

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Relazione sulla Performance 2019

ASP RAGUSA

(Art. 10, comma 1 lettera b, Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150)

Documento approvato con Deliberazione del Direttore Generale n°2957 del 30/11/2020

Il Direttore Generale

Arch. Angelo Aliquò

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Arch. Angelo Aliquò', is written over the printed name.

1. PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	2
2 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI	3
<i>2.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO</i>	<i>5</i>
2.2 L'AMMINISTRAZIONE	8
ASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO	10
RISORSE UMANE	15
2.3 I RISULTATI RAGGIUNTI	17
2.4 LE CRITICITÀ E LE OPPORTUNITÀ	18
3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI	20
3.1 ALBERO DELLA PERFORMANCE	20
3.2 OBIETTIVI STRATEGICI E OBIETTIVI OPERATIVI	23
PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - VALUTAZIONE 2019.....	26
3.3 OBIETTIVI INDIVIDUALI	31
4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ	33
<i>4.1 LE RISORSE FINANZIARIE</i>	<i>33</i>
5. PARI OPPORTUNITÀ' E BILANCIO DI GENERE	35
6. PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLE PERFORMANCE	37
<i>6.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITÀ</i>	<i>37</i>
<i>6.2. PUNTI DI FORZA E PUNTI DI DEBOLEZZA DEL CICLO DELLA PERFORMANCE</i>	<i>39</i>
<i>6.3 GESTIONE, COORDINAMENTO E COLLEGAMENTO CON IL PROGRAMMA TRIENNALE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA</i>	<i>41</i>

1. PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

La Relazione sulla Performance, prevista dall'art. 10, comma1, lettera b) del D.Lgs n. 150/2009, è lo strumento mediante il quale l'Amministrazione illustra, ai cittadini e a tutti gli *stakeholders*, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo, in tal modo, il ciclo di gestione della performance.

Evidenzia a consuntivo i risultati organizzativi e individuali raggiunti, facendo riferimento ai singoli obiettivi strategici e operativi programmati, rilevando gli eventuali scostamenti registrati nel corso dell'anno, individuando le cause e le misure correttive da adottare. Inoltre, propone alcune considerazioni sul percorso da seguire per l'integrazione con i programmi per la trasparenza e l'integrità, per il rispetto degli obblighi di pubblicazione e per la valorizzazione dei controlli interni.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa (di seguito l'Azienda) ha adottato il Piano della Performance per il triennio 2020-2022 con deliberazione del Direttore Generale straordinario n.339 del 31.01.2020.

Il Piano si configura come documento programmatico a valenza pluriennale di collegamento della pianificazione strategica con la programmazione operativa, declinato annualmente ai fini della coerenza ed integrazione tra indirizzi strategico istituzionali (obiettivi di interesse regionale), obiettivi aziendali e livello esecutivo per l'attuazione delle priorità.

Con il presente documento, l'Azienda, nell'adempiere a quanto disposto dall'art. 10 del Decreto Legislativo 27.10.2009 n. 150, presenta la Relazione sulla Performance relativa all'anno 2019.

La Relazione è stata redatta seguendo le indicazioni previste dalle delibere della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT) e dalle direttive dell'Assessorato alla Salute e linee guida emanate in data 26.9.2011 (nota prot. n.76572/2011).

La relazione costituisce un momento di analisi e di riflessione sull'operato aziendale e quindi un'occasione per rileggere i risultati effettivi e concreti in una logica di miglioramento e di innovazione. La presente relazione, dopo la validazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione, sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'ASP di Ragusa nella sezione "Operazione trasparenza" (come prescritto dal D. lgs. del 14 marzo 2013, n. 33 "Programmazione Triennale per la trasparenza e l'Integrità", art. 10.) nonché trasmessa al Dipartimento della Funzione Pubblica e al Ministero dell'Economia e delle Finanze.

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

L'Azienda ha come principio ispiratore la centralità del territorio e del cittadino quale elemento fondamentale nelle scelte e nelle decisioni strategico-programmatorie, organizzativo-operative.

L'Azienda accoglie nelle sue strutture pubbliche o private accreditate ed eroga i servizi a chiunque ne abbia bisogno, indipendentemente dalla nazionalità, dall'etnia, dalla cultura e dalla religione.

Costituiscono punti essenziali di tale politica:

- la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute;
- la libera scelta del luogo di cura tra le strutture ed i professionisti accreditati;
- la programmazione delle attività aziendali conforme agli atti e agli indirizzi Nazionali e Regionali;
- la sostenibilità del sistema aziendale, economica e a garanzia del mantenimento degli obiettivi di riqualificazione del SSR;
- la tutela della salute del territorio;
- la riorganizzazione strutturale e funzionale della rete ospedaliera e dell'assistenza territoriale;
- la tutela e il miglioramento delle condizioni di accesso agli utenti residenti e non;
- il coinvolgimento dei cittadini, anche attraverso l'accessibilità e la trasparenza degli atti, nonché la verifica del gradimento dell'utenza per i servizi erogati;
- la valorizzazione delle risorse umane, la loro partecipazione alle attività di ricerca e di formazione continua, nonché il loro coinvolgimento nei processi decisionali;
- la collaborazione interaziendale ed inter-istituzionale quale condizione necessaria per la funzionalità del sistema;
- la valorizzazione delle formazioni sociali e dell'autonoma iniziativa delle persone, singole e associate, per lo svolgimento di attività di interesse generale e di rilevanza sociale, in attuazione dell'art. 118 della Costituzione;
- la compartecipazione degli Enti locali alla programmazione delle attività ed alla verifica dei risultati;
- il decentramento dei servizi come leva per aumentare il valore aggiunto per l'utenza, favorendo la prossimità e il diritto di accesso alle cure e mantenendo, pur nella unicità del percorso, la necessaria capillarità dei punti di accesso;

- la trasparenza dei processi decisionali e l'accessibilità delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione aziendale e degli indicatori relativi agli andamenti gestionali ed all'utilizzo delle risorse destinate al perseguimento delle funzioni istituzionali, anche attraverso la predisposizione del previsto Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190 e ss.ii.mm.

- Il coinvolgimento delle associazioni di volontariato ed il no profit operante sul territorio di riferimento con la partecipazione attiva delle stesse alla attività sanitaria aziendale sia in senso integrativo che complementare.

I valori fondanti l'azione dell'Azienda attraverso cui orientare gli scopi, le scelte e l'agire di ogni attore dell'organizzazione per assolvere alla Mission sono individuati in:

- equità, solidarietà e riduzione delle disuguaglianze nell'accessibilità e fruibilità dei servizi, per ragioni sociali, culturali ed economiche: affermare il diritto di ogni persona, senza discriminazione alcuna, di aspirare al migliore stato di salute, in un sistema di garanzie fondato sull'eguaglianza dei diritti e dei doveri;

- trasparenza di un'Organizzazione che si impegna a garantire la libera circolazione delle informazioni sulle risorse impiegate e sui risultati ottenuti, la visibilità dei processi decisionali delle politiche aziendali, la diffusione dei criteri (evidenze di efficacia) su cui si basano le scelte di governo clinico e politica sanitaria, l'esplicitazione dei livelli di responsabilità ed autonomia dei professionisti, in modo da sviluppare rapporti di fiducia e comprensione dei reciproci punti di vista nonché dei vincoli di sistema;

- efficacia e appropriatezza intese come insieme di strumenti, di tempi, di azioni svolte da professionisti competenti supportate da evidenze di efficacia in termini di risultati di salute, capaci di raggiungere gli obiettivi assistenziali ed organizzativi scelti come priorità dall'Azienda;

- affidabilità, intesa come capacità di rispettare gli impegni presi in ragione delle competenze disponibili e di adeguare continuamente e coerentemente i comportamenti, le azioni, le politiche e i servizi erogati alle reali necessità (bisogni) della popolazione servita, rispettando le priorità e gli obiettivi a tal fine fissati e dichiarati dall'Azienda;

- sicurezza dei prodotti, processi e ambienti di lavoro, intesa come insieme di tecnologie, regole, procedure e comportamenti finalizzati a garantire la massima tutela per i pazienti e gli operatori che usufruiscono o lavorano nei servizi;

- abilità nel rendere più sensibile e specifica l'azione e l'intervento ai bisogni assistenziali ed organizzativi richiesti.

2.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

La provincia di Ragusa si estende per una superficie di 1.623 Km²; la popolazione ammonta a 320.940 abitanti (Fonte: demo.istat.it – (bilancio demografico consuntivo al 01 gennaio 2019), distribuita in 12 comuni, con una densità di popolazione pari a 197,64 abitanti per Km². Assieme a quella di Siracusa è la provincia più a sud della Sicilia e confina con le province di Siracusa, Catania e Caltanissetta mentre la sua parte meridionale si affaccia sul mar Mediterraneo. Con un Pil pro capite di 15.950 è una tra le province più ricche del mezzogiorno d'Italia.

