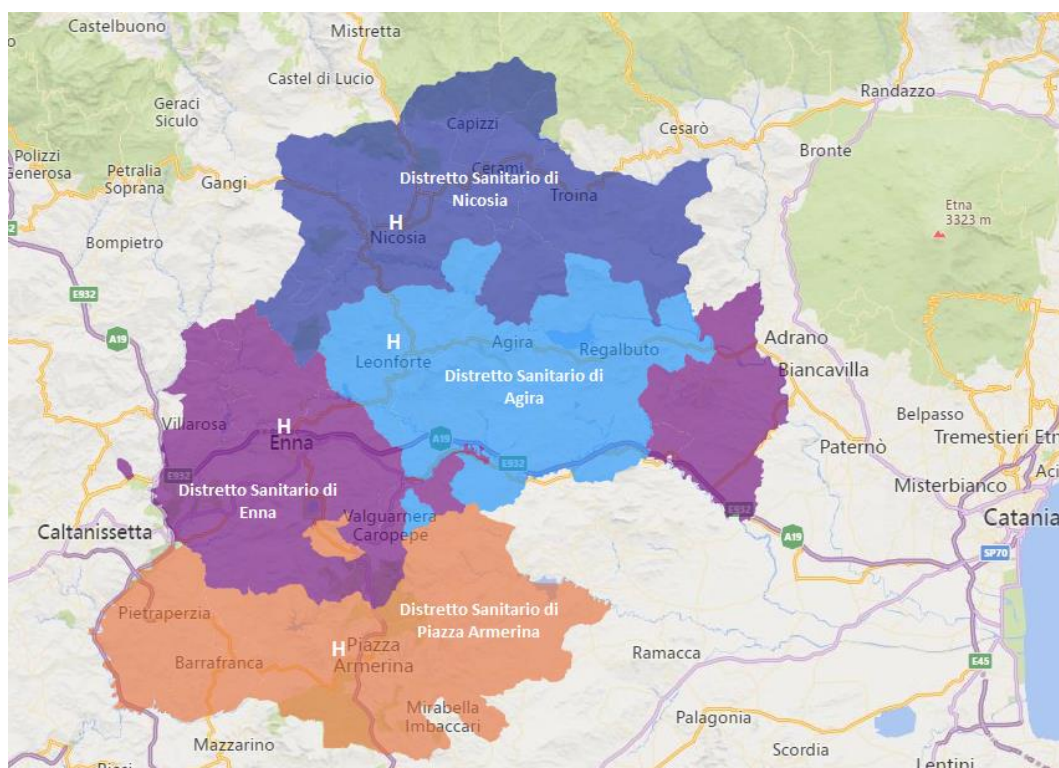


Figura 9 - Competenza territoriale dei Distretti Sanitari e dislocazione dei presidi ospedalieri

Nell'ambito del territorio dell'Azienda con D. A. n. 22 del 11 gennaio 2019 sono state confermate le seguenti strutture ospedaliere, classificate secondo i livelli di complessità crescente previsti dal D.M. 70/2015:

- P.O. Umberto I di Enna - Dipartimento di emergenza urgenza e di accettazione di I livello
- P.O. "M. Chiello" di Piazza Armerina - Presidio ospedaliero di base;

- P.O. "C. Basilotta" di Nicosia - Presidio ospedaliero di base;
- P.O. "Ferro-Branciforti-Capra" di Leonforte - Presidio ospedaliero zona disagiata

Di seguito si rappresenta, per area di attività, l'ampiezza media delle strutture organizzative complesse e semplici dipartimentali.

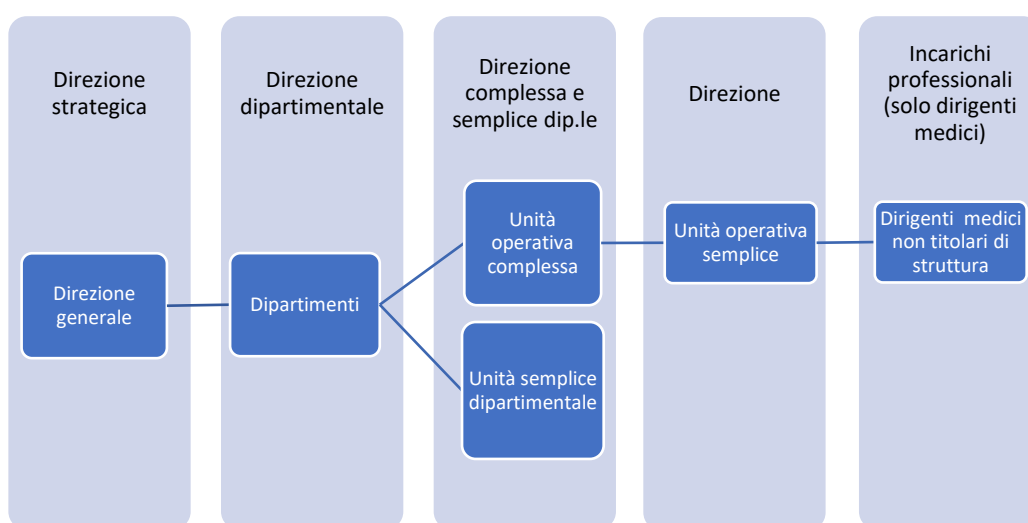
Ampiezza media delle UOC e UOSD per area di attività			
Area attività	N.ro UOC e UOSD	N.ro risorse umane	Ampiezza media
Area ospedaliera	45	1.295	28,77
Area territoriale	28	444	15,86
Area Farmaceutica	2	39	19,50
Area di supporto	24	280	11,67
Totale	99	2058	20,79

Il coordinamento organizzativo si sviluppa in una struttura di tipo gerarchico - funzionale a forma dipartimentale.

A tutti i dirigenti titolari di responsabilità di struttura è attribuito un incarico dirigenziale gestionale con autonomia organizzativa e di gestione delle risorse. Solo ai dirigenti medici non titolari di responsabilità di struttura è attribuito un incarico professionale, graduato secondo la complessità delle funzioni, classificato nei seguenti livelli previsti dal CCNL vigente:

1. altissima specializzazione;
2. alta specializzazione;
3. consulenza, studio e ricerca;
4. incarico di base per i dirigenti con anzianità inferiore a cinque anni di servizio.

Di seguito si rappresenta l'albero dei livelli di responsabilità sviluppato dall'organigramma aziendale.



Contenuti generali del piano triennale dei fabbisogni del personale

A seguito del D.A. n. 22/2019 con il quale l'Assessorato della Salute ha adottato la Nuova Rete Ospedaliera Siciliana, questa Azienda ha proceduto, per ultimo con deliberazione n. 902 del 19.6.2020, a prendere atto del D.A. n. 483 del 4.6.2020 di approvazione del proprio Atto Aziendale.

Con successivo D.A. n. 2201/2019, integrato con nota n. 5462 del 29/1/2021 al fine di aggiornare le stesse agli interventi normativi adottati a seguito dell'emergenza pandemica da COVID-19, l'Assessorato della Salute ha emanato le Linee guida per la rideterminazione dei Piani del Fabbisogno e Dotazioni Organiche stabilendo precise metodologie, criteri e standard nonché lo schema tipo Assessoriale da adottare.

Per quanto concerne le strategie di copertura del fabbisogno, l'Azienda metterà in campo le diverse modalità di assunzione previste dalla normativa vigente. Al fine di valorizzare le professionalità interne e nei limiti delle vigenti capacità assunzionali, prevede di avvalersi della facoltà prevista dall'articolo 22, comma 15, del d.lgs. n. 75 del 2017, per attivare le procedure selettive per la progressione verticale del personale interno.

Al fine di superare il precariato e ridurre il ricorso ai contratti a termine si continuerà a fare ricorso alle procedure di stabilizzazione del personale con contratto a tempo determinato previste dall'articolo 20 del decreto legislativo n. 75/2017. Si continuerà, inoltre, a garantire il rispetto delle assunzioni obbligatorie di cui alla legge 12 marzo 1999 n. 68.

Per le assunzioni a tempo indeterminato si procederà ad espletare le seguenti procedure previste dalle disposizioni di legge:

- Mobilità volontaria prevista dall'art. 30 del D. Lgs.165/01 provvedendo, in via prioritaria alla

immissione in ruolo dei dipendenti provenienti da altre amministrazioni in posizione di comando o fuori ruolo;

- Utilizzazione delle proprie graduatorie concorsuali vigenti, nonché l'utilizzazione delle graduatorie dei concorsi pubblici in corso di validità approvate da altre Aziende ed Enti del SSN;
- Procedure concorsuali.

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

- nelle more della conclusione delle relative procedure di copertura dei posti a tempo indeterminato;
- per esigenze di carattere straordinario e temporaneo;
- per la sostituzione di dipendenti assenti per periodi per i quali possono essere attivati incarichi di supplenza e ove ciò risulti indispensabile.

Nella redazione del PTFP si è tenuto conto anche dell'andamento delle cessazioni del personale (annuali e nell'arco del triennio). A seguito della rideterminazione del piano di fabbisogno ed ai fini del monitoraggio e della verifica del rispetto del tetto di spesa, l'Azienda si riserva, anche in connessione con l'andamento dei processi di riorganizzazione, razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, di predisporre un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato, determinato ed altre tipologie di lavoro flessibile.

Il PTFP 2025-2027 è esposto nello schema di cui **all'allegato C.**

Contenuti generali del piano di organizzazione del lavoro agile

Con la Legge 7 agosto 2015, n.124 “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche” – c.d. riforma Madia – entra nell’ordinamento giuridico italiano il cosiddetto lavoro agile quale forma alternativa e flessibile di rapporto di lavoro nella Pubblica Amministrazione, con obiettivo iniziale di conciliare i tempi di vita ed i tempi di lavoro, anche al fine di tutelare le cure parentali.

Infatti, l’articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n.124 prevede che le amministrazioni “adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l’attuazione del telelavoro e del lavoro agile ...”.

Successivamente alla Legge 124/2015 è stata emanata la Legge 22 maggio 2017, n.81, recante “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato” definendo il lavoro agile quale “...modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell’attività lavorativa.

Si prevede che la prestazione lavorativa debba essere eseguita in parte all’interno di locali aziendali e in parte all’esterno senza una posizione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell’orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva”.

E’ stato previsto, altresì, l’estensione del lavoro agile anche al pubblico impiego, in quanto compatibile “nei rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche di cui all’articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, secondo le direttive emanate anche ai sensi dell’articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124, e fatta salva l’applicazione delle diverse disposizioni specificamente adottate per tali rapporti”.

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

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

A seguito dell’emergenza pandemica connessa al COVID-19, le pubbliche amministrazioni hanno adottato repentinamente una serie di misure efficaci a contenere la diffusione del virus.

Con lo stravolgimento dell’intero sistema delle relazioni sociali e con l’imposizione del distanziamento sociale e fisico, è nata la necessità di apportare profonde modifiche anche alle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa e, pertanto, al fine di garantire la tutela della salute dei cittadini e dei lavoratori, dal mese di marzo 2020, il lavoro agile nella Pubblica Amministrazione subisce una brusca accelerata.

Il DPCM 8 marzo 2020, all’art. 2-lett. r) prevede esplicitamente il ricorso alle modalità del lavoro agile per la durata dello stato di emergenza. Il decreto-legge n. 18 del 17 marzo 2020 “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19” l'art. 87 (come modificato dal decreto legge 14 agosto 2020, n.104) ha previsto che “fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, ovvero fino ad una data antecedente stabilita con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione, il lavoro agile è una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni di cui all’articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Conseguentemente le amministrazioni:

- a) limitano la presenza del personale negli uffici per assicurare esclusivamente le attività che ritengono indifferibili e che richiedono necessariamente la presenza sul luogo di lavoro, anche in ragione della gestione dell’emergenza;
- b) prescindono dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dagli articoli da 18 a 23, della legge 22 maggio 2017, n. 81”. La norma prevede che la prestazione lavorativa in lavoro agile può essere svolta anche attraverso strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall’amministrazione.

Il Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID19”, convertito con modificazioni con Legge 17 luglio 2020 n.77, ha disposto all’art. 263 comma 4-bis che “entro il 31 gennaio di ciascun anno, le

amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1 lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. L'obiettivo del Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) è la definizione delle modalità attuative del lavoro agile quale modalità ordinaria del lavoro all'interno delle amministrazioni pubbliche con il coinvolgimento dei lavoratori, per tutte quelle attività che possono essere svolte nella modalità a distanza.

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

Nell'ottica di disciplinare a regime il lavoro agile nell'ambito delle amministrazioni pubbliche il Ministro per la Pubblica Amministrazione in data 19 ottobre 2020 ha emanato un apposito decreto col quale sono state impartite ulteriori disposizioni attuative in applicazione della normativa sopra indicata. Successivamente, al fine di fornire specifiche direttive uniformi alle Pubbliche Amministrazioni, in ordine all'organizzazione e alla programmazione del lavoro agile, sono state emanate con decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione datato 9 dicembre 2020, le Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), e le "Linee guida per lo smart working nella Pubblica Amministrazione" anno 2021.

Obiettivi del lavoro agile

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

- Sviluppare maggior autonomia e senso di responsabilizzazione del dipendente nella produttività e nella qualità del lavoro.
- Agevolare la conciliazione dei tempi di vita privata e professionale, permettendo una maggiore soddisfazione e flessibilità nell'organizzazione del lavoro.

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

- Valorizzare le competenze del personale mediante la formazione delle tecnologie digitali, migliorando il benessere organizzativo.
- Promuovere l'inclusione lavorativa dei dipendenti in situazione di fragilità.

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

Livello di attuazione e sviluppo

A causa del protrarsi dell'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del Covid-19 fino al 31 marzo 2022, l'ASP di Enna non ha ancora adottato un proprio Piano Organizzativo per il Lavoro Agile (POLA), così come previsto dall'art. 14, comma 1, legge 7 agosto 2015 n. 124, modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77. Tale adempimento è comunque in fase di definizione, atteso anche il necessario coinvolgimento delle organizzazioni sindacali al riguardo.

Nonostante ciò, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna ha posto in essere gli adempimenti necessari al fine di adeguarsi alla normativa vigente, tenendo conto delle misure organizzative e del raggiungimento degli obiettivi oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa, in quanto tenuta al rispetto dei limiti imposti nell'ambito delle risorse finanziarie, umane e strumentali disponibili a legislazione vigente.

La gestione del lavoro agile è rimessa al Dirigente responsabile della struttura che deve:

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

che qualitativo, garantendo che tale modalità assicuri il buon andamento dell'attività da parte dell'Ufficio a cui è preposto e la continuità amministrativa dell'attività aziendale.

- assegnare ai lavoratori da remoti obiettivi specifici e misurabili ed il cui conseguimento risulti tracciabile.