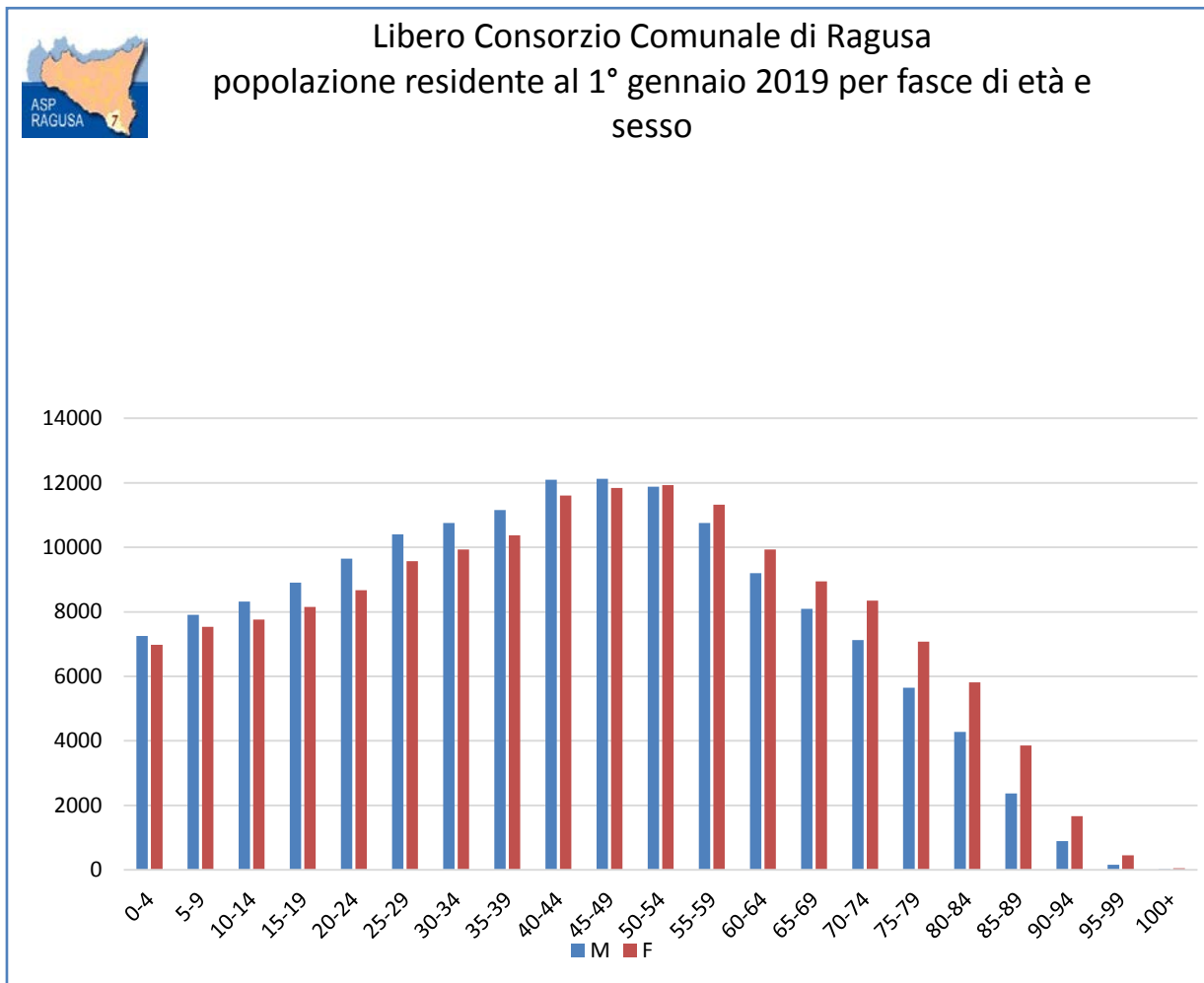


Il territorio - La maggior parte del territorio è collinare, con poche pianure e di limitata estensione. La parte centrale è costituita dall'altopiano ibleo, con un'altitudine media compresa tra i 500 e i 600 metri s.l.m. I picchi più elevati della provincia non raggiungono i 1.000 m e si trovano al confine con la provincia di Siracusa. Il territorio spesso degrada verso il mare con un progressivo terrazzamento e con incisioni profonde delle colline, dette *cave*, disposte generalmente in direzione sud. Andando verso la costa si alternano falesie sabbioso-calcarenitiche e piccole pianure alluvionali marnose o argillose, che spesso formano paludi costiere (oggi quasi tutte prosciugate) delimitate da dune sabbiose. Non vi sono fiumi di grande portata, ma solo "cave" a carattere torrentizio. Nelle aree più meridionali e costiere la piovosità è in genere scarsa. Maggiore è invece la quantità di pioggia che cade sulle zone elevate dell'altopiano. Per quanto riguarda la media delle temperature massime del mese più caldo, il valore è simile in tutta la provincia: 30°.



Nella figura sottostante, la distribuzione per fasce di età della popolazione residente

Figura 1 Popolazione residente per fasce di età



2.2 L'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda svolge la funzione di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività, attraverso attività di prevenzione, di cura degli stati di malattia e di recupero della salute, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e consolidando l'integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, al fine di mantenere il più alto livello possibile di qualità della vita dei cittadini, fornendo servizi erogati direttamente o da altre Aziende del SSN, pubbliche o private nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza e di riservatezza.

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 l'impegno dell'Organizzazione e le relative garanzie mediante l'impiego di strumenti adeguati.

L'Azienda si caratterizza per essere una tra le più importanti aziende del libero Consorzio Comunale di Ragusa. In tale veste è impegnata anche a valorizzare e consolidare la propria presenza nel sistema produttivo provinciale, ricercando ed incoraggiando, nelle forme e nei modi più appropriati al proprio ruolo, la collaborazione con tutte le forze sociali del mondo dell'economia e del lavoro, oltreché con le Istituzioni locali, scolastiche e della formazione al fine di sviluppare la capacità di differenziazione e di specializzazione dei servizi che possono contribuire al miglioramento della qualità della vita e delle opportunità di salute dei cittadini.

Il territorio provinciale, ai fini dell'erogazione dei servizi alla popolazione è suddiviso in tre distretti sanitari:

- Distretto Sanitario di Ragusa: comprende i Comuni di Ragusa, S. Croce Camerina, Giarratana, Monterosso Almo, Chiaramonte Gulfi;
- Distretto Sanitario di Modica: comprende i Comuni di Modica, Scicli, Pozzallo, Ispica;
- Distretto Sanitario di Vittoria: comprende i Comuni di Vittoria, Comiso, Acate.

Tali distretti sanitari coincidono territorialmente con i distretti socio-sanitari di cui al cap. 7 del D.P. Reg. Sicilia 4 Novembre 2002 e specificatamente D43 Vittoria; D44 Ragusa; D45 Modica.

Dal punto di vista della macro-organizzazione ospedaliera, in conformità con i recenti indirizzi di politica sanitaria regionale di cui al D.A. 22/2019, relativo al "Adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015, n. 70", l'Azienda comprende tre aggregati ospedalieri:

- D.E.A. di I livello Ospedali di Ragusa, comprendente il P.O. "Giovanni Paolo II" e il P.O. "Maria Paternò Arezzo".
- D.E.A. di I livello Ospedali di Modica - Scicli, comprendente il P.O. "Maggiore" di Modica ed il P.O. "Busacca" di Scicli.
- D.E.A. di I livello Ospedali di Vittoria - Comiso, che comprende il, il P.O. "R.Guzzardi" di Vittoria e il P.O. "Regina Margherita" di Comiso.

Nella tabella sottostante, sono indicate le strutture pubbliche e private accreditate che insistono nel territorio della provincia di Ragusa

Tabella 1 Strutture di offerta nell'ASP di Ragusa

	Strutture pubbliche		Strutture private accreditate e Farmacie	
Area Ospedaliera	Presidi Ospedalieri: Ospedali Ragusa (PL 277) OORR Modica-Scicli (PL 206) OORR Vittoria-Comiso (PL 200)	3	Casa di Cura	1
	Dipartimenti funzionali: <ul style="list-style-type: none"> • Dip. Chirurgia • Dip Medicina • Dip Oncologia • Dip Materno-Infantile • DEA • Dip Servizi 	6		
Area Territoriale	Dipartimento funzionale (Dip. Cure Primarie):	1	Strutture per attività clinica, laboratorio e diagnostica per immagini	43
	Distretti Sanitari	3		
	<i>PTA</i>	3	Assistenza disabili psichici	4
	<i>SUAP (15 PL)</i>	1	RSA (24 PL)	1
	<i>RSA (130 PL)</i>	3	Farmacie	80
	<i>Poliambulatori</i>	17		
	<i>Punti di guardia Medica</i>	19		
	<i>Consultori</i>	11		
	SC Assistenza Sanitaria di base			
	<i>Medici di Medicina Generale</i>	249		
	<i>Pediatri di libera Scelta</i>	45		
	SC Assistenza specialistica			
	Medici specialisti ambulatoriali	46		
	SC Farmacia territoriale	1		
	SC Medicina legale	1		
	Dipartimento strutturale (Dip. SM):	1		
	SERT	3		
	CSM	2		
	SC Farmacia territoriale	1		
	SC Medicina legale	1		
	Area Prevenzione	Dipartimenti strutturali (Dip. Prevenzione e Dip. Prevenzione Veterinaria)	2	

Infine si rileva che la popolazione esente da ticket, nell'esercizio 2019, è pari a 104.700, di cui 46273 permotivi di reddito e 58427 per altri motivi, corrispondente al 33,69% degli assistiti pari a 310.766 abitanti (fonte: FLS 11).

Assetto Istituzionale e Organizzativo

L'Azienda è un ente con personalità giuridica pubblica avente autonomia imprenditoriale costituita in forza dell'art. 8 della Legge Regionale 14 aprile 2009, n.5 dalla fusione delle preesistenti Azienda Ospedaliera "Civile - M.Paternò Arezzo" e Azienda Unità Sanitaria Locale n.7. Ha operatività dal 1° settembre 2009, ai sensi dell'art. 33 della citata legge.

Essa svolge le funzioni legislativamente assegnate di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività residente e/o presente nell'area della ex-provincia di Ragusa mediante programmi e azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria e socio-assistenziale nazionale e regionale.

L'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con il vigente atto aziendale, redatto sulla base della programmazione nazionale e regionale e nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla Regione Sicilia.

L'Azienda ha sede legale in Ragusa, Piazza Igea n° 1, codice fiscale e partita IVA n° 01426410880. Il Legale Rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale Arch. Angelo Aliquò.

L'Azienda informa la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità; è tenuta al rispetto del vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e ricavi ed agisce mediante atti di diritto privato e pubblico nel rispetto dei vincoli fissati dall'ordinamento.

L'Asp di Ragusa adotta il modello organizzativo dipartimentale, dove si articolano al suo interno strutture organizzative, semplici e complesse, omogenee, omologhe, affini o complementari, che perseguono finalità comuni, risultando quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale nell'ambito di un unico modello organizzativo e gestionale. Dall'aggregazione delle suddette strutture derivano risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati.

Il governo della sanità nel territorio di competenza dell'Azienda è la risultante delle relazioni tra tre soggetti fondamentali: Regione, Autonomie locali ed Azienda, ognuno portatore di un definito ambito di responsabilità.

- La Regione è responsabile delle procedure di programmazione e controllo per la definizione delle condizioni affinché le Aziende possano realizzare in modo uniforme e garantito i livelli essenziali di assistenza.

- Le autonomie locali sono rappresentate dai Comuni situati nel territorio aziendale e dal Comitato di Bacino, di cui all'art.5 co.10 della L.R. 14 aprile 2009 n.5, quali soggetti che partecipano alla programmazione regionale e, in coerenza con quest'ultima, sono titolari della programmazione locale dei servizi, nonché delle funzioni di indirizzo, organizzazione e valutazione dei risultati raggiunti dall'Azienda.
- L'Azienda, quale titolare dell'organizzazione dei servizi e dell'autonoma gestione delle risorse necessarie all'erogazione dei servizi stessi. Sono organi dell'Azienda, ai sensi dell'articolo 1, comma 3 quater, D.Lgs. n.502/92 e successive modifiche ed integrazioni, il Direttore Generale, il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale.

Nella figura sottostante, l'organigramma aziendale dell'ASP di Ragusa attualmente vigente:

Figura 2 Organigramma strutture ospedaliere

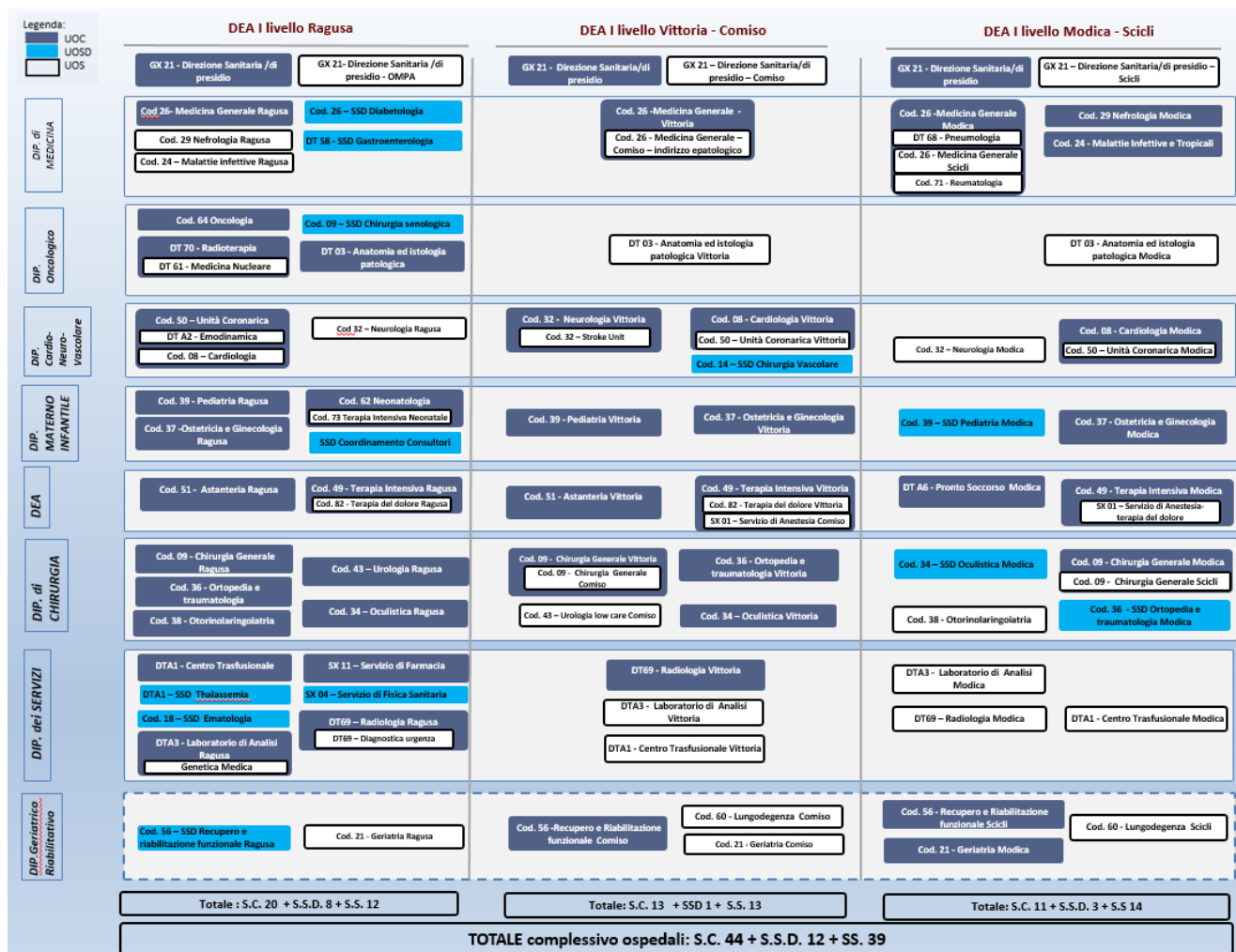


Figura 3 Organigramma direzione strategica aziendale

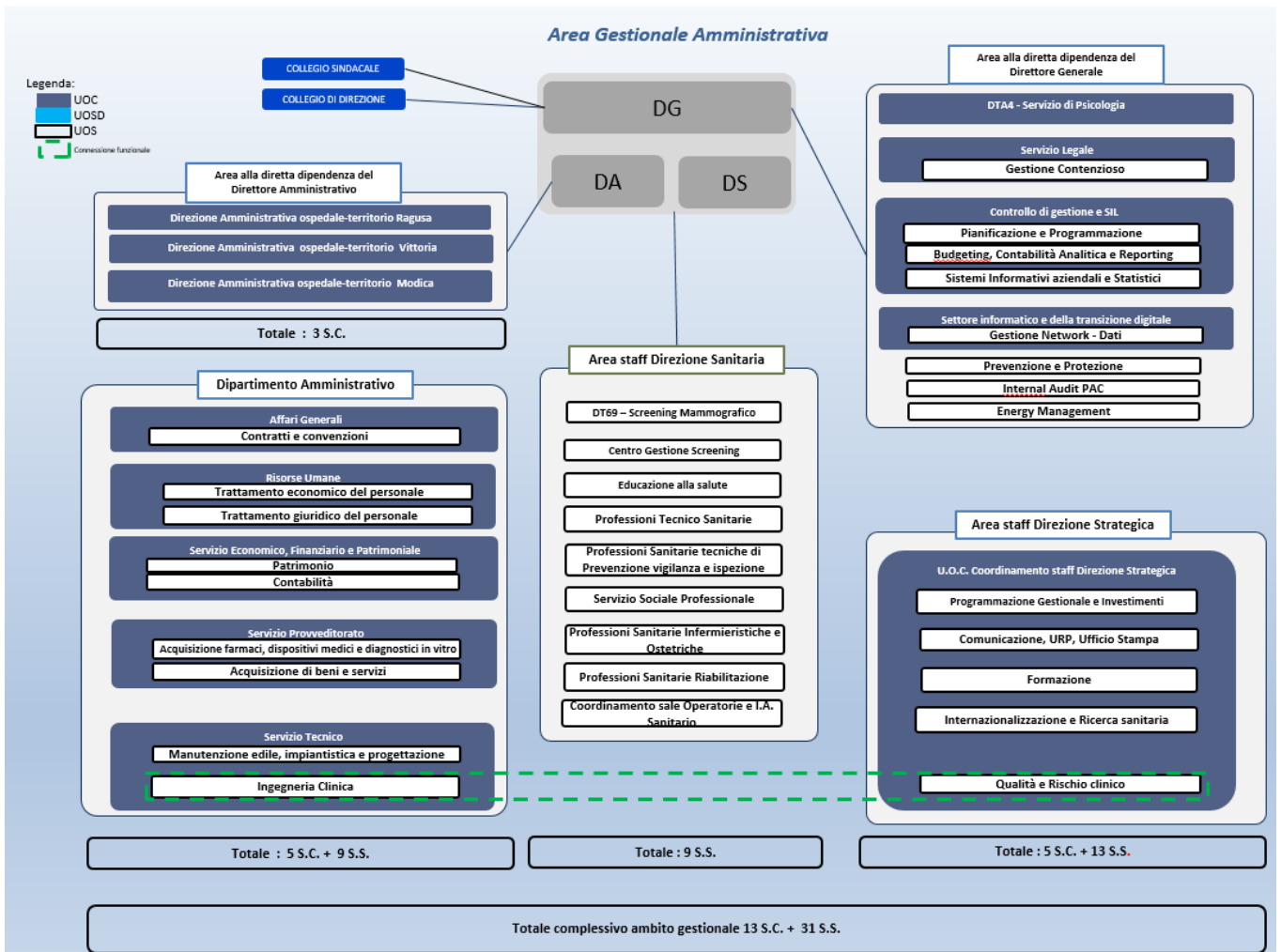
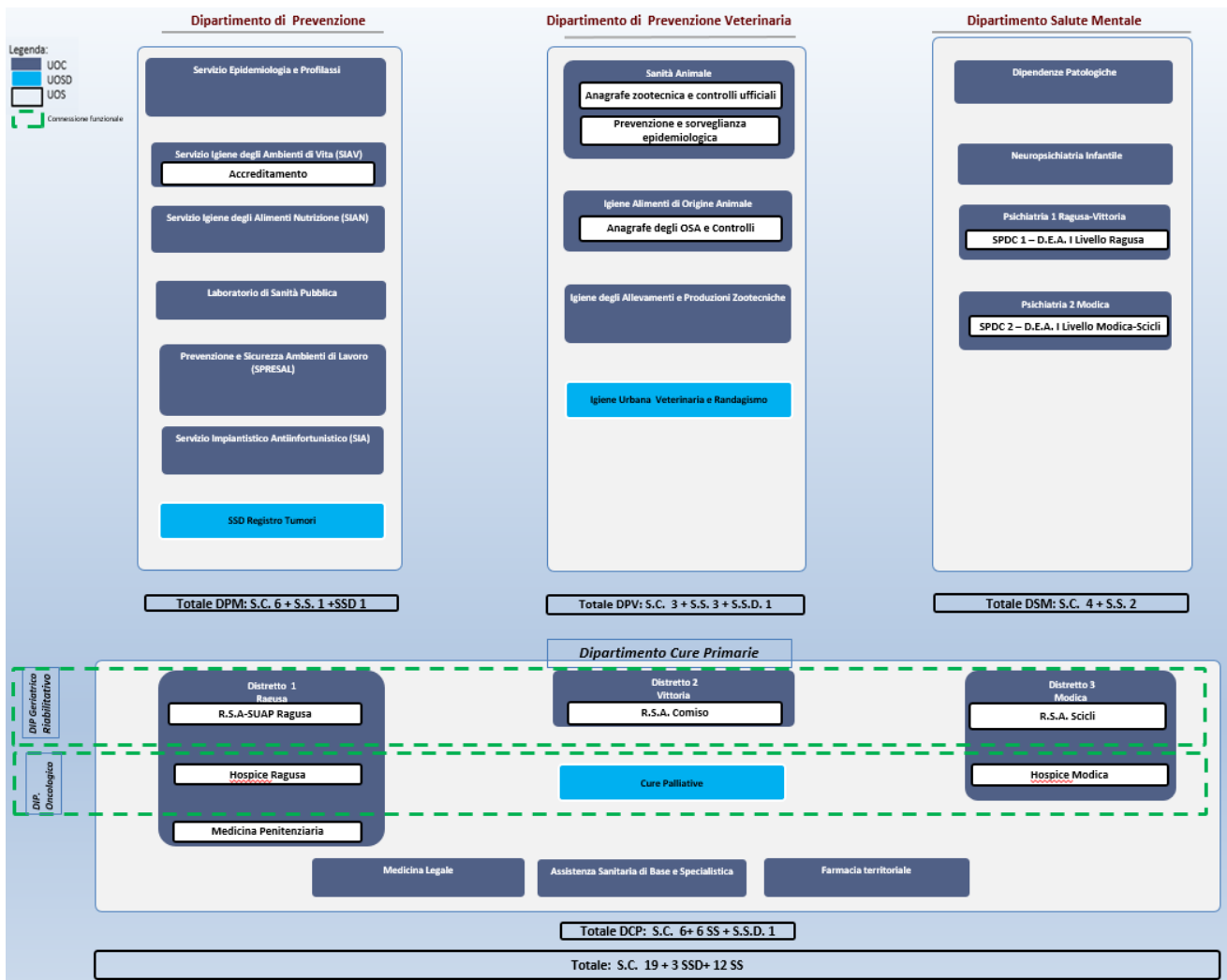


Figura 4 Organigramma strutture territoriali



Risorse Umane

La tabella 2 rappresenta la distribuzione del personale per area e per i diversi ruoli al 31.12.2019, considerando il personale di ruolo e non.

La gestione e lo sviluppo delle risorse umane rappresenta il punto critico di qualsiasi sistema produttivo e al contempo fattore strategico di sviluppo. Ciò è ancora più vero nelle organizzazioni che producono servizi sanitari. L'interesse è dovuto alla riconosciuta importanza del fattore umano nella realizzazione degli obiettivi di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità, ma che tuttavia incontra il limite della compatibilità con le risorse disponibili.

Ecco che l'Azienda, nel quadro delle politiche gestionali, deve programmare degli interventi su più versanti che, pur nella limitatezza delle risorse, garantiscano un miglioramento delle linee di produzione con interventi quali ad esempio:

- adoperarsi per quanto possibile per ottenere una fidelizzazione del personale attraverso la creazione di rapporti di lavoro a tempo indeterminato, appena le normative lo permetteranno;
- analizzare e rivisitare le mansioni effettivamente svolte dalle diverse figure professionali cercando di recuperare per ciascuno dei dipendenti i massimi livelli di operatività relativamente alle competenze possedute;
- promuovere la conoscenza degli obiettivi aziendali allo scopo di ottenere la piena e reale condivisione di tutti gli addetti al loro raggiungimento;
- promuovere la cultura del riconoscimento, anche tangibile ed ove possibile economico, delle diverse professionalità anche all'interno di ruoli omogenei;
- promuovere il contributo creativo dei dipendenti con responsabilità gestionali nei percorsi di riorganizzazione assistenziale e gestionale, ad esempio valorizzando figure quali quelle dei Coordinatori (ex Caposala); a questo scopo un passaggio importante sarà la possibilità di proceder alla nomina delle moltissime posizioni vacanti a causa del protratto blocco degli incarichi;
- analizzare il ruolo e le attività ricoperti da personale di supporto (vedi i vari profili di operatore tecnico) definendo la opportunità di affidare all'esterno alcune specifiche attività (manutenzioni, pulizie, lavanolo, etc.);
- monitorare e governare il problema delle "inidoneità" e dei permessi per assistenza a invalidi (c.d. "Legge 104"), che mina progressivamente la dotazione di risorse umane, limitandone la operatività;

- programmare per tempo le sostituzioni indispensabili;
- individuare le varie priorità di reclutamento dei Direttori di Struttura complessa che hanno cessato e che cesseranno, anche alla luce delle recenti disposizioni regionali.