Modalità attuative

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna sta provvedendo a disciplinare il lavoro agile secondo le linee guida del POLA, mediante una graduale elaborazione di un programma di sviluppo articolato in più fasi e tenendo conto delle esperienze fatte sino ad oggi.

È stato predisposto il regolamento aziendale per il lavoro agile solo con riferimento al comparto ed è attualmente al vaglio delle OO.SS.

Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

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

Tra i soggetti destinatari del Piano vi è, innanzitutto, il personale dipendente a rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, potendosi comunque valutare criteri e modalità per ammettere al lavoro agile anche altro personale operante nell'Azienda legato da una diversa tipologia contrattuale. Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile non muta gli obblighi, i doveri e i diritti né in capo al datore di lavoro né in capo al dipendente, in forza delle vigenti norme di legge, di contratto e delle disposizioni aziendali attualmente vigenti.

In caso di ferie, malattia e qualunque altro tipo di assenza, il dipendente che svolge la prestazione lavorativa in modalità agile è tenuto a rispettare gli oneri di comunicazione e/o richiesta di autorizzazione previsti. Ruolo centrale nella organizzazione del lavoro agile svolge il Dirigente della struttura al quale si richiede la capacità di utilizzarlo soprattutto come strumento funzionale al raggiungimento degli obiettivi aziendali. Prioritario è il processo di mappatura delle attività smartabili, atteso che l'applicazione del lavoro agile può avvenire solo in modo residuale, cui segue la reingegnerizzazione dei processi di lavoro compatibili con il lavoro agile al fine di individuare le attività che debbano essere escluse in toto o in parte dallo smart working.

Per la natura stessa dell'attività gestita, l'applicazione di tale istituto è di carattere residuale e riguarda, esclusivamente, il personale che svolge attività di tipo amministrativo e che non richiedono un contatto con l'utenza.

Modalità di svolgimento

La modalità di svolgimento è normata dalla legge 22 maggio 2017, n. 81. Il ricorso al lavoro agile richiede la sottoscrizione dell'accordo individuale.

Tale accordo deve contenere almeno questi elementi essenziali: - durata dell'accordo, - modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza; - modalità di recesso; - ipotesi di giustificato motivo di recesso; - i tempi di riposo del lavoratore e le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro; - modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione; gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile e le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in modalità agile.

A tal fine all'accordo individuale andrà allegata una scheda, firmata da responsabile e dal dipendente, in cui vengono declinati gli obiettivi da realizzare durante lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile.

Organi coinvolti

Nel processo sono coinvolti anche alcuni organismi aziendali quali Comitato Unico di Garanzia, per gli aspetti relative alla utilizzazione del lavoro agile come strumento di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata, l'OIV per la valutazione della performance, ed il Responsabile della Transizione digitale con riferimento alle infrastrutture digitali a consentire e favorire lo sviluppo dello smart working.

Programma di sviluppo del lavoro agile: fattori abilitanti.

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

- Una prima fase di avvio, che nella sostanza è già stata parzialmente testata nel periodo pandemico mediante l'utilizzo di basilari misure organizzative;
- Una seconda fase di sviluppo intermedio, con redazione di un apposito regolamento che preveda le specifiche azioni per la fattispecie sanitaria non contemplate nelle linee guida ministeriali;
- Una terza fase di sviluppo avanzato, con l'implementazione della modalità lavorativa in smart working.

Occorre tener conto che la modalità applicativa del lavoro agile in un'Azienda Sanitaria ha delle caratteristiche

ovviamente differenti rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, non soltanto per la tipologia di attività che, nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, ma anche, nel caso specifico, per le dimensioni del territorio e per la complessità organizzativa dell'Azienda che naturalmente condizionano le modalità di applicazione.

1. In linea di massima si ritiene che possono essere svolte in regime di lavoro agile le attività che:
2. siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;
3. possano essere svolte da remoto e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore presso la sede di servizio;
4. prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;
5. richiedano una concentrazione o una creatività particolare per la loro esecuzione;
6. siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati.

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

Contenuti generali del piano formativo aziendale

Premessa

Due elementi caratterizzano il sistema formazione in un'Azienda Sanitaria Provinciale:

1. la formazione continua rivolta a tutto il personale aziendale amministrativo, tecnico, professionale e sanitario del comparto e della dirigenza - propria dei sistemi istituzionali pubblici - volta ad aggiornare, innovare, migliorare le performance per lo sviluppo dell'organizzazione in generale ed una maggiore adesione alle norme e ai processi pubblici;
2. l'educazione continua in medicina (ECM) - con un proprio sistema di accreditamento destinato specificamente al personale sanitario - volto a porre regole utili allo sviluppo qualitativo, etico, di trasparenza, ma soprattutto a specifiche attività formative professionalizzanti e interprofessionali per lo sviluppo di percorsi di assistenza, cura e riabilitazione, sempre più qualificati ed idonei anche in termini di equità ed accessibilità.

Nel corso del 2022 l'Age.Na.S. Regione Sicilia ha avviato il processo per l'accREDITAMENTO standard del sistema a partire dalle Aziende sanitarie accreditate da più tempo, tra queste l'ASP di Enna.

Si è così avviato, come U.O.S. Formazione, un processo di aggiornamento della documentazione inerente l'accREDITAMENTO, con l'emissione di un nuovo Piano Qualità, la costituzione di un nuovo Comitato Scientifico in cui si è allargata la rappresentanza delle professioni sanitarie e sociali.

La rilevazione dei bisogni formativi

Il Comitato Scientifico neo- insediato ha fornito dei criteri utili per la rilevazione dei bisogni formativi.

In considerazione degli eventi degli ultimi anni in cui non è stato possibile effettuare attività formative in particolare in presenza, se non per un limitato periodo, si rilevano fra le priorità le seguenti:

- obblighi formativi aziendali, fra questi l'aggiornamento e /o il retraining dei corsi che hanno una scadenza periodica, alcuni dei quali sono abilitanti a svolgere determinate attività;

- formazione prevista all'interno di Piani Nazionali o Regionali, tra questi il PRP (Piano Regionale di Prevenzione) , il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), il D.M. 77 del 23 maggio 2022 del Ministero della Salute (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale), la Medicina di Genere D.A. Salute n. 166/2020 e D.A. Salute n.30/2021. All'interno degli obiettivi previsti in alcuni dei citati Piani sarà necessario progettare dei percorsi di formazione destinati a personale non sanitario o amministrativo aziendale, oltre che ad operatori di istituzioni diverse e del terzo settore;
- formazione utile alla acquisizione di standard strutturali e organizzativi dettati da specifiche norme di settore;
- formazione per i neoassunti;

Tali obiettivi sono collegati ad uno sviluppo normativo ed organizzativo che sottende una nuova vision dell'assistenza e dunque la necessità di lavorare in direzione di cambiamento non solo tecnico- clinico, ma anche valoriale, professionale e relazionale.

Il Comitato Scientifico contribuisce, in fase preliminare, di individuare criteri utili alle strutture aziendali per la rilevazione dei bisogni formativi; successivamente lo stesso provvede a validare il Piano Formativo Aziendale, costituito dalle diverse proposte pervenute dai Dipartimenti e dalle UU.OO. e ed elaborato dall'U.O.S. Formazione.

La rilevazione è stata effettuata attraverso una nota indirizzata ai Dipartimenti e alle diverse UU.OO. aziendali, sia sanitarie che tecnico- professionali - amministrative, con la quale si è richiesta la compilazione di una scheda progettuale, articolata in più campi (dati di contesto, ambiti di miglioramento, indicatori per la valutazione dell'efficacia della formazione nel tempo in un'ottica di ricaduta di salute per il cittadino).

In questo anno, in considerazione dell'integrazione tra i vari Piani Aziendali nel PIAO, si cercherà di attenzionare il concetto di Valore Pubblico inteso come sviluppo dei processi assistenziali e di benessere organizzativo i cui indicatori aziendali saranno inseriti all'interno del PIAO.

Destinatari

I destinatari della formazione aziendale non possono che essere tutte le componenti di una Azienda, tutte le professioni in essa operanti, trovando spazi di condivisione con i fruitori del sistema (utenti- caregiver – realtà sociali).

In questi anni si sono registrati numerosi mutamenti per quanto concerne il personale, dovuti all'emergenza sanitaria ma anche al turnover del personale per le dimissioni per raggiunti limiti di età e per l'apertura, con forme contrattuali diverse, a nuovo personale.

Il piano formativo terrà conto della composizione del personale, così come riportata nel paragrafo "[Contenuti generali dell'organizzazione](#)", ma anche del titolo di studio, del mercato interno del lavoro in termini di opportunità di avanzamento di carriera in base alle previsioni del fabbisogno triennale del personale, delle esigenze formative e di aggiornamento espresse dal mutare del contesto in relazione alla tecnologia e degli assetti normativi, dell'esigenza formativa inerente al processo di on board per i nuovi assunti.

Gli ambiti formativi e progettualità

Gli ambiti formativi sono così articolati:

1. Area management - miglioramento organizzativo / gestionale e della qualità dei servizi
2. Area tecnico professionale
3. Area comunicazione / relazione / benessere organizzativo
4. Area emergenza - urgenza
5. Area sicurezza dei lavoratori
6. Area giuridico amministrativa/ inglese

Con riferimento agli ambiti di cui al punto precedente sono pervenute n. 36 schede progettuali. Le stesse necessitano della validazione del Comitato Scientifico, già convocato per il 28/02/2024. Le proposte progettuali validate dal Comitato Scientifico costituiranno il Piano Formativo Aziendale 2024-2026 il quale sarà adottato, ad integrazione del PIAO, successivamente all'approvazione del Comitato Scientifico.

Piano triennale della performance

Il Piano Performance, redatto in coerenza ai principi fissati dal D. Lgs n. 150/2009 e dal D. Lgs 74/2017, rappresenta il documento di programmazione triennale nel quale vengono individuati gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi che l'Azienda intende perseguire nel triennio e dei correlati indicatori e valori attesi di risultato, sui quali si baseranno la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance aziendale e delle singole strutture aziendali.

Il Piano Performance è stato strutturalmente adeguato alle esigenze di sinteticità e chiarezza a seguito dell'assorbimento dello stesso nel PIAO. Pertanto di seguito si rappresenta le informazioni generali dell'attività dell'azienda e l'albero degli obiettivi di performance generali con l'evidenza della programmazione funzionale agli obiettivi di valore pubblico.

Dati strutturali

La programmazione delle attività erogate intende garantire, prioritariamente i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA - DPCM 12.01.2017)), cioè quelle prestazioni e quei servizi che, per la loro rilevanza in termini di promozione della salute e del benessere della persona, vanno garantiti dal SSN a tutta la popolazione, o gratuitamente o dietro corresponsione di un ticket.

Il DPCM sopra citato individua tre grandi livelli di assistenza:

- assistenza ospedaliera
- prevenzione collettiva e sanità pubblica
- assistenza distrettuale

Per ogni livello di assistenza si riportano i dati strutturali e il volume di attività riferiti all'anno 2022 poiché i dati riferiti all'anno 2023 saranno disponibili nel mese di febbraio 2024.

Attività ospedaliera anno 2023				
Presidio	Posti letto operativi	Ricoveri	Gg di degenza	Accessi pronto soccorso
Umberto I Enna	245	11.673	65.772	21.488
Chiello Piazza A.	56	1.690	13.822	13.823
Basilotta Nicosia	63	2.321	14.837	9.040
FBC Leonforte	20	663	5.301	5.709
Totale	379	16.347	99.732	50.060

Attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica anno 2023		
Attività (LEA)	N.ro punti di erogazione	N.ro prestazioni erogate
Vaccinazioni	17	55.956
Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati	21	908
Prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro	1	896
Salute animale e igiene urbana veterinaria	4	11.605
Sicurezza alimentare	4	6.282
Attività medico legali per finalità pubbliche	4	7.312
Totale	51	82.959
Vaccinazioni	17	55.956

Attività di assistenza distrettuale anno 2023			
Attività (LEA)	N.ro punti erogatori	N.ro prestazioni erogate	U.M.
Assistenza sanitaria di base	132	147.785	Assistiti
Continuità assistenziale	22	56.773	Prestazioni
Assistenza farmaceutica	80	1.635.696	Ricette
Assistenza integrativa e protesica	5	50.155	Prestazioni
Assistenza specialistica ambulatoriale	50	1.388.269	Prestazioni
Cure domiciliari e ADI	4	1.751	Casi
Assistenza a minori, donne, coppie, famiglia (consultori) (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	9	5.953	Prestazioni
Assistenza ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	4	14.568	Prestazioni
Assistenza alle persone con disturbi mentali (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	8	77.328	Ricoveri, Prestazioni, Giornate
Assistenza alle persone con disabilità (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	3	28.781	Ricoveri, Giornate
Assistenza alle persone non autosufficienti (semiresidenziale e residenziale)	2	18.470	Ricoveri, Giornate
Assistenza alle persone con dipendenze patologiche (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale)	3	44.325	Prestazioni
Assistenza presso strutture sanitarie interne alle carceri	2	14.954	Prestazioni
Assistenza alle persone nella fase terminale della vita (domiciliare e residenziale)	1	480	Casi
Totale	347	4.518.940	

La programmazione triennale degli obiettivi, che verrà illustrata di seguito, discende dall'esigenza di soddisfare i seguenti indirizzi:

- indirizzi di pianificazione nazionale e regionale;
- indirizzi di efficienza ed economicità con riferimento alle risorse finanziarie disponibili;
- indirizzi di miglioramento dell'efficacia dell'attività erogata;
- indirizzi di governo dei rischi corruttivi e delle attività a vantaggio della trasparenza.
- indirizzi suggeriti dal contesto interno ed esterno in relazione al performance management.

Di conseguenza la missione generale dell'azienda è assicurata dall'equilibrio che deriva dal contemperamento delle azioni in linea con i suddetti indirizzi.

La struttura della programmazione prevede un albero degli obiettivi che si sviluppa su tre livelli:

1. Linea strategica che trasforma la mission in vision.
2. Obiettivi strategici che trasformano la vision in strategia.
3. Obiettivi operativi che trasformano la strategia in azioni programmate.

Gli obiettivi sono strutturati nel pieno rispetto della previsione normativa di cui all' 5 del D.Lgs. 150/2009 e s.m.i.

In questa edizione, considerato l'innovazione introdotta dal DPCM 132/2022 inerente al valore pubblico, è stata prevista una linea strategica dedicata agli obiettivi di performance organizzativa che impattano sul valore pubblico e integrata nella programmazione generale dell'azienda.

Mediante tale approccio è possibile rilevare il contributo al valore pubblico dei centri di responsabilità (performance organizzativa) e del personale (performance individuale) nella prospettiva di performance integrata come previsto dal citato D.Lgs 150/2009.

Il piano della performance, quindi, prevede quattro linee strategiche rappresentate nella seguente figura.

Il paragrafo successivo, programmazione triennale, riporta, nell'ambito delle linee di indirizzo strategico sopra definite, i temi che impegneranno l'azienda per il prossimo triennio di attività.

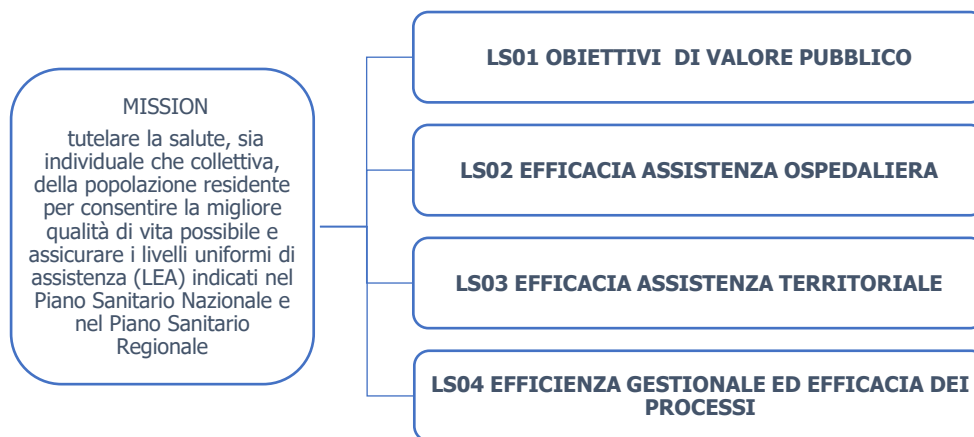


Figura 10 -- trasformazione della mission in vision (linee strategiche)

Programmazione triennale

Area di attività	Interventi nella programmazione triennale
Prevenzione	<ul style="list-style-type: none"> • potenziamento della campagna vaccinale; • attività di prevenzione delle infezioni ospedaliere; • appropriatezza prescrittiva dei farmaci e degli antibiotici; • miglioramento degli screening oncologici.
Ricerca	Realizzazione di percorsi integrati tra la ASP di Enna e le Università, con particolare riferimento alla Università Kore di Enna, al fine di perseguire, ai più alti livelli, a vantaggio della comunità, i comuni obiettivi di qualità della formazione degli studenti dei Corsi di Laurea, di Specializzazione e delle Professioni Sanitarie, di formazione superiore del personale dipendente.
Assistenza Territoriale	Potenziamento dei servizi del Territorio, consentendo una maggiore esigibilità del Livelli Essenziali di assistenza (LEA) da parte di tutte le persone indipendentemente dalla residenza. In particolare l'Azienda sarà impegnata a rafforzare le cure domiciliari, alla creazione di Case delle Comunità quale espressione concreta del concetto di prossimità, le Centrali Operative Territoriali (COT) quale snodo per favorire l'integrazione ospedale territorio e quindi snodo tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale.
Benessere animale	Implementazione delle attività che legano la salute al benessere degli animali e quindi il potenziamento della sicurezza alimentare e della sanità pubblica veterinaria dando attuazione ai Piani di Controllo per l'eradicazione delle malattie infettive animali e delle zoonosi e prevedendo azioni più incisive nel territorio in linea con la nuova normativa europea.
Salute degli ecosistemi	L'ASP di Enna, nella consapevolezza che l'ambiente è un bene non riproducibile la cui compromissione sterilizza ogni azione positiva posta in essere aggravando le condizioni di salute dei cittadini, ha integrato la programmazione triennale con obiettivi orientati al consumo sostenibile e al risparmio energetico.
Patrimonio edilizio e tecnologico	Ammodernamento strutturale del patrimonio edilizio, tecnologico e organizzativo adattandoli ai nuovi percorsi assistenziali per la presa in carico dei pazienti.
Digitalizzazione	L'innovazione digitale ha assunto un ruolo strategico in Sanità, si parla di Sanità Digitale ossia l'applicazione delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario per rendere efficace l'erogazione dei servizi, migliorare la comunicazione tra strutture e cittadini, semplificare i sistemi di prenotazione e, dove possibile, implementare lo sportello unico del cittadino per i servizi amministrativi e sanitari. Verranno implementate le attività per alimentare il Fascicolo Sanitario Elettronico, i servizi on line di prenotazione, di disponibilità dei referti on line, progetti di telemedicina. La telemedicina consente agli attori del processo assistenziale, medici, infermieri e paziente, di realizzare fin da subito un contatto visivo che umanizza e migliora la gestione della malattia e la compliance alle cure prescritte in ospedale.
Efficientamento e semplificazione	Migliorare i processi gestionali interni a supporto delle attività sanitarie e amministrative mediante azioni innovative e strumenti telematici.
PNRR	Attuazione e rispetto del cronoprogramma così come indicato nei progetti.
Comunicazione e partecipazione	Miglioramento dei canali e della qualità di comunicazione e potenziamento delle indagini mirate a rilevare la qualità percepita nei servizi erogati e nelle relazioni tra fruitori e personale dipendente mediante anche indicatori di valutazione individuale.
Formazione del capitale umano	Sviluppo delle competenze, abilità, conoscenze, soprattutto digitali, e, per la prima volta in programma, delle soft skills mediante appositi corsi formativi. Inoltre per sviluppare la cultura aziendale sulla valutazione partecipativa e sulla prospettiva del valore pubblico , il piano formativo triennale prevederà apposite sessioni con corsi di formazione/seminari il cui oggetto verterà sul valore pubblico e sull'organizzazione aziendale orientata ad un nuovo concetto di performance.

Programmazione annuale

Per l'anno in corso la programmazione prevede lo sviluppo degli obiettivi strategici, in obiettivi operativi, con una prospettiva bidimensionale: La programmazione alla base della performance organizzativa e la programmazione alla base della performance individuale.

Sebbene i criteri e le dinamiche siano diverse, le due prospettive, nella programmazione unificata, sono state integrate al fine di collegare l'apporto individuale alla performance organizzativa e consentire altresì una più adeguata valutazione della capacità manageriale dei responsabili delle unità organizzative sempre nell'ottica di integrazione tra obiettivi di struttura e di gestione coerente delle risorse umane e strumentali.

La programmazione annuale degli obiettivi, strutturati come sopra sinteticamente esposto, è integrata con gli altri documenti principali di programmazione aziendale:

- con il piano triennale della prevenzione della corruzione e del rispetto delle misure di trasparenza;
- con il bilancio di previsione negoziato con l'assessorato regionale della salute.

La programmazione triennale e annuale della performance organizzativa e la gestione della performance individuale, così come previsto dalla normativa di riferimento con particolare menzione del D.Lgs 150/2009 s.m.i., è stata disciplinata, a livello aziendale, con il regolamento **"Sistema di misurazione e valutazione della performance"**, pubblicato sul sito istituzionale nella sezione performance a cui si rimanda per l'esautiva rappresentazione del ciclo della performance dell'ASP di Enna che si sviluppa, secondo il modello del ciclo di Deming, nelle fasi di pianificazione, programmazione, esecuzione, rilevazione e monitoraggio, miglioramento (<https://www.aspenna.it/amm-trasparente/regolamento-sistema-di-misurazione-e-valutazione-della-performance/>).

Con riferimento alla programmazione annuale, si riporta in **"Allegato A -Piano degli obiettivi 2025"**, l'albero degli obiettivi di performance organizzativa programmati per l'anno in corso con evidenza degli obiettivi funzionali al valore pubblico. Si evidenzia che gli obiettivi oggetto di programmazione sono in corso di negoziazione e che quindi potranno subire integrazioni o variazioni di cui si terrà conto in sede di relazione annuale sulla performance.

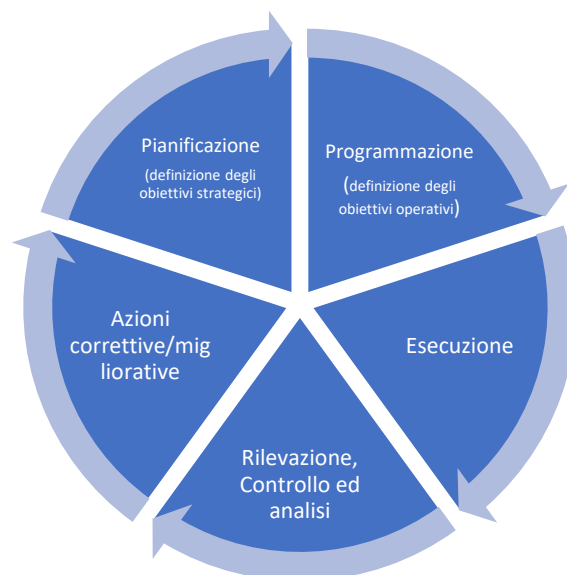


Figura 11 - Ciclo della performance aziendale

Programmazione generale del piano delle azioni positive

Il piano di azioni positive è rivolto a promuovere all'interno dell'azienda l'attuazione degli obiettivi di parità e pari opportunità e finalità di conciliazione tra vita privata e lavoro, al fine di sostenere condizioni di benessere lavorativo anche al fine di prevenire qualsiasi forma di discriminazione.

Gli obiettivi del piano sono in linea con i contenuti del Piano Performance e del Piano per la prevenzione della corruzione e trasparenza, come strumento di attuazione delle politiche di genere a tutela dei lavoratori ed a garanzia dell'efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane.

In conformità con le finalità promosse dalla normativa vigente, si delineano gli obiettivi generali da raggiungere:

- Garantire la valorizzazione del personale, l'accrescimento professionale dei dipendenti per assicurare il buon andamento, l'efficienza dell'attività amministrativa, le pari opportunità nell'accesso al lavoro, nella vita lavorativa e nella formazione professionale;
- Promuovere una migliore organizzazione del lavoro e del benessere organizzativo che, fermo restando le necessità di garantire la funzionalità degli uffici, favorisca l'equilibrio tra tempi di lavoro e esigenze di vita privata;
- Garantire la trasparenza dell'azione amministrativa al fine di promuovere la cultura di genere ed il principio di non discriminazione. In tale contesto l'Azienda nel triennio 2025/2027 intende sviluppare i seguenti obiettivi:

Promozione del benessere organizzativo individuale

Sulla base di quanto emerso dalla rilevazione effettuata attraverso il questionario somministrato nel 2022 e nel 2023, l'Azienda intende proseguire il percorso avviato, al fine di individuare soluzioni che possano rimuovere le criticità emerse attraverso le seguenti iniziative:

- formazione/sensibilizzazione/comunicazione per promuovere il miglioramento delle relazioni interpersonali nell'organizzazione, la cultura relativa alle tematiche di genere e la diffusione di buone prassi lavorative.

- crescita professionale attraverso l'aggiornamento sui temi di maggiore interesse e utilità per lo svolgimento del lavoro di ogni singolo dipendente consentendo in tal modo la crescita professionale;

- interventi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro al fine di consentire l'accessibilità, l'utilizzo dei sistemi digitali e ciò in collaborazione con il responsabile dei sistemi Informativi, il medico competente e RSPP.

- flessibilità dell'orario di servizio anche attraverso il lavoro agile e nello specifico attraverso una analisi in collaborazione con il Servizio Risorse Umane in quanto la regolamentazione del lavoro agile rientra nelle azioni di strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo.

Sviluppo programma Medicina di genere, al fine di dare attuazione alle direttive regionali in materia affinché diventi patrimonio comune nelle conoscenze e nelle prassi dell'Azienda, continuando il percorso già avviato e che ha visto l'effettuazione di attività come la prevenzione e sensibilizzazione all'endometriosi, l'attività di prevenzione e promozione della salute femminile (screening, prevenzione cardiovascolare , percorso violenza di genere tenutosi presso alcune scuole superiori volto all'implementazione e acquisizione di "Life skills" per contrastare la violenza di genere attraverso la conoscenza e l'espressione delle emozioni, il rispetto delle diversità /unicità, il contrasto al bullismo omofobico e transfobico e la promozione delle pari opportunità di genere.

Infine con delibera del commissario straordinario n.ro 299 del 01/03/2023, è stato rinnovato il comitato unico di garanzia al fine di rendere operativo e monitorare il piano delle azioni positive. **Per il dettaglio delle azioni si rinvia al Piano Triennale della Azioni Positive 2025-2027 Allegato B.**

Rischi corruttivi e trasparenza

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza

Il primo obiettivo che va posto è quello del valore pubblico, secondo le indicazioni che sono contenute nel DM del 24/06/22.

L'obiettivo della creazione di valore pubblico in materia di prevenzione della corruzione e la trasparenza ha una dimensione trasversale per la realizzazione della missione istituzionale dell'amministrazione da declinare in obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza, previsti come contenuto obbligatorio della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

L'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di tutti i soggetti che interagiscono con l'organizzazione aziendale, attraverso una costante attività di consultazione, comunicazione, monitoraggio e riesame svolta dal RPCT.

Lo sviluppo e l'applicazione delle misure previste sono quindi il risultato di un'azione sinergica e trasversale del RPCT e dei singoli Referenti, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggio della fase di applicazione.

Da qui la partecipazione sostanziale di tutti i Dirigenti/Referenti chiamati ad essere "attori" del sistema di gestione del rischio, messa in atto grazie ad un adeguato sistema di monitoraggio e di riesame del sistema tramite schede di monitoraggio trimestrali e rendicontazioni semestrali sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio e sulle idoneità delle stesse.

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e della Sezione di programmazione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO e sono rimessi alla valutazione dell'organo di indirizzo, che ai sensi dell'art. 1, co. 8, della L. 190/2012, definisce tali obiettivi.

Gli obiettivi strategici aziendali sono incardinati in specifiche linee strategiche in cui si esplica la missione dell'ASP di Enna; all'interno delle predette linee strategiche, la Direzione Generale, dunque, individua gli obiettivi strategici,

formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore.

Sulla base delle predette aree strategiche, è stato ritenuto dalla Direzione perseguire i seguenti obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e costituenti anche obiettivi di valore pubblico.

Gli obiettivi strategici di valore pubblico della performance aziendale, che vengono trasfusi nella sezione 2.2. Performance del PIAO, rappresentano anche il collegamento con alcune delle misure di prevenzione, individuate ed elaborate in sede di mappatura dei processi e delle attività delle Unità Operative dell'ASP. La sezione 2.2. Performance, pertanto, è strettamente coordinata con la Sezione di programmazione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO.

Attraverso la realizzazione della predetta integrazione e coordinamento tra la due sezioni è valorizzata anche l'interazione con l'OIV, i sistemi di controllo di gestione di misurazione della Performance, laddove alcune misure oggetto dell'integrazione in esame costituiscono elementi per il controllo di gestione, che sarà costruito, così come avverrà per la misurazione della Performance, tenendo anche conto del coordinamento tra le Sezioni del PIAO in argomento.