Tabella 2 Distribuzione del personale per area e per i diversi ruoli al 31.12.2019 (personale di ruolo e non)

totale nr dipendenti	3762
nr dipendenti F	2180
nr dipendenti M	1582
età media	52,04
età media F	51,61
età media M	52,62
nr dipendenti di ruolo	2923
nr dipendenti a tempo determinato	538
nr dipendenti COMANDO IN	9
nr dipendenti contrattisti ASU e LSU	273
nr art. 15 octies	3
nr personale convenzionato	7
altro personale	9
% dipendenti a tempo determinato	14,30%
% dipendenti donna	57,95%
% dipendenti uomo	42,05%
nr dipendenti comparto	2983
nr dipendenti dirigenza amministrativa	15
nr dipendenti dirigenza medica	601
nr dipendenti dirigenza veterinaria	38
nr dipendenti dirigenza professionale	7
nr dipendenti dirigenza sanitaria non medica	98
nr dipendenti dirigenza area tecnica	8
nr art. 15 octies	0
nr dipendenti area dirigenza	767
età media dipendenti area comparto	51,85%
età media dipendenti dirigenza	52,73%

Fonte: Ufficio Risorse Umane

2.3 I RISULTATI RAGGIUNTI

L'azienda ha proseguito nel solco della complessiva riorganizzazione ed armonizzazione dei processi aziendali, sia sotto il profilo amministrativo – gestionale che con riguardo agli ambiti clinici e assistenziali, anche attraverso la valorizzazione e la corretta gestione di tutte le risorse disponibili, al fine di assicurare alti standard di cura e assistenza.

Il programma operativo regionale, il Piano attuativo aziendale, gli obiettivi annuali assegnati alla direzione generale (obiettivi di salute e funzionamento, Obiettivi contrattuali ecc.) costituiscono la cornice di riferimento da cui vengono individuate le aree strategiche su cui è stato costruito il sistema di valutazione e monitoraggio dei risultati raggiunti.

In questo paragrafo si sintetizzano i risultati raggiunti nel 2019, per le aree strategiche così individuate:

1. Miglioramento dell'accessibilità delle cure e della presa in carico;
2. Appropriata organizzazione organizzativa e sicurezza;
3. Ottimizzazione ed efficacia della produttività clinico assistenziale (umana e animale);
4. Contenimento dei Costi e rispetto tetti di spesa;
5. Contributo alla Riorganizzazione aziendale;

Nel capitolo 3 dedicato agli Obiettivi: "Risultati raggiunti e scostamenti", sarà effettuata un'approfondita analisi a cui si rinvia per ogni ulteriore approfondimento.

2.4 LE CRITICITÀ E LE OPPORTUNITÀ

Dall'analisi dei primi risultati di monitoraggio evidenziati in questa relazione emergono alcune considerazioni di sintesi in termini di criticità e opportunità.

Rispetto alle criticità, è importante sottolineare i seguenti aspetti:

- Risorse Umane: l'elevata età media del personale in servizio e il blocco del turn-over ha comportato un rinnovamento lento e ha condizionato un aggiornamento scientifico quasi esclusivamente demandato alla pro-attività dei singoli sia sul lato sanitario che amministrativo-tecnico;
- Qualità delle Strutture: la vetustà delle strutture (soprattutto quelle deputate all'assistenza ospedaliera) ha richiesto un programma d'interventi imponente che ha comportato disagi ai pazienti ed agli operatori sanitari poiché la coesistenza di cantieri aperti e delle attività sanitarie ha influenzato la capacità assistenziale di alcune Unità Operative e piattaforme produttive;
- Evoluzione della Domanda: l'invecchiamento della popolazione s'intreccia inevitabilmente con i bisogni di salute e con la richiesta crescente di servizi socio-sanitari in una logica di integrazione fra l'Ospedale e il Territorio, fra i diversi servizi territoriali, con un approccio sinergico inter istituzionale;
- Network organizzativo: da un punto di vista interaziendale, sono ancora poco strutturate e, quindi, al momento poco efficaci, le organizzazioni che, non avendo personalità giuridica autonoma, prevedono il coinvolgimento e l'interazione di più aziende per la ricerca di sinergie soprattutto sul lato clinico-organizzativo (ad esempio, rete dell'emergenza; rete del politrauma, rete oncologica ecc.) .

Tra le opportunità, è utile segnalare alcuni punti strategici rilevanti:

- Rinnovo strutturale: l'apertura del nuovo ospedale di Ragusa ha permesso, da una parte, la concentrazione della casistica e delle specialità in un unico building e, dall'altra parte, la condivisione di fattori produttivi (ad esempio, risorse umane, attrezzature ecc.).
- Reclutamento risorse: la scelta strategica della direzione di contenere il disagio legato al ritardo dello sblocco delle assunzioni mediante lo strumento del reclutamento di figure a tempo determinato ha permesso di garantire l'erogazione dei LEA, pur in un contesto così critico;
- Potenziamento flussi informativi: l'attenzione ai flussi informativi da parte del livello regionale ha avviato all'interno dell'azienda un circolo virtuoso che parte da analisi interne e di benchmarking con altre realtà per procedere con l'attivazione di azioni organizzative per rispondere tempestivamente ad eventuali aspetti critici e quindi per concludersi con azioni di monitoraggio e miglioramento continuo;

- Monitoraggio regionale: il sistema degli obiettivi di funzionamento e salute definiti a livello regionale ha permesso di mettere sotto osservazione alcune aree aziendali e avviare dei confronti costruttivi tra professionisti: ad esempio nel caso degli indicatori di esito sono stati attivati: (i) monitoraggi mensili degli indicatori oggetto di valutazione da parte della cabina di regia aziendale (convocando incontri ad hoc con gli attori coinvolti, se necessari); (ii) conduzione di audit clinico-organizzativo, (iii) riorganizzazioni aziendali che hanno permesso la concentrazione della casistica per alcune aree (ad esempio rete tempo-dipendente dell'infarto).

3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

3.1 ALBERO DELLA PERFORMANCE

Gli obiettivi strategici definiti dal PSR (Piano sanitario Regionale), dall'Assessorato della Salute, e gli obiettivi aziendali sono stati assegnati alle macrostrutture, alle strutture complesse dell'ASP, con lo scopo di potenziare le attività assistenziali, perseguire una maggiore efficienza dei servizi, migliorare i risultati già conseguiti nell'anno precedente e perseguire buoni esiti di salute.

Come esplicitato al punto 2.2, l'Asp di Ragusa presenta un'organizzazione alquanto articolata, gli obiettivi strategici sono stati definiti per macro-area di intervento e per singole strutture complesse, tale determinazione ha consentito di raggiungere la maggior parte di performance attesa.

Con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n 192/sev,1/S.G. del 04 aprile 2019 è stato nominato Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa con stipula del relativo contratto di lavoro di diritto privato, secondo lo schema tipo approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 96 del 13 marzo 2019. Il citato contratto contiene anche gli obiettivi assegnati al Direttore Generale contenuti nel documento *"Obiettivi di salute e funzionamento delle Aziende Sanitarie Siciliane 2019-2020"*.

Quindi l'Albero della Performance rappresentato nel Piano Triennale della Performance 2019-2021 è stato redatto nel gennaio 2019 sulla base del documento *"Obiettivi di salute e funzionamento delle Aziende Sanitarie Siciliane 2018-2019"* antecedente al contratto del Direttore Generale.

I nuovi Obiettivi di salute e funzionamento hanno comportato di fatto la ridefinizione dell'albero della performance, di seguito illustrato, che presenta delle variazioni, ancorchè minime, rispetto a quanto rappresentato nel Piano Triennale della Performance 2019/2021 redatto prima della nomina del Direttore Generale.