Inoltre, come hanno previsto gli Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022 dell'ANAC, quale modalità di coordinamento ed integrazione tra le sottosezioni dello stesso, sono da citare la partecipazione attiva dell'Ufficio del RPCT alle riunioni di coordinamento o di tavoli tecnici con i responsabili degli uffici dell'amministrazione, che si sono occupati e si occupano dell'elaborazione delle sezioni del Piano, orientata alla duplice funzione di strumento concreto per la gestione del rischio corruttivo e di elemento di efficace supporto alla creazione di valore pubblico.

La valutazione di impatto del contesto esterno

In riferimento all'analisi del contesto, l'ANAC nella Determinazione n.12/2015 ha così affermato: *"La prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto, attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione o dell'ente per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali, o per via delle caratteristiche organizzative interne."* (p. 16).

L'analisi del contesto esterno ha lo scopo di evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi.

L'ambito territoriale-aziendale dell'ASP comprende l'intero Libero Consorzio Comunale di Enna, di cui fanno parte i comuni di Enna e il Comune di Capizzi della Città Metropolitana di Messina. Il Libero Consorzio Comunale di Enna si disloca su un territorio collinare e montuoso che ne fa una delle più articolate realtà dell'entroterra siciliano. Enna, per la sua naturale consistenza territoriale, si confronta con gravi problemi determinati da carenze infrastrutturali che isolano l'intero territorio provinciale, collocandolo distante dalle grandi reti regionali e nazionali. Debolezza, quest'ultima, accentuata da una configurazione orografica di spiccata valenza ambientale-paesaggistica, ma variamente accidentata.

L'inquadramento del contesto esterno all'ASP ha l'obiettivo di porre in evidenza le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Azienda opera in quanto ciò rappresenta il modo più utile al fine di comprendere le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni a cui le persone che nella stessa operano possono essere soggette; consentendo, conseguentemente, di indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio.

L'ANAC ha elaborato e pubblicato nel 2022 gli "Indicatori di contesto" grazie ai quali è possibile considerare dati oggettivi, pertinenti rispetto al territorio e/o al settore in cui l'amministrazione opera ed in grado di rappresentare in modo chiaro le caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio in cui l'amministrazione opera, al fine di comprendere quali elementi possono incidere sull'esposizione al rischio corruttivo.

L'analisi di contesto si articola in diciotto indicatori elementari raccolti in quattro domini tematici, quali istruzione, economia, capitale sociale e criminalità:

"La scelta dei domini è stata guidata dalle relazioni tra il fenomeno corruttivo e una serie di fattori culturali, giuridici, economici, sociali, politico-istituzionali che possono influire sulla sua diffusione e persistenza individuate dalla letteratura economica" (Treismann, 2000; Lambsdorff, 2006; Dimant e Tosato, 2018; Aidt, 2019).

Per ciascuno dei domini è stato calcolato un indice composito e i quattro indicatori tematici sono sintetizzati, combinandoli, in un ulteriore indice composito. Questo Indice composito degli indici compositi di dominio fornisce quindi una misura sintetica altamente informativa su alcune caratteristiche del fenomeno nel suo insieme. Il livello territoriale considerato è la provincia e la serie storica degli indicatori elementari va dal 2014, l'anno base di riferimento, al 2017". (ANAC, "Scheda Indicatori di Contesto").

I dati e gli indicatori vengono resi disponibili attraverso dashboards (cruscotti) che consentono l'analisi di contesto. Grazie alla visualizzazione del cruscotto messa a disposizione nel sito ANAC è possibile rappresentare in modo chiaro le caratteristiche culturali, giudiziari, economiche e sociali anche del territorio di Enna. (ANAC, "Dashboard Indicatori di Contesto").

Gli indici compositi per ciascun dominio sintetizzano il rischio di corruzione a livello provinciale e possono variare da 70 a 130, a livelli più elevati è associato un maggiore rischio di corruzione.

L'analisi del contesto esterno in cui opera l'Asp di Enna risulta essere caratterizzato da livelli elevati di un maggior rischio di corruzione nei quattro domini tematici dell'istruzione, dell'economia, del capitale sociale e della criminalità. In quest'ultimo settore, il più elevato tra tutti, è da riscontrare il livello più alto in particolare per i reati contro il patrimonio e l'economia pubblica e gli altri reati contro la PA. A tal riguardo, l'ANAC nella "Scheda Indicatori di Contesto" spiega che: "...L'indicatore misura il numero dei procedimenti penali in rapporto alla popolazione (tasso per 100.000 abitanti), avviati per altri reati contro la PA e considera i delitti in cui la fattispecie giuridica contempla uno "scambio" che costituisce un elemento esterno/fattuale che fa da contesto del reato...." (ANAC, "Dashboard Indicatori di Contesto").

L'ANAC ha anche elaborato gli indicatori di rischio corruttivo negli appalti prendendo in considerazione gli acquisti di tutte le amministrazioni localizzate su base provinciale e distinti per oggetto contrattuale, settore e anno di pubblicazione degli acquisti. I dati e gli indicatori resi disponibili attraverso dashboards (cruscotti) fanno rilevare

un'alta soglia di rischio nel territorio della provincia di Enna relativamente agli indicatori:

16. Addensamento sotto soglia v1

Rileva la frazione di contratti di importo compreso tra 37.500 e 40.000 € rispetto al numero di contratti di importo compreso tra 30.000 e 37.500 €.

17. Addensamento sotto soglia v2

Rileva la frazione di contratti di importo compreso tra 20.000 e 40.000 € rispetto al numero di contratti di importo superiore a 40.000 €.

Il settore pubblico risulta essere tra i più permeabili al rischio corruttivo. L'Asp di Enna, che è chiamata a gestire un ambito nevralgico del settore pubblico, quello sanitario per tutto il territorio provinciale, rappresenta uno tra gli ambiti più esposti e vulnerabili ad un'indebita ingerenza di pratiche corruttive che ostacolano i processi d'ammodernamento e trasparenza della pubblica amministrazione.

Tali considerazioni sulle caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera sono state valutate come importante indicatore di rischio corruttivo dei processi da mappare.

La valutazione di impatto del contesto interno

Per la descrizione dimensionale e organizzativa si rinvia al paragrafo [Contenuti generali dell'organizzazione](#) della sezione generale.

In relazione alle risorse finanziarie, la Direzione Strategica procede alla definizione degli obiettivi raccordandosi con la UOC Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale per la determinazione dell'impatto economico degli stessi sul bilancio. Con riferimento alle risorse finanziarie a disposizione dell'Azienda, in atto sono disponibili i dati per l'anno 2024 per il quale è stata adottata la previsione economica, giusta Delibera n. 563/2024. Dall'analisi dei documenti di che trattasi è da rilevare che le risorse finanziarie a disposizione dell'Azienda, stimate quale Totale Valore della Produzione per l'esercizio 2024, ammontano a € 406.796.408. Sono disponibili, inoltre, i dati del 2023 e 2022 rilevabili dalla documentazione allegata alla Delibere n. 898/24 e n. 1032/23, di adozione del Bilancio di esercizio al 2023 e 2022, che espongono i valori della produzione rispettivamente di € 413.264.775 per il 2023 e di € 399.285.308 per il 2022. Dunque, il trend storico delle risorse finanziarie di cui l'Azienda dispone è di circa € 400 milioni.

Naturalmente, ai fini del monitoraggio del rischio corruttivo, è necessario porre attenzione all'attività ovunque erogate e riconducibile all'Azienda, sia per gli interessi economici che vi sottostanno, sia per l'impatto sulla salute del cittadino qualora dette strutture non dovessero rispettare gli standard assistenziali previsti dalle normative di settore.

Altresì, per ottimizzare il lavoro di predisposizione della presente sezione del PIAO, nel definire il contesto interno, è da evidenziare un'analisi aggiornata svolta in occasione della definizione della pianificazione della performance sulla nuova riorganizzazione dei servizi, i processi di razionalizzazione delle procedure che determinano il fabbisogno di nuove posizioni professionali e il potenziamento di altre già presenti che l'Azienda esprime nel Piano del Fabbisogno triennale, al fine di perseguire le scelte strategiche di politica sanitaria indicati nel presente Piano.

Oltre l'analisi, è stata svolta nel presente paragrafo la valutazione se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo, in maniera tale da effettuare la valutazione dell'impatto del contesto interno in termini di condizionamenti impropri che potrebbero esserci sull'attività dell'amministrazione o ente.

I condizionamenti possono rappresentare intanto eventi rischiosi che favoriscono dinamiche improprie nella gestione delle istruttorie con conseguente influenza sull'esito finale. Infatti, gli eventi rischiosi si possono concretizzare in varie forme di condizionamento della fase istruttoria per pressioni esterne, come per la presenza di eventuali interessi privati, ovvero nella non corretta e adeguata valutazione ai fini istruttori delle condizioni di ammissibilità, dei requisiti di legittimazione, come nel caso di sottesi legami tra utente/istante e dipendente/responsabile del procedimento aziendale, o infine tali condizionamenti si possono manifestare nel caso dell'elevata discrezionalità da parte del dipendente/responsabile del procedimento.

Ogni singolo condizionamento improprio che può concretizzarsi in un evento rischioso per l'attività aziendale è stato attentamente analizzato e descritto nei "Possibili eventi rischiosi" delle "Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche." (All. 1), allegate alla presente sezione ed alle quali è fatto espresso rinvio.

Tenuto conto dell'impatto organizzativo, l'identificazione e la programmazione delle misure sono avvenute con il più ampio coinvolgimento dei soggetti cui spetta la responsabilità della loro attuazione, anche al fine di individuare le modalità più adeguate in tal senso. La programmazione delle misure consente così di creare una rete di responsabilità diffusa rispetto alla definizione e attuazione della strategia di prevenzione della corruzione, principio chiave perché tale strategia diventi parte integrante dell'organizzazione e non diventi fine a se stessa.

Il RPCT e l'ufficio del RPCT hanno partecipato alle riunioni o tavoli tecnici con i responsabili degli uffici dell'amministrazione che si occupano dell'elaborazione delle sezioni del Piano, orientata ad avviare o realizzare, per quanto possibile con riferimento agli obiettivi di valore pubblico, una mappatura integrata volta a realizzare una pianificazione integrata fra le varie sezioni del PIAO.

Nell'analisi del contesto interno, di fondamentale importanza, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa dell'Azienda, è la **mappatura dei processi**, attraverso i quali si svolge l'attività aziendale nell'ambito della struttura organizzativa, consistente nell'individuazione e nell'analisi degli stessi come, intanto, quelli suggeriti dall'ANAC: *processi interessati dalla gestione di risorse finanziarie (PNRR)*,

quelli oggetto di obiettivi di performance, quelli connotati da un ampio livello di discrezionalità, quelli con impatto socio-economico, quelli risultati ad elevato rischio in relazione a fatti corruttivi pregressi o dal monitoraggio svolto.

Per la mappatura dei processi si è tenuto conto degli esiti del monitoraggio sul piano dell'anno precedente, la verifica sulle schede compilate e delle informazioni inerenti le misure di prevenzione attuate, ha permesso di implementare il coordinamento del Responsabile con i referenti delle Unità Operative per acquisire elementi conoscitivi sulle criticità riscontrate in un'ottica di dialogo e di miglioramento continuo della mappatura dei processi e di approfondimento dei processi che afferiscono ad aree in cui si sono verificati fenomeni di maladministration.

Da qui la necessità e l'obbligatorietà di un coinvolgimento ed una partecipazione sostanziale di tutti i Dirigenti/referenti delle UO coinvolte nelle attività mappate, chiamati ad essere "attori" del sistema di gestione del rischio.

Le "Schede di mappatura dei processi e delle attività individuazione dei comportamenti a rischio valutazione del rischio programmazione delle misure specifiche" All. 1 risultano aggiornate tenendo conto delle indicazioni metodologiche di cui al PNA 2022 ed al PNA Aggiornamento 2023. La mappatura di processi che afferiscono all'area di rischio "Contratti pubblici", ha visto, infatti, l'elaborazione di misure adattate alla realtà organizzativa di queste Amministrazioni e predisposte nel rispetto di quanto contenuto nella Tabella 12 del sopracitato PNA 2022 e della Tabella 1 del PNA Aggiornamento 2023.

La mappatura dei processi

Nel rispetto delle nuove indicazioni metodologiche, si è proceduto all'approfondimento e all'aggiornamento della totalità dei processi afferenti tutte le aree di rischio relative all'attività aziendale. Per procedere all'identificazione degli eventi a forte rischio corruttivo si sono tenuti in considerazione i dati relativi al contesto interno ed esterno.

In primo luogo, la mappatura dei processi ha preso le mosse dalla cd. "analisi dei fattori abilitanti della corruzione", ossia quei fattori di contesto che possono, in qualsiasi modo, indurre o agevolare il verificarsi di comportamenti o fatti corruttivi.

Nella fase successiva per il trattamento del rischio, sono state "segregate", anche sotto il profilo della tempistica degli adempimenti e mediante un susseguirsi di azioni che indicano il percorso da seguire, le fasi obbligatorie da rispettare nell'iter del processo amministrativo da portare a compimento soprattutto in relazione ai processi amministrativi ritenuti più sensibili.

A fini esemplificativi è suggerito ai responsabili di struttura di evitare di far persistere per lungo tempo in capo allo stesso soggetto la responsabilità di uno specifico processo e in alternativa di attuare un adeguato affiancamento; è suggerito di snellire il più possibile la fase procedurale in linea con la semplificazione amministrativa e dunque con l'attuazione del principio di trasparenza; ma anche è proposto di evitare di sottostimare la possibilità del verificarsi del rischio che non consentirebbe di attivare idonee misure di prevenzione e di porre attenzione alle competenze ed al grado di formazione del personale preposto nei settori più a rischio.

Al fine di adeguare la presente sezione alle nuove indicazioni metodologiche si è adottato, per la valutazione del rischio, un approccio di tipo qualitativo e non quantitativo. Pertanto tutte le schede di mappatura presentano dei valori qualitativi e non numerici, che tengono conto del livello di esposizione al rischio di un evento di corruzione. Una compiuta valutazione qualitativa del rischio, per tutti i processi mappati, avviene di concerto con i responsabili delle strutture durante i monitoraggi.

La mappatura dei processi e l'analisi dei possibili eventi corruttivi nelle aree di rischio sono stati esposti nelle **"Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche dell'ASP di Enna"**, Allegato 1 del presente PIAO. È stato ritenuto fondamentale mappare sicuramente i processi

che coinvolgono la spendita di risorse pubbliche, l'ampio livello di discrezionalità di cui gode l'amministrazione, il notevole impatto socio economico rivestito anche in relazione alla gestione di risorse finanziarie a cui vanno ricondotti i processi relativi ai contratti pubblici, senza tralasciare l'evenienza di altri processi specie di rilievo, quali per esempio eventuali processi per il raggiungimento degli obiettivi del PNRR e dei fondi strutturali. Infatti, i processi elencati nelle citate Schede non rappresentano un elenco chiuso e definitivo, ma sono in continuo divenire in relazione ad una sempre più analitica e approfondita descrizione dei processi nei cicli annuali di gestione dei rischi corruttivi. Infatti, solo tramite i vari approfondimenti gradualmente è stato possibile aggiungere, nelle annualità che si sono susseguite, elementi nuovi ed utili a raggiungere la completezza della descrizione dei processi.

La valutazione del rischio di corruzione ed illegalità compiuta nel triennio precedente viene confermata nelle sue linee generali, tuttavia, si è proceduto ad aggiornare ed approfondire, in linea con le nuove indicazioni metodologiche di cui al PNA 2022, la mappatura di quei processi che afferiscono ad aree di rischio e le misure con focus sui processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico.

Gli Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022 dell'ANAC hanno esposto nove Focus nella Sezione III – Spunti per trattare un'area a rischio: i contratti pubblici, volti a dare evidenza alle fasi di processo estremamente sensibili, e per le quali vanno pertanto calibrate adeguate misure preventive, incentrando l'attenzione a titolo esemplificativo su una delle aree più significative: quella dei contratti pubblici.

Inoltre, i contenuti di questa Sezione e le "Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche" risultano adeguati alle indicazioni fornite dall'Autorità nei sopraccitati PNA '22, al fine di tenere conto dei summenzionati elementi di rilievo forniti dall'ANAC.

Il D.M. del 24/06/22 richiede, inoltre, che la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività espongono l'amministrazione a rischi corruttivi, contenga un focus sui processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico.

La specifica mission istituzionale dell'ASP di Enna ha comportato la necessità di focalizzare una particolare

attenzione all'interno dell'Amministrazione sulla mappatura di alcuni processi squisitamente connessi alla predetta mission.

Ciò ha implicato dovere prendere in considerazione nella mappatura dei processi anche quelli correlati agli obiettivi di valore pubblico, presidiandoli con misure di prevenzione della corruzione.

La prevenzione della corruzione è dimensione del valore pubblico nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione (la cosiddetta "maladministration") e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza. La prevenzione della corruzione contribuisce, dunque, alla produzione di valore pubblico, anche orientando correttamente l'azione amministrativa.

L'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

Ai sensi della Legge n. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” l’Azienda Sanitaria Provinciale di Enna adotta la presente sezione in funzione della programmazione da parte delle pubbliche amministrazioni delle misure per contenere i rischi corruttivi individuati.

Considerato che la finalità della Legge n. 190/2012 è quella di prevenire condotte anche solo prodromiche ai reati di corruzione, la sezione anticorruzione del PIAO mira a fornire una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e di stabilire gli interventi organizzativi e formativi volti a prevenire il medesimo rischio e individuare le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto alla corruzione.

In questo contesto il concetto di corruzione deve essere inteso in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell’attività amministrativa, si riscontri l’abuso, da parte di un soggetto, del potere a lui affidato al fine di ottenere indebiti vantaggi privati (per se o per altri).

Le situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie delle fattispecie penalistiche disciplinate dal Codice Penale, Libro II, Titolo II recante i Delitti contro la Pubblica Amministrazione (artt. 318-323) e dagli artt. 328 e 346-bis comprendendo anche le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, si verifichi un malfunzionamento dell’amministrazione a causa dell’uso improprio delle funzioni attribuite ai soggetti operanti in nome e per conto dell’Azienda, quale che sia la qualifica ricoperta.

Infatti, per eventi corruttivi devono intendersi non solo i fatti penalmente rilevanti, ma occorre considerare, ai fini della prevenzione della corruzione, anche condotte, situazioni, condizioni, organizzative ed individuali - riconducibili anche a forme di cattiva amministrazione - che potrebbero essere prodromiche ovvero costituire un ambiente favorevole alla commissione di fatti corruttivi in senso proprio. (Cfr. PNA 2019, parte I, par. 2).

Il processo di gestione del rischio di corruzione si articola in tre fasi secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento:

1. Analisi del contesto sia esterno sia interno in cui l’ASP opera;
2. Valutazione del rischio mediante la sua identificazione, la sua analisi e la ponderazione;

3. Trattamento del rischio, attraverso l’identificazione e la programmazione delle misure idonee a contrastarlo.

A queste tre fasi se ne affiancano due ulteriori trasversali, la fase di consultazione e comunicazione e quella di monitoraggio e riesame del sistema.

Premessa necessaria, nella disamina delle aree di rischio che in relazione alla natura e alle peculiarità dell’attività aziendale risultano potenzialmente più esposte a rischi corruttivi, è quella di esaminare l’intera attività svolta dall’Azienda Sanitaria Provinciale di Enna.

Il PNA, adottato con delibera ANAC n° 1064/2019 ha rivolto particolare attenzione all’individuazione delle metodologie più idonee per la gestione dei rischi corruttivi ed infatti, l’allegato 1 al PNA fornisce indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del “Sistema di gestione del rischio corruttivo”.

La mappatura dei processi, l’analisi e la valutazione del rischio, infatti, accrescendo la conoscenza dell’amministrazione, consentono di alimentare e migliorare il processo valutazionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili.

Si tratta, nella specie, di indicazioni metodologiche aggiornate, rispetto al PNA 2013 e all’Aggiornamento 2015 al PNA, che rendono l’allegato 1 al PNA 2019 un documento metodologico da seguire nella predisposizione della pianificazione in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza per la parte relativa alla gestione del rischio corruttivo. Mentre, restano validi riferimenti gli approfondimenti tematici (es. contratti pubblici, sanità, istituzioni universitarie, ecc.) riportati nei precedenti PNA.

L’**Allegato 1** sviluppa ed aggiorna alcune indicazioni metodologiche allo scopo di indirizzare ed accompagnare le pubbliche amministrazioni chiamate ad applicare la legge n.190/2012 verso un approccio alla prevenzione della corruzione finalizzato alla riduzione del rischio corruttivo che consenta di considerare la predisposizione della pianificazione come un processo sostanziale e non meramente formale.

La mappatura dei processi si è rivelata un modo efficace per individuare e rappresentare le attività dell’amministrazione e costituisce lo strumento principale ai fini dell’identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi. La mappatura dei processi prende le mosse dalla loro necessaria identificazione cioè dalla rilevazione e classificazione di tutte le attività interne, al fine

di effettuare una catalogazione, in macro-aggregati, delle aree di attività e dei processi ad esse sottese. L'elenco che ne deriva è un aggregato di "aree di rischio" che vengono distinte in generali e specifiche.

Quelle generali sono comuni a tutte le amministrazioni (es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle specifiche riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività da essa svolte. (PNA 2016).

L'individuazione delle aree di rischio ha la finalità di consentire l'emersione delle aree, nell'ambito dell'attività dell'intera Azienda, che debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione. La L. n. 190/2012 ha individuato delle particolari aree di rischio, ritenendole comuni a tutte le amministrazioni, queste aree sono elencate nell'art. 1, comma 16, e si riferiscono ai procedimenti di:

- a) autorizzazione o concessione;
- b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al d.lgs. n. 163 del 2006;
- c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del decreto legislativo n. 150/2009.

La vigente disciplina in materia di prevenzione della corruzione assegna al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, con particolare riferimento alla fase di predisposizione del PTPCT e al monitoraggio.

Questo ruolo di coordinamento non deve, in nessun caso, essere interpretato dagli altri attori coinvolti come un pretesto di deresponsabilizzazione in merito allo svolgimento del processo di gestione del rischio. Al contrario, l'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di tutti soggetti che interagiscono con l'organizzazione aziendale.

Tutte le suddette fasi sono accompagnate da una costante attività di consultazione, comunicazione, monitoraggio e riesame svolta dal RPCT. Da qui la necessità e l'obbligatorietà di una partecipazione sostanziale di tutti i Dirigenti/referenti chiamati ad essere "attori" del sistema di gestione del rischio. Gli esiti dei monitoraggi sono stati analizzati, la verifica sulle schede compilate e delle informazioni inerenti le misure di prevenzione attuate, ha permesso di implementare inoltre un coordinamento del Re-

sponsabile con i referenti delle Unità Operative per acquisire elementi conoscitivi nell'identificazione degli eventi rischiosi più rilevanti.

La metodologia utilizzata per l'analisi dei rischi di corruzione è basata sul principio della prudenza e privilegiando il sistema di misurazione qualitativo, in linea con il processo di analisi e valutazione dei rischi indicato nell'Allegato 1 del PNA 2019 e con quanto realizzato dall'ANAC nella sua Pianificazione.

Tale metodologia cerca di concentrare lo sforzo dei Dirigenti-referenti verso l'acquisizione di conoscenze sul contesto ambientale e operativo delle attività gestite, in quanto un adeguato livello di consapevolezza del contesto di minaccia che grava sulle singole Unità Operative costituisce un presupposto per l'attività di contrasto della corruzione. Altresì, questo approccio mette nelle condizioni il RPCT di verificare, attraverso le attività di monitoraggio, la presenza di minacce di corruzione, la probabilità che queste si verifichino e l'impatto che possono avere sull'amministrazione e stakeholders (cittadini, utenti, operatori economici,...).

E' stata ricercata la collaborazione degli uffici competenti dell'intera struttura in relazione alle attività descritte nei singoli processi anche rendendo agevole l'identificazione degli eventi rischiosi. Come base sulla quale operare, è stata conservata l'organizzazione delle matrici di mappatura ed articolate nelle "Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche", dalle quali è possibile evincere tutte le informazioni concernenti i processi, nonché l'identificazione, l'analisi, la valutazione ed il trattamento del rischio.

All'interno delle summenzionate Schede sono stati individuati i "Possibili eventi rischiosi", tesORIZZANDO quanto contenuto nelle precedenti pianificazioni e recependo quanto emerso lungo il processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti alle pianificazioni e di monitoraggio delle stesse nella fase di applicazione, grazie all'azione sinergica del RPCT e dei singoli Dirigenti-Referenti. Inoltre, sono state considerate ulteriori fonti informative disponibili al fine di identificare i rischi corruttivi, quali episodi di corruzione e di cattiva gestione, indicazioni, esemplificazioni elaborate dall'Autorità.

Come stabilito nell'Allegato 1 del PNA 2019 la formalizzazione dei possibili eventi rischiosi è stata fatta tramite la predisposizione di un catalogo dei rischi nelle citate Schede, dove per ogni processo è stata riportata l'individuazione e la descrizione di specifici e dettagliati eventi rischiosi e dei fattori abilitanti, cioè quei fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fattori di corruzione, quali ad esempio mancanza di controlli, mancanza di trasparenza, scarsa responsabilizzazione.

L'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti consente di individuare i fattori che aiutano il verificarsi di eventi di corruzione e prepara la successiva predisposizione delle misure specifiche di trattamento, che devono essere la risposta più efficace per prevenire i rischi.

Alle fine, l'analisi è stata orientata alla valutazione del rischio. Con riferimento alla stima del livello di esposizione al rischio, è importante orientarne l'analisi, sia verso i processi, che verso il singolo evento rischioso, che è stato identificato nella fase precedente, al fine di individuare correttamente i processi, le attività del processo e le misure di trattamento del rischio.

L'analisi del livello di esposizione è avvenuto nelle "Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche" allegate alla presente sezione, in linea con quanto realizzato dall'ANAC nella sua pianificazione, preso come riferimento di best practice.

Il valore finale del livello di esposizione è stato calcolato come il prodotto della probabilità dell'evento per l'intensità del relativo impatto: $\text{Rischio} = \text{Probabilità} \times \text{Impatto}$. Dove la Probabilità è una valutazione di sintesi rappresentante la probabilità di accadimento dell'evento attraverso una scala crescente su cinque valori: molto bassa, bassa, media, alta e altissima, raccogliendo tutte le informazioni pervenute, sia di natura oggettiva (ad esempio, eventi di corruzione accaduti), che di natura soggettiva (ad esempio, potenziali motivazioni dei soggetti che potrebbero attuare azioni corruttive).

Tra alcuni indicatori utilizzati per la stima del livello di rischio, riportati come esempio di seguito nel Box 9

dell'Allegato 1 del PNA 2019, alcuni di sicura evidenza oggettiva sono stati utilizzati nei processi valutativi specifici della Probabilità.

L'Impatto, invece, è valutato calcolando le conseguenze che l'evento di corruzione produrrebbe sull'amministrazione (in termini di reputazione e credibilità istituzionale, qualità e continuità amministrativa, impatto economico ...) e sugli stakeholders (per il degrado del servizio reso a causa del verificarsi dell'evento corruttivo), declinando la scala crescente su due possibili valori: alto e altissimo, in considerazione del fatto che qualunque evento di natura corruttiva avrebbe per l'Azienda un impatto cruciale.

Poiché la metodologia di calcolo si basa sul prodotto dei valori dei due fattori: la Probabilità e l'Impatto, tale prodotto ha come possibile esito tre valori finali del livello di esposizione: medio, alto e altissimo, che richiedono un adeguato trattamento in termini di mitigazione del rischio con idonee misure preventive.

La fase relativa al trattamento del rischio è tesa a individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. Occorre, ora, individuare adeguate misure di prevenzione della corruzione che sono efficaci nell'azione di mitigazione del rischio, che sono sostenibili da un punto di vista economico ed organizzativo e che sono, infine, adattate alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

Box 9 – Esempi di indicatori di stima del livello di rischio dell'Allegato 1 del PNA 2019

- livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;

La progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Individuati i rischi corruttivi le amministrazioni programmano le misure sia generali che specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati, privilegiando le misure volte a raggiungere più finalità, prime fra tutte quelle di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità.

La Sezione I – “Scelta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza” degli Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022 dell’ANAC ha richiesto che l’apposita sezione del PIAO, contenga misure per affrontare una temporanea assenza del RPCT, come ad esempio una procedura organizzativa interna che, sulla base di criteri stabiliti, permetta di individuare in modo automatico il sostituto del RPCT per il periodo di assenza imprevista.

Al fine di adeguare i contenuti di questa sezione alle indicazioni fornite dall’Autorità, è stato ritenuto doveroso prestabilire il seguente criterio utile ad individuare il sostituto del RPCT al fine di affrontare l’evenienza di un periodo di assenza imprevista dello stesso. Pertanto, a sostituire il RPCT sarà un dipendente nominato dalla Direzione Generale con un apposito provvedimento.

Sono illustrate di seguito le modalità di interlocuzione, per la predisposizione delle misure di prevenzione, tra il RPCT e gli uffici interni all’amministrazione, ivi inclusi i referenti, come hanno previsto gli Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022 dell’ANAC.

Sia in fase di mappatura dei processi, che in fase di individuazione dei comportamenti potenzialmente a rischio è stata analizzata in ogni sua parte l’attività amministrativa svolta, comportandone una rappresentazione di alcune misure di prevenzione di carattere specifico riconducibili alle diverse specificità dell’Unità operative. Infatti, le matrici di mappatura contengono un numero significativo di misure di carattere specifico, progettate in modo adeguato rispetto allo specifico rischio, valutandone il miglior rapporto costi benefici e la sostenibilità dal punto di vista economico e organizzativo.