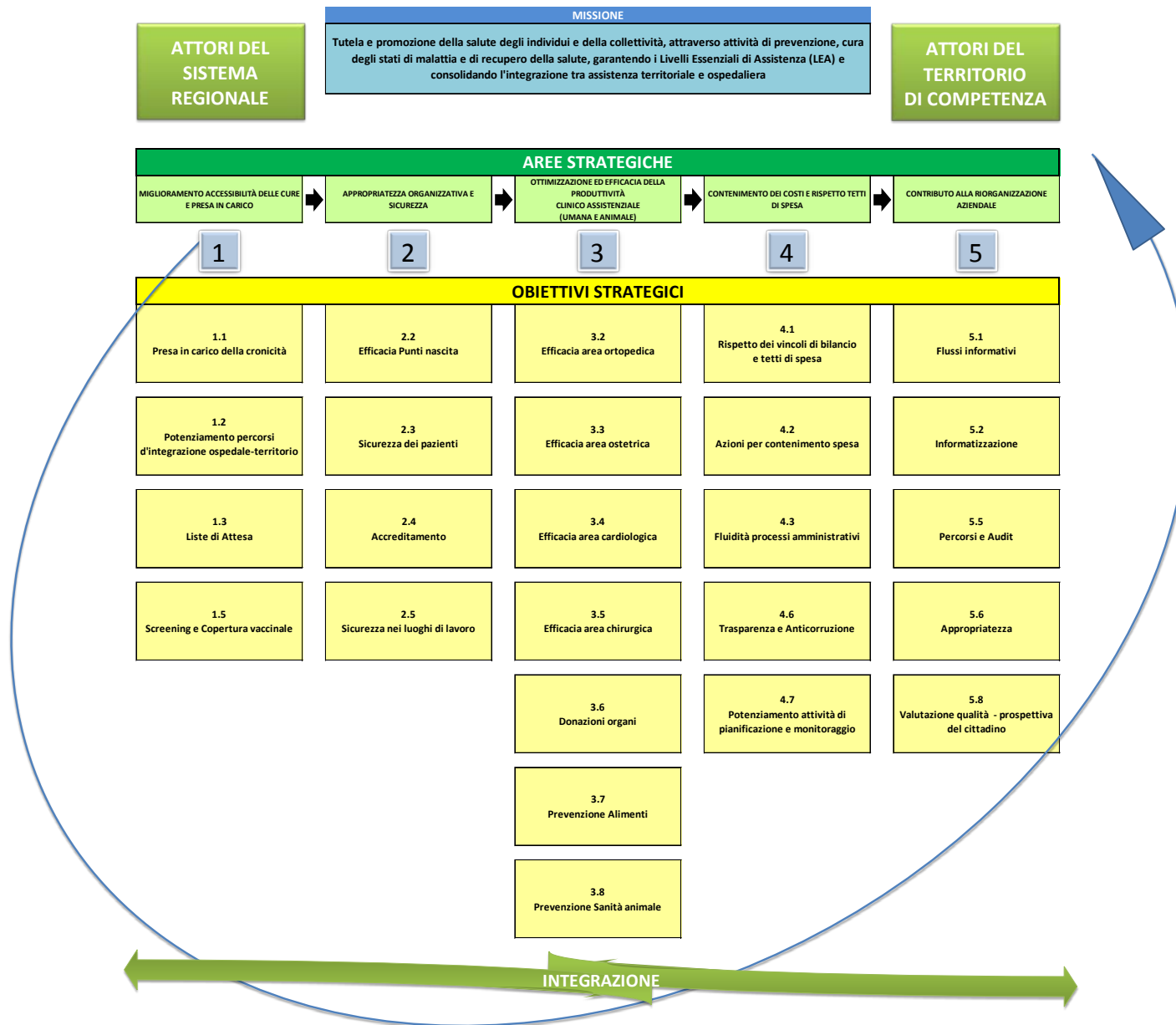
Successivamente a seguito dell'insediamento del Direttore Generale, con nota prot. U.-002192 del 13/06/2019 sono stati assegnati a tutte le UU.OO. gli obiettivi di Salute e Funzionamento 2019/2020 che minimamente si discostano dall'Albero della Performance 2019-2020, ma sono coerenti con gli obiettivi realmente assegnati al Direttore e con l'Albero delle performance che si illustra di seguito.

Relativamente alle pari opportunità del bilancio di genere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 57 del decreto legislativo n. 165/01, come modificato dall'art. 21 della legge 183 del 4.11.2010, l'Azienda, vista la rilevanza di tale ambito, annovera lo stesso tra le iniziative prerogativa del Direttore Generale. Si rinvia al paragrafo 5 per una disamina delle azioni poste in essere e dei risultati raggiunti,

I risultati circa il raggiungimento della performance di ciascuna macrostruttura per l'anno 2019, sono prodotti a seguito della definizione della valutazione da parte dell'OIV e formano parte integrante alla presente relazione.

Di seguito si riporta la rappresentazione grafica dell'*albero della performance* nella versione aggiornata con i nuovi obiettivi assegnati come sopra descritto, in allegato, la tabella riepilogativa

Albero della performance



3.2 OBIETTIVI STRATEGICI E OBIETTIVI OPERATIVI

Nel presente paragrafo si riporta il grado di raggiungimento in termini percentuali degli obiettivi strategici e operativi così come previsti nel sistema di misurazione e valutazione della performance.

Come già riportato in precedenza l'albero della performance principia dalla definizione delle Aree strategiche e declina le stesse in obiettivi strategici.

Nel processo di costruzione si è attribuita maggiore rilevanza a quegli obiettivi e/o risultati con una ricaduta più diretta sui cittadini/pazienti che si rivolgono alle strutture sanitarie.

Le aree e i relativi risultati, come si evince dagli allegati del verbale OIV del 24 novembre 2020, n. 20 OIV, sono riportati nella tabella seguente:

Tabella 3 Performance area strategica anno 2019

1 Miglioramento dell'accessibilità delle cure e della presa in carico	88%
2 Appropriately organizzativa e Sicurezza	94%
3 Ottimizzazione ed efficacia della produttività clinico assistenziale (umana e animale)	92%
4. Contenimento dei Costi e Rispetto tetti di spesa	94%
5. Contributo alla riorganizzazione aziendale	96%

Particolare attenzione è stata riservata agli obiettivi che miravano ad una forma di gestione integrata ospedale-territorio e/o all'integrazione fra professionisti che operano in livelli assistenziali diversi, in quanto da essa potevano derivare i migliori esiti assistenziali, sia in termini di salute, sia in termini di facilitazione per i pazienti. Così è stato sia nell'ambito della gestione integrata del diabete mellito fra Medici di Medicina Generale e specialisti ambulatoriali, sia nell'ambito della gestione integrata della gravidanza fisiologica tra i Consultori Familiari e i Punti Nascita ospedalieri, al fine di aumentare l'uso appropriato dei servizi sanitari ed il rispettivo intervento in "reti assistenziali" e ancora, nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, dei servizi di radiologia, di diagnostica di laboratorio, di anestesia, di farmacia.

Gli obiettivi strategici aziendali sono stati altresì declinati insieme ad opportuni obiettivi operativi sia nell'ambito dell'area territoriale, governata dai Distretti Sanitari, sia nell'ambito dell'area ospedaliera, organizzata nei tre Ospedali Riuniti, sia nell'ambito amministrativo per i quali sono stati definiti specifici obiettivi con riferimento alle singole Strutture complesse (UOC) in essa operanti.

Il compito istituzionale dell'ASP di tutelare e assicurare lo stato di Salute della Collettività e del Cittadino, attraverso l'erogazione delle prestazioni sanitarie essenziali ed appropriate (Livelli Essenziali di Assistenza), è stato perseguito sia direttamente che attraverso la loro acquisizione dalle strutture accreditate che operano sullo stesso territorio provinciale.

Per la migliore realizzazione del proprio mandato, l'Azienda ha puntato quindi sullo sviluppo dei sistemi di qualità, sulla massima accessibilità ai servizi, sull'equità delle prestazioni, sulla solidarietà nei confronti dei soggetti fragili, cronici o comunque disagiati, sull'accordo con gli Enti locali e sul collegamento con altre organizzazioni sanitarie, socio-sanitarie, di volontariato, nello spirito di massima integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali da garantire all'Utente.

Il servizio al Cittadino è stato la fondamentale ragion d'essere dell'Azienda.

Nelle tabelle seguenti ciascuna Area strategica è declinata in obiettivi strategici e operativi. Per ciascuno degli obiettivi, inoltre, si riporta come evidenziato negli allegati del citato verbale OIV n. 20/2020, il grado di raggiungimento del risultato atteso.