In tale contesto, seguendo le indicazioni di cui al PNA 2019 ed al PNA 2022, è stato ritenuto razionalizzare e mettere a sistema le misure al fine di rispettare gli obiettivi programmati, avvalendosi, in primis, degli esiti del monitoraggio del Piano dell’anno precedente per la definizione della programmazione per il triennio successivo.

Gli esiti del monitoraggio consentono di identificare l’elemento organizzativo di base (processo) dell’attività dell’amministrazione da sottoporre a maggiore attenzione.

La rilevazione e l’analisi prima e il monitoraggio poi dei processi non appesantiscono il sistema, ma rappresentano strumenti attraverso il quale l’amministrazione misura, controlla e migliora se stessa.

La Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 2025-2027 dell’ASP di Enna sono state oggetto di rendicontazione semestrale, al fine di verificare la corretta applicazione delle misure predisposte e la reale efficacia delle stesse in termini di prevenzione del rischio di fenomeni corruttivi o di mala gestione ed attraverso l’attuazione di condizioni che ne rendano più difficile la realizzazione. Le operazioni di monitoraggio si sono svolte in forma partecipata, con la supervisione del RPCT, grazie al contributo dei Dirigenti referenti, Responsabili delle Unità Operative. Il sistema di monitoraggio si è avvalso del monitoraggio delle UPD sui procedimenti disciplinari e dell’applicazione concreta, statisticamente significativa, degli articoli del Codice di Comportamento maggiormente violati.

Per l’anno 2024 sono state predisposte le “**Schede di rendicontazione delle misure specifiche dell’ASP di Enna - Monitoraggio semestrale**” per una maggiormente percepibile lettura, in termini di immediatezza, di facilità di riscontro e con la finalità di semplificare e di ottimizzare il sistema di gestione e monitoraggio del rischio.

Le nuove Schede sono collegate alla Scheda di mappatura e con colonne, contenenti nello specifico, la colonna denominata “Attuazione”, volta ad acquisire le informazioni relative alla rendicontazione dello stato dei processi, utili anche a manifestare nella colonna successiva le possibili e diverse cause di mancata adozione delle misure specifiche da attuare. La struttura della Scheda di rendicontazione citata è completata infine con una domanda volta a comprendere come le misure specifiche, se attuate, abbiano inciso sull’impatto-effetto positivo-negativo-neutrale delle misure stesse.

Sono state, altresì, predisposte le “Schede di rendicontazione delle misure generali – Monitoraggio semestrale”, indirizzate all’applicazione delle misure generali per le quali il Dirigente Referente ha indicato l’effettuazione degli adempimenti delle stesse, nel rispetto delle fasi e dei tempi di attuazione nonché del risultato atteso

ed il giudizio positivo, negativo o neutrale, dell'incidenza delle suesposte misure.

Gli esiti dei monitoraggi sono stati analizzati dal RPCT, la verifica sulle schede compilate e delle informazioni inerenti le misure di prevenzione attuate, ha permesso di implementare inoltre un coordinamento del Responsabile con i referenti delle Unità Operative, intervenendo con indicazioni, note scritte, tavoli tecnici e riunioni nelle ipotesi di non conformità, per meglio chiarire le misure programmate e per acquisire elementi conoscitivi sulle criticità riscontrate in un'ottica di dialogo e di miglioramento continuo.

Da una lettura comparativa dei documenti di rendicontazione è da rilevare una costante e continua attività di prevenzione della corruzione svolta; in alcuni casi le misure si presentano ben strutturate e recepite, in altri, sebbene non ancora realizzate compiutamente, risultano in via di progressiva definizione. I fattori che hanno favorito il buon funzionamento del sistema sono stati: la capacità diagnostica del rischio di corruzione e l'esame e verifica in concreto dello stato di attuazione e dell'appropriatezza delle strategie di contrasto approntate.

Altresì, è stata effettuata anche attività di coordinamento nel mettere in atto l'attività formativa continua nei confronti dei referenti delle Unità Operative, volta ad una corretta comprensione degli adempimenti relativi la rendicontazione semestrale, ai processi di gestione del rischio ed agli obblighi di trasparenza.

Tra i fattori che hanno ostacolato l'azione di impulso e di coordinamento del RPCT è da rilevare a volte un atteggiamento di chiusura da parte dei Dirigenti Referenti circa il proprio ruolo nell'attuazione delle misure con particolare riferimento alla valutazione delle proprie competenze nell'ambito delle misure generali.

Tenuto conto dell'impatto organizzativo, l'identificazione e la programmazione delle misure sono avvenute con il più ampio coinvolgimento dei soggetti cui spetta la responsabilità della loro attuazione, anche al fine di individuare le modalità più adeguate in tal senso. La programmazione delle misure consente così di creare una rete di responsabilità diffusa rispetto alla definizione e attuazione della strategia di prevenzione della corruzione, principio chiave perché tale strategia diventi parte integrante dell'organizzazione e non diventi fine a se stessa.

Sulla base del principio che la pianificazione anticorruzione delle amministrazioni devono consentire la personalizzazione della strategia di prevenzione le "Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche dell'ASP di Enna", allegate alla presente sezione, contengono un numero significativo di misure specifiche, proprio in quanto tali misure costituiscono il rimedio ritenuto più efficace ai fini del contrasto alla corruzione. Si è svolta una attenta

verifica in merito alla loro idoneità a neutralizzare i fattori abilitanti degli eventi a rischio descritti all'interno delle summenzionate Schede.

Inoltre, la specifica mission istituzionale dell'ASP di Enna ha comportato la necessità di focalizzare una particolare attenzione all'interno dell'Amministrazione su alcune delle misure di carattere generale volte alla realizzazione degli obiettivi strategici. Al fine di evitare di effettuare elaborazioni che rimanessero una previsione astratta, sono state predisposte "**Schede di programmazione delle misure generali**".

Sia le Schede di programmazione delle misure specifiche che quelle delle misure generali sono state elaborate su una matrice secondo quanto suggerito nel paragrafo "**5.2 PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE**", dell'**ALLEGATO 1** "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" del PNA 2019 e del paragrafo 3.1.3 del PNA 2022.

Le misure organizzative del PNA 2022, opportunamente progettate e scadenzate a seconda delle priorità rilevate e delle risorse a disposizione e che riportano le seguenti informazioni:

- tipologia misure;
- fasi e tempi di attuazione; indicatori di attuazione, necessari per misurare il livello di realizzazione della misura;
- valore target: ovvero l'obiettivo che è prefisso nell'applicazione della misura;
- soggetto responsabile: ovvero colui che è responsabile dell'attuazione.

È stata, poi, dedicata una particolare attenzione alla definizione degli indicatori di attuazione previsti per ciascuna misura e sono stati poi individuati i corrispondenti valori target; in conclusione si è proceduto, quindi, a redigere Schede di programmazione delle misure generali che contengono la ricognizione delle misure di prevenzione appunto di carattere generale.

Nel paragrafo "*2. Profili critici che emergono dalle deroghe introdotte dalle recenti disposizioni legislative*" del PNA 2022 e nel paragrafo "*4. Esempificazione di rischi corruttivi e di misure di contenimento alla luce del nuovo quadro normativo*" del PNA Aggiornamento 2024 è stata riconosciuta l'importanza di presidiare con misure di prevenzione della corruzione tutti gli affidamenti in deroga ed ordinari alla luce delle disposizioni normative richiamate nello stesso.

Pertanto sono state elaborate misure, adattando alla realtà organizzativa di questa Amministrazioni quanto contenuto nella Tabella 12 del sopracitato PNA 2022, dove sono state identificate, per i principali istituti incisi dalle norme, possibili criticità e misure per mitigarle.

Le misure di carattere generale, esposte **nelle allegate "Schede di programmazione delle misure generali"**

– Allegato 3” e presentate di seguito, hanno una natura di strumenti ad applicazione generalizzata e di governo di sistema ed incidono trasversalmente sull’apparato complessivo della prevenzione della corruzione.

Whistleblowing

E’ da rilevare, intanto, che una misura posta in essere al fine di garantire la tutela del buon andamento della pubblica amministrazione e nella specie la costante implementazione delle strategie volte alla prevenzione della corruzione e dell’illegalità è stata la predisposizione di un applicativo informatico accessibile in evidenza sulla home page del sito istituzionale aziendale “Segnalazione illeciti” che consente di incentivare le segnalazioni relative a fenomeni corruttivi, tutelando i dipendenti che segnalano condotte illecite delle quali vengono a conoscenza in ragione della propria attività lavorativa, garantendo la riservatezza dell’identità e la protezione da eventuali misure ritorsive adottate dalle amministrazioni a causa delle segnalazioni.

Il Codice di comportamento

Tra le misure di prevenzione della corruzione i Codici di comportamento rivestono nella strategia delineata dalla l. 190/2012 un ruolo importante, costituendo lo strumento che, più di altri, si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell’interesse pubblico. È noto come la corruzione sia spesso causata da un problema culturale, o da assenze di conoscenze delle regole di comportamento, pertanto per incidere su tali tipologie di fattori è utile adoperare misure di sensibilizzazione e di promozione.

Il Codice si caratterizza per un approccio concreto tale da consentire al dipendente di comprendere con facilità il comportamento eticamente e giuridicamente adeguato nelle diverse situazioni critiche, individuando modelli comportamentali per i vari casi e fornendo i riferimenti ai soggetti interni all’amministrazione per un confronto nei casi di dubbio circa il comportamento da seguire.

La presente misura di prevenzione non può essere considerata come compito esclusivo del RPCT, ma è principale responsabilità di ogni Dirigente che, in quanto competente nella vigilanza della applicazione del Codice di comportamento (art. 15 D.P.R. 62/13) ed essendo a conoscenza dei processi e delle rispettive attività della propria Unità, è il soggetto idoneo ad individuare obiettivi individuale volti a prevenire e a contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto del codice da parte dei dipendenti della struttura cui sono preposti.

La Trasparenza

A seguito dell’entrata in vigore del Decreto legislativo n. 33/2013, così come modificato dal Decreto Legislativo n. 97 del 2016, recante norme in materia di “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico

e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”, questa amministrazione ha posto in essere tutte le misure idonee al fine di adeguarsi alla normativa riformata, cui si rimanda in toto.

Ai sensi del disposto dell’art. 10 del d.lgs. n. 33/2013, si è provveduto a rappresentare nella Tabella Obblighi di pubblicazione (All. 2) i flussi per la pubblicazione dei dati, dove sono stati individuati gli obblighi di trasparenza sull’organizzazione e sull’attività dell’ASP di Enna previsti dal d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii., sono identificati gli uffici responsabili dell’elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati, sono definite le tempistiche per la pubblicazione.

Relativamente agli obblighi di pubblicazione, in ossequio con le disposizioni ANAC, è stata allegata alla presente sezione una griglia “Tabella obblighi di pubblicazione”, contenente l’individuazione dei Responsabili della pubblicazione di tutte le informazioni oggetto di obbligo di pubblicazione, questa viene effettuata da ciascun Responsabile di Struttura mediante specifiche credenziali che gli consentono di accedere all’Amministrazione Trasparente del sito aziendale e, dunque, di dare attuazione agli obblighi di pubblicazione che afferiscono alla relativa unità operativa di cui è responsabile.

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 sistema organizzativo volto ad assicurare la trasparenza dell’Autorità, ai sensi del d.lgs. n. 33/2013, si basa sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi Dirigenti cui compete:

- a) l’individuazione e/o elaborazione/trasmissione dei dati e delle informazioni;
- b) la pubblicazione dei dati e delle informazioni entro un determinato termine di scadenza;
- c) il monitoraggio.

Al RPCT è assegnato un ruolo di coordinamento e di monitoraggio sull’effettiva pubblicazione, ma non sostituisce gli uffici, come individuati nell’Allegata Tabella Obblighi di pubblicazione, nell’elaborazione, nella trasmissione, nella pubblicazione dei dati e nel monitoraggio.

In relazione ai dati, informazioni e atti relativi la Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) “Bandi di gara e contratti” dell’allegata “Tabella obblighi di pubblicazione” e da comunicare alla BNCDP o da pubblicare solamente in Amministrazione Trasparente, sono stati individuati nella sopracitata tabella i Dirigenti responsabili dell’elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati, informazioni e atti di che trattasi, come da Delibere ANAC n. 261/23, n. 263/23 e da Delibera ANAC n. 264.23, modificata ed integrata dalla Delibera ANAC n. 601/23.

Con riferimento ad un particolare obbligo di pubblicazione è da riportare che la Sent. della C. Cost. n. 20 del 23.01.2019 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del comma 1-bis dell'art.14 del D.Lgs.33/2013 nella parte in cui prevede che "le PP.AA. pubblicano i dati di cui all'art.14, co. 1 lett.f) del citato decreto, anche dei titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione", al fine di invitare i Responsabili dell'Unità Operativa ad adottare i provvedimenti conseguenti di propria competenza.

L'inconferibilità ed incompatibilità per incarichi dirigenziali

Le disposizioni in materia relative al Decreto Legislativo 39/13 tengono conto dell'esigenza di evitare che lo svolgimento di certe attività possa agevolare la preconstituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali ed incarichi di funzione e, quindi, comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita.

Nel PNA 2019, Delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019 è esposto: "...Si raccomanda alle amministrazioni/enti di prevedere già nel PTPCT adeguate modalità di acquisizione, conservazione e verifica delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013 e di effettuare il monitoraggio delle singole posizioni soggettive, rivolgendo particolare attenzione alle situazioni di inconferibilità legate alle condanne per reati contro la pubblica amministrazione."

L'art. 15 del d.lgs. 39/2013 stabilisce che il RPCT «... 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».

Tenuto conto dell'importanza di presidiare l'attività di conferimento degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni, è stato ritenuto necessario individuare una specifica misura generale tale da garantire l'acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità da parte del destinatario dell'incarico e la successiva verifica.

Il conferimento e l'autorizzazione incarichi ai dipendenti

La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolata dalle disposizioni dell'art. 53 del D.lgs 165/01 che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza allo scopo di evitare

che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali.

Nel PNA 2019, Delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019 è esposto che: "*La l. 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 in ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione ove si consideri che lo svolgimento di incarichi extraistituzionali può determinare situazioni idonee a compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa per favorire interessi contrapposti a quelli pubblici affidati alla cura del dirigente o funzionario. È stato pertanto aggiunto ai criteri per il rilascio dell'autorizzazione quello volto a escludere espressamente situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che possano pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite (art. 53, co. 5 e 7).*"

Presso questa Azienda è vigente il "*Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali*", che disciplina in merito agli incarichi normativamente vietati e ai criteri per l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra istituzionali comprendente anche la procedura per la presentazione della richiesta e il rilascio dell'autorizzazione.