Tabella 4 Obiettivi strategici e Operativi

1 Miglioramento accessibilità delle cure e presa in carico	
Obiettivo strategico	Valutazione obiettivo strategico
1.1 Presa in carico della cronicità	66,67%
1.2 Potenziamento percorsi d'integrazione ospedale-territorio	97,88%
1.3 Liste di Attesa	98,10%
1.5 Screening e Copertura vaccinale	88,33%

88%

2 Appropriatelyzza organizzativa e Sicurezza	
Obiettivo strategico	Valutazione obiettivo strategico
2.2 Efficacia Punti nascita	95,00%
2.3 Sicurezza dei pazienti	82,56%
2.4 Accredimento	100,00%
2.5 Sicurezza nei luoghi di lavoro	100,00%

94%

3 Ottimizzazione ed efficacia della produttività clinico assistenziale (umana e animale)

Obiettivo strategico	Valutazione obiettivo strategico
3.2 Efficacia area ortopedica	99,67%
3.3 Efficacia area ostetrica	77,06%
3.4 Efficacia area cardiologica	99,41%
3.5 Efficacia area chirurgica	85,26%
3.6 Donazioni organi	80,00%
3.7 Prevenzione Alimenti	100,00%
3.8 Prevenzione in Sanità animale	100,00%

92%

4. Contenimento dei Costi e Rispetto tetti di spesa

Obiettivo strategico	Valutazione obiettivo strategico
4.1 Rispetto dei vincoli di bilancio e tetti di spesa	85,00%
4.2 Azioni per contenimento spesa	95,00%
4.3 Fluidità processi amministrativi	98,82%
4.6 Trasparenza e Anticorruzione	95,56%
4.7 Potenziamento attività di pianificazione e monitoraggio	95,00%

94%

5. Contributo alla riorganizzazione aziendale

Obiettivo strategico	Valutazione obiettivo strategico
5.1 Flussi informativi	100,00%
5.2 Informatizzazione	100,00%
5.5 Percorsi e Audit	98,77%
5.6 Appropriatelyzza	82,51%
5.8 Valutazione qualità - prospettiva del cittadino	100,00%

96%

Performance Organizzativa - Valutazione 2019

La performance organizzativa esprime il risultato che un'intera organizzazione, attraverso le sue singole articolazioni, consegue ai fini del raggiungimento di determinati obiettivi e, in ultima istanza, della soddisfazione dei bisogni dei cittadini.

La performance organizzativa è elemento determinante anche per il sostegno al raggiungimento degli obiettivi fissati per il Direttore Generale dell'ASP di Ragusa. Infatti, come si evince dall'Albero della performance, la Direzione Strategica ha voluto legare performance organizzativa al conseguimento del risultato degli obiettivi di mandato e contrattuali assegnati alla Direzione Generale.

È importante specificare che, a conclusione della verifica degli obiettivi 2019, solo per 20 obiettivi su 391 complessivi, è stata necessaria una manovra di sterilizzazione, a causa dell'impossibilità di gestione dell'indicatore da parte della Unità Operativa. Anche questo è un indicatore indiretto dell'evoluzione qualitativa del processo di attribuzione degli obiettivi dell'ASP di Ragusa. Infatti, il numero degli obiettivi sterilizzati è poco rilevante in termini numerici, e l'impossibilità di ottenere un risultato misurabile non è attribuibile alle Strutture, ma da imputare a dinamiche intercorse nel periodo che non erano prevedibili in alcun modo in sede di assegnazione degli obiettivi.

Si specificano di seguito i risultati analitici scaturiti dalla misurazione della performance organizzativa per l'anno 2019, così come valutati e rilevabili dai verbali dell'OIV dal n.12 al n.19 del novembre 2020:

Tabella 5 Valutazione Performance organizzativa per UU.OO.

OBIETTIVI ORGANIZZATIVI 2019		
Cod. CDC	Descrizione Unità Operativa	Punteggi
DG01200101	Affari Generali e Legali	97,95%
D101030302	Anatomia Patologica - PO Ragusa	97,50%
D201020201	Anestesia e Rianimazione - PO Modica	99,68%
D101040201	Anestesia e Rianimazione - PO Ragusa	83,50%
D201040201	Anestesia e Rianimazione - PO Vittoria	100,00%
AT01100401	Assistenza Sanitaria di Base - Ragusa	100,00%
AT01100301	Assistenza Specialistica - Ragusa	100,00%
D201020101	Cardiologia - PO Modica	94,41%
D10104010101	Cardiologia - PO Ragusa	97,44%
D201040101	Cardiologia - PO Vittoria	98,57%
D201020102	Chirurgia Generale - PO Modica	86,72%
D10104010401	Chirurgia Generale - PO Ragusa	92,13%
D201040102	Chirurgia Generale - PO Vittoria	95,29%
D201040103	Chirurgia Vascolare - PO Vittoria	92,21%
DG01090203	Comunicazione, Urp, Ufficio Stampa	95,00%
DG01090205	Controllo di Gestione	97,50%
AT010201	Dipartimento di Prevenzione Medica	91,79%
AT010404	Dipendenze Patologiche	100,00%
D10101	Direzione Amministrativa Ospedali Ragusa	95,55%
D20101	Direzione Amministrativa Ospedali Riuniti Modica-Scicli	97,50%
D2010498	Direzione Amministrativa Ospedali Riuniti Vittoria-Comiso	97,50%
D201020401	Direzione Medica di Presidio - PO Modica	97,50%
D101040401	Direzione Medica di Presidio - PO Ragusa	97,50%
D201040401	Direzione Medica di Presidio - PO Vittoria	97,50%
AT0112	Distretto Sanitario Modica	86,00%

Cod. CDC	Descrizione Unità Operativa	Punteggi
AT0111	Distretto Sanitario Ragusa	95,78%
AT0113	Distretto Sanitario Vittoria	100,00%
D101040202	Farmacia Ospedaliera - PO Ragusa	91,68%
DF21010101	Farmacia Territoriale - Ragusa	90,63%
DG01090206	Formazione	95,00%
D101040306	Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva - PO Ragusa	87,36%
D201020111	Geriatrics - PO Modica	76,00%
AT010302	Igiene Alimenti di Origine Animale	100,00%
AT010303	Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche	100,00%
D101040302	Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche - PO Ragusa	100,00%
D201020108	Malattie Infettive e Tropicali - PO Modica	91,60%
D201020107	Medicina Generale - PO Modica	91,83%
D10104010501	Medicina Generale - PO Ragusa	72,45%
D201040107	Medicina Generale - PO Vittoria	96,12%
AT011001	Medicina Legale e Fiscale	100,00%
D101020301	Medicina Trasfusionale ed Ematologia - PO Ragusa	100,00%
D201020109	Nefrologia e Dialisi - PO Modica	78,05%
D10104010201	Neonatologia - PO Ragusa	93,74%
D201040108	Neurologia - PO Vittoria	95,38%
AT010403	Neuropsichiatria infantile	100,00%
D201020103	Oculistica - PO Modica	61,51%
D101030102	Oculistica - PO Ragusa	63,10%
D201040104	Oculistica - PO Vittoria	68,41%
D101030107	Oncologia Medica - PO Ragusa	91,02%
D201020104	Ortopedia e Traumatologia - PO Modica	98,69%
D10104010601	Ortopedia e Traumatologia - PO Ragusa	98,76%
D201040105	Ortopedia e Traumatologia - PO Vittoria	97,83%
D201020105	Ostetricia e Ginecologia - PO Modica	98,17%
D10104010301	Ostetricia e Ginecologia - PO Ragusa	88,61%
D201040106	Ostetricia e Ginecologia - PO Vittoria	81,76%
D10104010901	Otorinolaringoiatria - PO Ragusa	98,23%
D201020110	Pediatria - PO Modica	99,41%
D10104010801	Pediatria - PO Ragusa	95,88%
D201040109	Pediatria - PO Vittoria	99,43%
DG0106	Prevenzione e protezione	100,00%
D201020203	Pronto Soccorso - PO Modica	72,94%
D101040204	Pronto Soccorso - PO Ragusa	71,24%
D201040203	Pronto Soccorso - PO Vittoria	71,90%
AT01040102	Psichiatria/SPDC 1 - Ragusa	97,22%
AT01040202	Psichiatria/SPDC 2 - Scicli	94,60%
DG0108	Psicologia	100,00%
DG01090204	Qualità, Rischio Clinico, Accreditamento	100,00%
D101040301	Radiologia - PO Ragusa	90,08%
D201040303	Radiologia - PO Vittoria	90,08%
D101030303	Radioterapia - PO Ragusa	100,00%
D20105010401	Recupero e Riabilitazione Funzionale - PO Comiso	97,05%
D20103010301	Recupero e Riabilitazione Funzionale - PO Scicli	93,46%
DG01200103	Risorse Umane	100,00%
AT010301	Sanità Animale	100,00%
DG01200201	Servizio Economico, Finanziario e Patrimoniale	96,70%
DG0105	Servizio Legale	96,70%
DG01200301	Servizio Provveditorato	92,58%
DG012004	Servizio Tecnico	100,00%
D10104010701	SC Urologia Ospedale Giovanni Paolo II - Ragusa	81,30%

Successivamente, sulla scorta della facoltà del Direttore Generale di valutare elementi ulteriori che dimostrino che il mancato raggiungimento di obiettivi è riconducibile a cause esogene non imputabili al Dirigente valutato, il grado di raggiungimento di alcuni obiettivi, a valle di un'analisi specifica, è stato rivisitato. In termini più specifici la Direzione, nel prendere atto di specifici eventi e situazioni contingenti, ha ritenuto dette cause connaturabili come esogene rispetto alla responsabilità del Dirigente di unità operativa.

Di seguito si descrivono le singole fattispecie.