La rotazione straordinaria

L'istituto è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) d.lgs. n. 165/2001, che stabilisce che i dirigenti: "*provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.*"

Nel PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019 è esposto che: "*L'istituto della rotazione c.d. straordinaria è misura di prevenzione della corruzione, da disciplinarsi nel PTPCT o in sede di autonoma regolamentazione cui il PTPCT deve rinviare.*"

E' stato ritenuto necessario, pertanto, individuare tale specifica misura generale tale da garantire la verifica di eventuali procedimenti penali o disciplinari nei confronti del dipendente per condotte qualificabili come corruttive.

La rotazione ordinaria

L'istituto generale della rotazione disciplinata nella legge 190/2012, (c.d. rotazione ordinaria) va distinto dall'istituto della c.d. rotazione straordinaria, previsto dal d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165 (c.d. Testo Unico sul pubblico impiego) all'art. 16, co. 1, lett. l-quater)28.

Nel PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019 è esposto che: "*...La rotazione "ordinaria" del personale è una misura organizzativa preventiva finaliz-*

zeta a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate e l'assunzione di decisioni non imparziali.”.

La programmazione della rotazione richiede soprattutto il forte coinvolgimento di tutti i dirigenti presenti all'interno dell'Azienda e la supervisione del RPCT. Infatti, è fondamentale che la rotazione sia programmata dopo che siano state individuate le aree a rischio corruzione e al loro interno le unità maggiormente esposte a fenomeni corruttivi, tenendo in considerazione la doverosa pluriennalità e gradualità della misura. Tenuto conto dell'importanza della rotazione del personale presso le pubbliche amministrazioni, è stato ritenuto necessario individuare la specifica misura generale tale da garantire l'individuazione degli uffici da sottoporre a rotazione e di un trasparente processo di rotazione.

Al fine di indicare le modalità di coordinamento in questa particolare misura di prevenzione, come stabilito negli Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022 dell'ANAC, il RPCT partecipa alle riunioni di coordinamento o promuove tavoli tecnici, per quanto riguarda la rotazione, con il responsabile dell'amministrazione che si occupa della specifica elaborazione delle sezioni del PIAO che riguardano l'organizzazione e il capitale umano.

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro o divieti post-employment (pantouflage)

Il comma 16-ter dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001 dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali 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.

L'esercizio di poteri autoritativi e negoziali è da riferire in primo luogo ai soggetti che esercitano per conto della pubblica amministrazione tali poteri, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'ente.

Rientrano, però, in tale ambito tutti quei dipendenti per i quali sussiste il rischio di preconstituersi situazioni lavorative favorevoli al configurarsi della fattispecie in esame. In tale senso nel PNA 2019, Delibera ANAC n.

1064 del 13/11/2019 è esposto che: “...Si è ritenuto, inoltre, che il rischio di preconstituersi situazioni lavorative favorevoli possa configurarsi anche in capo al dipendente che ha comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio, attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione (cfr. parere AG/74 del 21 ottobre 2015 e orientamento n. 24/2015). Pertanto, il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.”

L'Autorità ha avuto modo di chiarire che nel novero dei poteri autoritativi e negoziali rientrano sia i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la p.a. sia i provvedimenti che incidono unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari.

Tenuto conto della finalità della norma, può ritenersi che fra i poteri autoritativi e negoziali sia da ricomprendersi l'adozione di atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere (cfr. parere ANAC AG 2/2017 approvato con delibera n. 88 dell'8 febbraio 2017).”

Considerata, quindi, l'importanza dell'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, è stato ritenuto necessario individuare tale specifica misura generale per prevenire il preconstituersi di situazioni lavorative favorevoli all'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro in violazione dei citati divieti post-employment (pantouflage).

Il Conflitto di interessi

Occorre tener presente che le disposizioni sul conflitto di interessi fanno riferimento, sia a situazioni palesi di conflitto di interessi reale e concreto, sia a qualsiasi posizione che potenzialmente possa minare l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale.

La materia del conflitto di interessi è trattata nel Codice Aziendale di Comportamento che stabilisce al comma 3 dell'art. Articolo 9: “Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse”, un importante obbligo di verifica delle dichiarazioni in ordine agli eventuali profili di conflitto di interessi in capo al dirigente responsabile dell'unità operativa o struttura di appartenenza del dipendente.

Nel PNA 2019, Delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019 è previsto che nel PTPCT è opportuno evidenziare in quale modo le citate verifiche devono essere svolte

ed è portata ad esempio, altresì, la misura dell'individuazione del soggetto competente ad effettuare la verifica delle suddette dichiarazioni.

Tenuto conto, quindi, dell'importanza dell'individuazione del soggetto competente ad effettuare la verifica delle dichiarazioni relative al conflitto di interessi, è stato ritenuto necessario individuare tale specifica misura generale di controllo atta a verificare le dichiarazioni rese dal personale e dai collaboratori/ consulenti in servizio presso l'U.O.

La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici: l'art. 35-bis del d.lgs. 165 del 2001

Nel PNA 2019, Delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019 è esposto che: "...*Ai fini dell'applicazione dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e dell'art. 3 del d.lgs. 39/2013 sopra riportati, le pubbliche amministrazioni, gli enti pubblici economici e gli enti di diritto privato in controllo pubblico sono tenuti a prevedere nei PTPCT o nelle misure di prevenzione della corruzione integrative del "modello 231", le verifiche della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:*

- *all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o di commissioni di concorso, anche al fine di evitare le conseguenze della illegittimità dei provvedimenti di nomina e degli atti eventualmente adottati (cfr. Tar Lazio, Sez. I, n. 7598/2019, cit.);*
- *all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001;*
- *all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi specificati all'art. 3 del d.lgs. 39/2013."*

Considerata l'importanza della prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici, è stato ritenuto necessario individuare tale specifica misura generale di acquisizione delle dichiarazioni di inesistenza di condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, previamente alla formazione di commissioni e alle assegnazioni agli uffici, previste alle lettere a), b) e c) dell'art. 35 – bis del D.lgs. 165.

I patti d'integrità

Le pubbliche amministrazioni, in attuazione dell'art. 1, co. 17, della l. 190/2012, possono inserire negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia secondo cui il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

Visto che i protocolli di legalità o patti di integrità hanno la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e a garantire il pieno rispetto del buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici, è stato ritenuto necessario individuare tale specifica misura generale con la quale prevedere che il 100 % delle procedure bandite devono essere corredate da documentazione contenente i protocolli di legalità o patti d'integrità.

La formazione

Tra le misure di prevenzione della corruzione da disciplinare e programmare nell'ambito della sezione anticorruzione rientra la formazione in materie inerenti il rischio corruttivo. L'art. 1, co. 9, lett. b) e c) della L. 190/2012 stabilisce, infatti, che il Piano debba prevedere, per le attività a più elevato rischio di corruzione:

"... b) prevedere, per le attività individuate ai sensi della lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;

c) prevedere, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del responsabile, individuato ai sensi del comma 7, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano..."

E' stato ritenuto fondamentale individuare tale specifica misura generale, con la quale prevedere in caso di richiesta di supporto lo svolgimento da parte dell'ufficio del RPCT di un'attività di formazione rivolta ai Dirigenti-Referenti per la prevenzione della corruzione per l'area di rispettiva competenza, avente ad oggetto sia la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione ed il loro monitoraggio, che gli obblighi di pubblicazione di cui al D.lgs. 33/13, allo scopo di rafforzare la collaborazione delle unità operative nell'attuazione della strategia anticorruzione.

Al fine di indicare le modalità di coordinamento in questa particolare misura di prevenzione, come stabilito negli Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022 dell'ANAC, il RPCT partecipa alle riunioni di coordinamento o promuove tavoli tecnici, per quanto riguarda la formazione, con il responsabile dell'amministrazione che si occupa della formazione e della specifica elaborazione delle sezioni del PIAO che riguardano l'organizzazione e il capitale umano.

Misure di regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari

Tra le misure generali che le amministrazioni è opportuno adottino, l'ANAC ha individuato quelle volte a garantire una corretta interlocuzione tra i decisori pubblici e i portatori di interesse, rendendo conoscibili le modalità di confronto e di scambio di informazioni.

Nel PNA 2019, Delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019 è esposto che: "...L'Autorità auspica sia che le amministrazioni e gli enti regolamentino la materia, prevedendo anche opportuni coordinamenti con i contenuti dei codici di comportamento; sia che la scelta ricada su misure, strumenti o iniziative che non si limitino a registrare il fenomeno da un punto di vista formale e burocratico ma che siano in grado effettivamente di rendere il più possibile trasparenti eventuali influenze di portatori di interessi particolari sul processo decisionale."

A tale riguardo è da evidenziare che il RPCT ha predisposto di concerto con Il Direttore della Farmacia protempore la proposta di Deliberazione opportuna "Regolamento per l'accesso degli informatori scientifici e fornitori di presidi sanitari" e predisposto la relativa Delibera di approvazione.

Visto che le misure di regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari non devono limitarsi a regolare il fenomeno da un punto di vista formale e burocratico ma devono essere in grado effettivamente di rendere il più possibile trasparenti eventuali influenze di portatori di interessi particolari, è stato ritenuto necessario individuare tale specifica misura generale con la quale prevedere un adempimento relativamente all'obbligo di non accettare compensi sotto qualsiasi forma, omaggi o altre utilità da società farmaceutiche, informatori o da chiunque produca, o promuova farmaci o dispositivi medici o ausili prescrivibili agli utenti dell'Azienda, ex articolo 28, comma 1, lettera i) del codice di comportamento.

Il monitoraggio sull' idoneità e sull' attuazione delle misure

Il monitoraggio sull' idoneità e l' attuazione delle misure di prevenzione è una fase fondamentale nel ciclo di gestione del rischio, infatti il monitoraggio ha il ruolo di nodo cruciale del processo di gestione del rischio, volto sia a verificare l' attuazione delle misure di prevenzione programmate, sia a controllare che la strategia programmata abbia un' effettiva capacità di contenimento del rischio corruttivo. Questa attività mette, inoltre, nelle condizioni l' amministrazione di introdurre azioni correttive e di adeguare la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

Come hanno previsto gli Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022 dell' ANAC, sono illustrate di seguito le modalità di collaborazione tra RPCT e gli altri soggetti della struttura per la fase di controllo e monitoraggio sull' attuazione delle misure previste.

Lo sviluppo e l' applicazione delle misure previste nella presente sezione sono il risultato di un' azione sinergica del RPCT e dei singoli Dirigenti-Referenti, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggio della fase di applicazione. Il RPCT e l' ufficio del RPCT hanno partecipato alle riunioni o tavoli tecnici con i responsabili degli uffici dell' amministrazione che si occupano dell' elaborazione delle sezioni del Piano, orientata ad avviare o realizzare, per quanto possibile con riferimento agli obiettivi di valore pubblico, un monitoraggio integrato e volto a realizzare una pianificazione integrata fra le varie sezioni del PIAO.

Per realizzare un sistema di monitoraggio integrato sono state allineate, per quanto possibile sempre con riferimento agli obiettivi di valore pubblico, le mappature dei processi in vista di mappature uniche. Tale collegamento tra RPCT e i Responsabili delle altre sezioni del PIAO è stato realizzato con l' introduzione di un coordinamento, cui partecipano in parità assoluta tra loro i responsabili delle sezioni del PIAO.

Una prima fase del monitoraggio riguarda l' attuazione delle misure di prevenzione e la verifica della loro idoneità, ciò consente di valutare se mantenere o meno le misure di prevenzione programmate o addirittura di aggiungerne di nuove in relazione alla loro effettività, sostenibilità e adeguatezza. Un monitoraggio effettivo consente di verificare i casi in cui le misure, pur se attuate, in realtà sono perfettibili e possono essere rese più sostenibili, concrete, chiare, utili e non superflue.

Il monitoraggio è progettato e poi attuato nel corso dell' anno dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza con il supporto dell' Ufficio del

RPCT ed in particolare con il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei Dirigenti-referenti.

Per la programmazione del monitoraggio complessivo sono state utilizzate le risultanze del monitoraggio del ciclo precedente e valorizzata l' esperienza acquisita per apportare i necessari ed opportuni aggiustamenti alla strategia di prevenzione della corruzione. Ciò nella prospettiva di superare l' autoreferenzialità nella valutazione dell' idoneità della strategia di prevenzione della corruzione elaborata, anche, sotto il profilo della pianificazione del monitoraggio.

Particolare attenzione merita la figura del Dirigente-referente, infatti la complessità dell' organizzazione aziendale ha fatto ritenere opportuno l' affiancamento al Responsabile della prevenzione della corruzione di referenti – dirigenti, responsabili di struttura, in modo da assicurare un supporto al RPCT nella gestione generale che diventa più incisivo negli ambiti a più alto rischio di corruzione. Resta inteso che i Referenti agiscono anche quali referenti per la Trasparenza che fa parte integrante della presente sezione.

I Dirigenti-Referenti concorrono con il Responsabile anticorruzione e trasparenza a:

- a) individuare le attività nell' ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- b) prevedere, per le attività individuate ai sensi della lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) assicurare, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull' osservanza della sezione anticorruzione;
- d) monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti e l' accesso civico generalizzato;
- e) monitorare i rapporti tra l' amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell' amministrazione;
- f) individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;

g) monitorare l'attuazione e l'idoneità delle misure di prevenzione.

I Referenti del RPCT concorrono con il Responsabile della prevenzione della corruzione, a verificare l'efficace attuazione della sezione e della sua idoneità e ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione. Tali Referenti sono tenuti a curare, mediante un sistema articolato "a cascata", il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dipendenti delle strutture cui sono rispettivamente preposti. Tutti i dirigenti dell'Azienda, a prescindere dal livello di responsabilità dei Referenti, per l'area di rispettiva competenza:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) propongono le misure di prevenzione della corruzione;
- d) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- e) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- f) osservano le misure contenute nella sezione anticorruzione e trasparenza.

Il monitoraggio è previsto su tutti i processi delle misure programmate e su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad attuare le misure e il secondo è in capo al RPCT. Essendo pianificato il monitoraggio su più livelli, è previsto nel corso dell'anno una modalità di confronto tra il RPCT (e la struttura di supporto) e i responsabili dell'attuazione delle misure, mediante l'uso di un sistema di rendicontazione.

Il responsabile del monitoraggio di primo livello informa il RPCT sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio, dando anche una valutazione dell'utilità delle stesse rispetto ai rischi corruttivi da contenere. Il monitoraggio di primo livello è accompagnato da verifiche successive del RPCT e dal suo Ufficio, svolte attraverso il controllo degli indicatori e dei targets attesi previsti per l'attuazione delle misure all'interno della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

A tal fine, sono stati concepiti un modulo di rendicontazione semestrale la "Scheda di rendicontazione delle misure specifiche" e le "Schede di rendicontazione delle misure generali", che richiedono due step di rendicontazione da parte dei Dirigenti-referenti: nel primo e nel secondo semestre dell'anno.

Nelle summenzionate Schede di monitoraggio sono indicate, per ciascuna misura, gli elementi e i dati da monitorare, al fine di verificare il grado di realizzazione delle misure riportate all'interno delle mappature, parametrato al target prefissato, nonché gli eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi.

Per ciascuna misura, si indicano lo stato di attuazione, le fasi e i tempi di attuazione, il risultato raggiunto in rapporto all'indicatore di monitoraggio e al target, definiti in fase di programmazione delle misure e il soggetto responsabile. Si sottolinea inoltre che le summenzionate Schede di rendicontazione sono state predisposte con colonne contenenti domande già formulate per le quali è richiesto di esprimere una scelta, mediante esposizione di lettere e spunte sulla risposta confacente.

Nello specifico, la colonna relativa la rendicontazione dell'attuazione è volta ad acquisire le informazioni relative all'effettiva realizzazione delle misure, utili anche a manifestare le possibili e diverse cause di mancata adozione delle misure specifiche e generali da attuare.

La struttura delle Schede di rendicontazione citate sono completate infine con una domanda volta a comprenderne l'idoneità, come le misure, se attuate, abbiano inciso sull'impatto-effetto positivo-negativo-neutrale della qualità dei servizi, dell'efficienza dei servizi, del funzionamento dell'amministrazione, della diffusione della cultura della legalità e delle relazioni con i cittadini.

In una logica di gradualità progressiva e di apertura della sezione anticorruzione i processi e le misure da monitorare potranno essere individuati in processi di attività non pianificate, di cui però si è venuto a conoscenza in corso d'anno, come per esempio nella prospettiva della valutazione del rischio l'attuazione di eventuali progettualità relativi il PNRR.

Infine, per la ricognizione dei procedimenti amministrativi si sottolinea che il processo di attuazione della Legge n. 190/2012 richiede inoltre il monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti. L'adempimento a tal riguardo avviene mediante le compilazioni da parte dei Dirigenti referenti di apposite "Schede di monitoraggio trimestrale dei termini procedimenti amministrativi e di quelli conclusi con ritardo", predisposte dall'Ufficio del RPCT che richiedono per ogni U.O. le seguenti informazioni:

- descrizione sintetica del procedimento;
- fonti normative;
- inizio procedimento (d'ufficio, su istanza etc.);
- atto conclusivo (deliberazione, determinazione, ordine etc);
- termini del procedimento;
- denominazione dei procedimenti conclusi con ritardo;
- problematiche/motivazioni giustificative del ritardo e firma del personale amministrativo incaricato;
- correttivi adottati per il miglioramento.

La programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato

Per favorire la creazione di valore pubblico, un'amministrazione deve prevedere obiettivi strategici, che riguardano anche la trasparenza, ciò trova conferma nel d.lgs. 33/2013, ove è affermato che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni Amministrazione (art. 10 del D.Lgs 33/13).

Gli obiettivi strategici della performance aziendale, che vengono trasfusi nella sezione 2.2. Performance del PIAO, possono rappresentare anche la traduzione di alcune delle misure di trasparenza e di prevenzione di possibili comportamenti corruttivi, individuate ed elaborate in sede di mappatura dei processi e delle attività delle Unità Operative dell'ASP. La sezione 2.2. Performance, pertanto, potrà essere coordinata con la Sezione di programmazione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO e la valutazione dei dirigenti potrà, anche, essere effettuata tenendo conto degli obiettivi operativi assegnati sulla base della corretta adozione delle misure in esame. Per la predisposizione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, è stata verificata sul sito dell'Autorità la presenza di atti di regolazione e di altri atti di carattere generale in materia di trasparenza che diano nuove o ulteriori indicazioni sugli obblighi di pubblicazione.

Relativamente agli obblighi di pubblicazione, in ossequio con le disposizioni ANAC, è stata allegata alla presente sezione una griglia "Tabella obblighi di pubblicazione – Allegato 2", contenente l'individuazione dei Responsabili della pubblicazione di tutte le informazioni oggetto di obbligo di pubblicazione che viene effettuata da ciascun Responsabile di Struttura mediante specifiche credenziali che gli consentono di accedere all'Amministrazione Trasparente del sito aziendale e, dunque, di dare attuazione agli obblighi di pubblicazione che afferiscono alla relativa unità operativa di cui è responsabile.

Per la predisposizione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, è stata verificata sul sito dell'Autorità la presenza di atti di regolazione e di altri atti di carattere generale in materia di trasparenza che diano nuove o ulteriori indicazioni sugli obblighi di pubblicazione. Sono stati effettuati alla sopracitata Tabella gli adeguamenti necessari a renderla conforme alle indicazioni contenute nel PNA 2022, Allegato N°2 Sottosezione trasparenza PIAO/PTPCT ed alle Delibere ANAC n. 261/23, n. 263/23 e n. 264.23, quest'ultima come modificata ed integrata dalla Delibera ANAC n. 601/23. Nella predetta Tabella sono stati organizzati e schematizzati i flussi informativi per:

- garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati;

- indicare i responsabili delle diverse fasi individuate per giungere alla pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente" (individuazione / elaborazione dei dati, trasmissione, pubblicazione e aggiornamento);
- indicare i termini di scadenza per la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati;
- indicare i casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell'Amministrazione;
- individuare il responsabile del monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza.

Il RPCT ha un ruolo di coordinamento nel monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, il sistema organizzativo per assicurare la trasparenza ai sensi del d.lgs. n. 33/2013 si fonda sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti. Infatti, ai sensi del disposto dell'art. 10 del d.lgs. n. 33/2013, si è provveduto a rappresentare nella sopracitata Tabella Obblighi di pubblicazione i flussi per la pubblicazione dei dati, dove sono stati individuati gli obblighi di trasparenza sull'organizzazione e sull'attività dell'ASP di Enna previsti dal d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii., sono identificati gli uffici responsabili dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati, sono definite le tempistiche per la pubblicazione.

Alla programmazione dell'attuazione degli obblighi di pubblicazione segue la verifica circa la corretta attuazione degli obblighi previsti dal d.lgs. n. 33/2013. L'art. 6, co 1, del d.lgs. n. 33/2013 dispone che: "Le pubbliche amministrazioni garantiscono la qualità delle informazioni riportate nei siti istituzionali nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità secondo quanto previsto dall'articolo 7.". Il monitoraggio semestrale sulle misure di trasparenza consente al RPCT di verificare il livello di adempimento degli obblighi di trasparenza, indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate e le cause che rallentano l'adempimento.

Al fine di evitare che il monitoraggio sulla trasparenza assuma un aspetto formale, è stato concepito un modulo di rendicontazione semestrale sulla "Trasparenza" tra le "Schede di rendicontazione delle misure generali" con due step di rendicontazione da parte dei Dirigenti-referenti: nel primo e nel secondo semestre dell'anno.

Nella summenzionata Scheda è indicata con riferimento alle procedure volte all'adempimento degli obblighi di pubblicazione, a seconda delle tipologie di dati, come, indicate nell'Allegata "Tabella obblighi di pubblicazione", di effettuare una informativa al RPCT da parte del 100% dei Dirigenti-referenti responsabili della trasmissione/pubblicazione dei dati, sul compiuto adempimento degli obblighi di pubblicazione dei dati di loro competenza in Amministrazione Trasparente, al fine di verificare il grado di realizzazione della misura in esame, nonché gli eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi. Il monitoraggio di che trattasi è, inoltre, volto ad accertare la corretta attuazione della disciplina sull'accesso civico semplice e generalizzato, nonché la capacità di rilevare le richieste di accesso e i loro esiti all'interno del registro degli accessi. Le amministrazioni monitorano la corretta attuazione dell'accesso civico semplice e generalizzato. A ciò concorre l'adozione di una disciplina specifica interna nella quale sono individuati gli uffici competenti a decidere sulle richieste di accesso o la procedura per la valutazione delle richieste. Altra modalità con cui dare attuazione al monitoraggio sugli accessi è la verifica sulla pubblicazione e la corretta tenuta del registro degli accessi. Per l'accesso civico generalizzato, in particolare, tale strumento consente di dar conto su quali documenti, dati o informazioni è stato consentito l'accesso.

I risultati dei monitoraggi sulle misure di trasparenza adottate e sulle richieste di accesso civico, semplice e generalizzato, sono funzionali alla verifica del conseguimento degli obiettivi strategici dell'amministrazione e, in particolare, di quelli orientati al raggiungimento del valore pubblico. Le risultanze del monitoraggio sono rilevanti sia ai fini della programmazione delle attività e dei servizi erogati dall'amministrazione che per verificare quanto si sia effettivamente tenuto conto degli interessi conoscitivi della collettività e degli stakeholders. Al fine di evitare che il monitoraggio sulla trasparenza assuma un aspetto formale, è stato concepito un modulo di rendicontazione semestrale sulla "Trasparenza" tra le "Schede di rendicontazione delle misure generali" con due step di rendicontazione da parte dei Dirigenti-referenti: nel primo e nel secondo semestre dell'anno. Nella summenzionata Scheda è indicata con riferimento alle procedure volte all'adempimento degli obblighi di pubblicazione, a seconda delle tipologie di dati, come, indicate nell'Allegata "Tabella obblighi di pubblicazione", di effettuare una informativa al RPCT da parte del 100% dei Dirigenti-referenti responsabili della trasmissione/pubblicazione dei dati, sul compiuto adempimento degli obblighi di pubblicazione dei dati di loro competenza in Amministrazione Trasparente, al fine di verificare il grado di realizzazione della misura in esame, nonché gli eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi. Per la misura da monitorare, sono indicati lo stato di attuazione, le fasi e i tempi di attuazione, il risultato raggiunto in rapporto all'indicatore di monitoraggio e al risultato atteso ed il

soggetto responsabile. Si sottolinea inoltre che la summenzionata Scheda di rendicontazione è completata in fine con una domanda volta a comprendere come la misura, se attuata, abbia inciso sull'impatto-effetto positivo-negativo-neutrale delle misure stesse.

Alla realizzazione di un monitoraggio costante contribuisce anche il ricorso da parte delle amministrazioni ad un sistema di controllo di gestione informatizzato in cui la mappatura dei processi, che costituiscono l'unità di analisi del controllo di gestione, è allineata a quella dei processi che rilevano in sede di monitoraggio della presente sezione. Con riferimento a questa Azienda, in particolare, è da rilevare anche il sopracitato allineamento di mappature, che consentirà così di svolgere congiuntamente l'attività di monitoraggio del RPCT e dell'Unità che si occupa del controllo di gestione

Alla realizzazione di un monitoraggio costante contribuisce anche il ricorso da parte delle amministrazioni ad un sistema di controllo di gestione informatizzato in cui la mappatura dei processi, che costituiscono l'unità di analisi del controllo di gestione, è allineata a quella dei processi che rilevano in sede di monitoraggio della presente sezione. Con riferimento a questa Azienda, in particolare, è da rilevare anche il sopracitato allineamento di mappature, che consentirà così di svolgere congiuntamente l'attività di monitoraggio del RPCT e dell'Unità che si occupa del controllo di gestione.

Le amministrazioni monitorano la corretta attuazione dell'accesso civico semplice e generalizzato. A ciò concorre l'adozione di una disciplina specifica interna nella quale sono individuati gli uffici competenti a decidere sulle richieste di accesso o la procedura per la valutazione delle richieste. Altra modalità con cui dare attuazione al monitoraggio sugli accessi è la verifica sulla pubblicazione e la corretta tenuta del registro degli accessi. Per l'accesso civico generalizzato, in particolare, tale strumento consente di dar conto su quali documenti, dati o informazioni è stato consentito l'accesso.

Questa Azienda ha adottato la Delibera n. 166/18 con la quale ha approvato la "Disciplina e misure organizzative del diritto di accesso a atti e documenti amministrativi e del diritto di accesso civico", disciplinante le forme di accesso ai documenti e agli atti amministrativi dell'Azienda, con allegata la relativa modulistica per l'esercizio concreto del diritto d'accesso.

Al fine di offrire maggiore facilità di utilizzo dello strumento dell'accesso civico la Sezione Amministrazione trasparente, Altri contenuti-Accesso civico, fornisce complete informazioni sul procedimento da seguire e sulla relativa modulistica in materia di Accesso civico semplice e generalizzato ed altresì espone il registro degli accessi suddivisi per annualità e contenenti l'elenco delle richieste di accesso presentate, aggiornato semestralmente, come indicato nell'Allegato 1 delle Linee Guida A.N.AC. - Delibera n. 1309/2016.

Inoltre, è stata prevista la Scheda semestrale “Registro Accessi” nella quale ciascun Dirigente referente annovera tutte le richieste che pervengono alla struttura di relativa competenza. E’ da evidenziare che tra gli obblighi di monitoraggio, permane la trasmissione da parte dei Dirigenti Referenti della sopracitata Scheda semestrale “Registro Accessi”, nella quale è necessario indicare le istanze di accesso civico generalizzato ai dati o i docu-

menti, ai sensi dell’art. 5 co. 2 del D.LGS. 33/2013, fornendo le informazioni nel rispetto della seguente in basso.

Struttura del registro accessi

n. ordine	N. Prot.	Data richiesta	Soggetto richiedente	Oggetto	Ufficio destinatario	Data di trasmissione PEC	Protocollo Ufficio destinatario	Data del provvedimento e di pubblicazione (ove prevista)	Esito e/o conclusione dell’istanza
-----------	----------	----------------	----------------------	---------	----------------------	--------------------------	---------------------------------	--	------------------------------------

Gruppo di lavoro del presente PIAO

Per la redazione del presente PIAO è stato adottato un approccio multidisciplinare integrato. Il documento è il frutto della collaborazione di diversi servizi e diverse professionalità che hanno partecipato attivamente integrando le proprie competenze nell'ottica del valore pubblico mediante il modello adottato e descritto nella nota metodologica.

Al fine di realizzare la redazione del presente PIAO, l'approccio multidisciplinare integrato è stato concretizzato mediante la costituzione di un gruppo di lavoro permanente, trasversale alle varie unità organizzative, con un sistema di coordinamento e comunicazione a rete che ha consentito di concentrare gli sforzi occorrenti alla programmazione senza distogliere dall'ordinaria attività istituzionale le varie figure professionali che costituiscono il gruppo di lavoro.

Performance, valore pubblico, organizzazione e redazione PIAO

Natale Lagrotteria UOC Controllo di Gestione e SIS
natale.lagrotteria@asp.enna.it

Piano triennale del fabbisogno

Piano di organizzazione del lavoro agile

Alessandra Falcone Dirigente f.f. UOC Servizio Risorse Umane
alessandra.falcone@asp.enna.it

Rischi corruttivi e trasparenza

Anna Farruggio Responsabile Anticorruzione e Trasparenza
anna.farruggio@asp.enna.it
Davide Mingrino pianificazione e monitoraggio
davide.mingrino@asp.enna.it