L'OIV, nel citato verbale n.19/2020, ha considerato parzialmente raggiunto l'Obiettivo *Strategico "Trasparenza e Corruzione"* (90%), si rileva che questo obiettivo è stato previsto anche nel Contratto del Direttore Generale. In particolare il predetto Contratto mette in relazione gli obblighi di certificazione del Bilancio con l'Anticorruzione e la Trasparenza. La stipula del contratto tra il Direttore generale e la Regione Siciliana è avvenuta in corso d'anno. Successivamente, con nota Direttoriale prot. U.-002192 del 13/06/2019 sono stati assegnati a tutte le UU.OO. gli obiettivi di Salute e Funzionamento 2019/2020 e quelli derivanti dal citato Contratto. Quindi, se da un lato non può non rilevarsi il parziale raggiungimento dell'obiettivo di cui trattasi (90%), dall'altro questa la Direzione considera detto parziale raggiungimento frutto del disallineamento temporale tra l'assegnazione degli obiettivi da parte della Regione e l'assegnazione degli obiettivi ai singoli Dirigenti.

Inoltre, per adempiere sia al disposto normativo in materia, sia agli obblighi contrattuali, nell'ottobre del 2019, l'ASP di Ragusa nell'ambito dei propri processi amministrativi ha voluto facilitare i propri operatori nel fornire a terzi, chiara evidenza del rispetto degli obblighi di certificabilità dei sistemi amministrativo-contabili in accordo con le prescrizioni normative in materia di PAC (Percorso Attuativo di Certificabilità) e con l'Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione con specifico riferimento ai rischi corruttivi in sanità nonché agli obblighi di trasparenza. A tal fine ha indetto nell'ottobre 2019 una manifestazione di interesse a livello europeo avente l'obiettivo di individuare gli operatori economici per avviare apposita procedura negoziata inerente all'affidamento del servizio di certificazione del bilancio dell'Ente per il triennio 2019-2021, che consenta di conseguire gli obiettivi sopradetti. La procedura negoziata nel momento in cui è redatto questo documento è in corso di completamento.

Infine la Direzione, per le Unità Operative di seguito riportate, ha rivisitato il punteggio di performance organizzativa indicando puntualmente le relative cause esogene che hanno impattato sullo stesso:

➤ **Oculistica P.O. Modica**

- Obiettivo SF.01.06.04: Incremento del procurement di cornee in toto, da cadavere a cuore fermo e a cuore battente, non inferiore al 30%;
- Causa: il Responsabile dichiara che non è stato possibile effettuare alcun prelievo di cornee poiché nessun caso è stato segnalato dalle Unità Operative dove il paziente deceduto era ricoverato;
- Valutazione obiettivo: l'obiettivo viene stralciato per cause non dipendenti dalla volontà del Dirigente, ovvero per cause esogene. Il peso è ripartito;
- Punteggio finale Unità Operativa: **il punteggio finale si rivisita da 61,51% a 81,66%.**

➤ **Oculistica P.O. Ragusa**

- Obiettivo SF.01.06.04: Incremento del procurement di cornee in toto, da cadavere a cuore fermo e a cuore battente, non inferiore al 30%;

- Causa: il Responsabile dichiara che non è stato possibile effettuare alcun prelievo di cornee poiché nessun caso è stato segnalato dalle Unità Operative dove il paziente deceduto era ricoverato;
- Valutazione obiettivo: l'obiettivo viene stralciato per cause non dipendenti dalla volontà del Dirigente, ovvero per cause esogene. Il peso è ripartito;
- Punteggio Unità Operativa: **il punteggio finale si rivisita da 63,10% a 83,82%.**

➤ **Oculistica P.O. Vittoria**

- Obiettivo SF.01.06.04: Incremento del procurement di cornee in toto, da cadavere a cuore fermo e a cuore battente, non inferiore al 30%;
- Causa: il Responsabile dichiara che non è stato possibile effettuare alcun prelievo di cornee poiché nessun caso è stato segnalato dalle Unità Operative dove il paziente deceduto era ricoverato;
- Valutazione obiettivo: l'obiettivo viene stralciato per cause non dipendenti dalla volontà del Dirigente, ovvero per cause esogene. Il peso è ripartito;
- Punteggio Unità Operativa: **il punteggio finale si rivisita da 68,41% a 91,04%.**

➤ **Direzione Medica di Presidio - PO Modica**

- Obiettivo SF.01.04.01: Numero requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist punti nascita;
- Causa: il Responsabile dichiara la mancanza di personale, attrezzature e spazi per rispettare i requisiti della Checklist;
- Valutazione obiettivo: l'obiettivo viene stralciato per cause non dipendenti dalla volontà del Dirigente, ovvero per cause esogene. Il peso è ripartito tra gli altri obiettivi anziché considerare l'obiettivo raggiunto all'87%;
- Punteggio Unità Operativa: **il punteggio finale si rivisita da 97,50% a 100%.**

➤ **Direzione Medica di Presidio - PO Ragusa**

- Obiettivo SF.01.04.01: Numero requisiti garantiti/Totale requisiti previsti dalla Checklist punti nascita;
- Causa: il Responsabile dichiara la mancanza di personale, attrezzature e spazi per rispettare i requisiti della Checklist;
- Valutazione obiettivo: l'obiettivo viene stralciato per cause non dipendenti dalla volontà del Dirigente, ovvero per cause esogene. Il peso è ripartito tra gli altri obiettivi anziché considerare l'obiettivo raggiunto al 90%;
- Punteggio Unità Operativa: **il punteggio finale si rivisita da 97,50% a 100%.**

➤ **Direzione Medica di Presidio - PO Vittoria**

- Obiettivo SF.01.04.01: Numero requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist punti nascita;
- Causa: il Responsabile dichiara la mancanza di personale, attrezzature e spazi per rispettare i requisiti della Checklist;
- Valutazione obiettivo: l'obiettivo viene stralciato per cause non dipendenti dalla volontà del Dirigente, ovvero per cause esogene. Il peso è ripartito tra gli altri obiettivi anziché considerare l'obiettivo raggiunto al 90%;
- Punteggio Unità Operativa: **il punteggio finale si rivisita da 97,50% a 100%.**

➤ **Controllo di Gestione**

- SF.01.22.21: Ridefinizione e riprogettazione del sistema di valutazione aziendale;

- Causa: il Responsabile dichiara che il Sistema di Misurazione è stato riprogettato e ridefinito in relazione a quanto di competenza (sono state predisposte nuove schede obiettivi e stato ridefinito il sistema di condivisione degli obiettivi ed altro ancora). Inoltre comunica che quanto rilevato dall'OIV non riguarda i propri ambiti, ma competenze di altri Uffici;
- Valutazione obiettivo: l'obiettivo viene considerato raggiunto al 100% anziché al 90% per quanto di pertinenza e quanto assegnato al Dirigente;
- Punteggio Unità Operativa: **il punteggio finale si rivisita da 97,50% a 99,15%.**

➤ **Servizio Provveditorato**

- Obiettivo SF.01.23.10 Acquisto di beni e servizi, nel rispetto della normativa vigente. Ricorso esclusivo alle procedure CONSIP e Me.Pa, ai sensi art.15, comma 13, lett d) della Legge 7 agosto 2012, n.135 di conversione con modificazioni del DL 6 Luglio 2012, n.95;
- Causa: il Responsabile ha dichiarato l'inesistenza di gare al di fuori della normativa allegando la relativa documentazione;
- Punteggio obiettivo: l'obiettivo viene considerato raggiunto al 100% anziché al 50%

- Obiettivo SF.01.22.01 Pubblicazione dei dati di competenza del settore nel sito "Amministrazione trasparente" nel rispetto di quanto previsto nel piano trasparenza 2017-19;
- Causa: il Responsabile comunica che dati sono pubblicati ed esiste solo una cartella in più che doveva essere eliminata da altri uffici, in particolare dal Responsabile della Trasparenza;
- Punteggio obiettivo: l'obiettivo viene considerato raggiunto al 100% anziché al 50%

- Punteggio Unità Operativa: **il punteggio finale si rivisita da 92,58% a 100%**

3.3 OBIETTIVI INDIVIDUALI

Le tabelle sottostanti definiscono le fasce di valutazione individuale dei Dirigenti suddivisi in II livello, I livello e il totale del comparto.

Il 94,12% dei dirigenti di II livello sul totale hanno ottenuto un punteggio uguale o superiore a 90, il 5,88 sono al di sotto del 90. Il 97,33% dei dirigenti di I livello ha un punteggio uguale o superiore a 90.

Nella valutazione individuale il comparto il 96,14% ha un punteggio superiore o uguale a 90.

Tabella 6 Valutazione Performance Individuale

Tipologia	Fasce valutazioni			
	100-90	89-80	79-70	69-60
Dirigente II livello	94.12%	5,88%	0	0
Dirigente I livello	97.33%	2.52%	0	0,15
Comparto	96.14%	2,83%	0.68%	0,34%
Totale complessivo	96,31%	2,85%	0,54%	0,30%

Figura 5 obiettivi individuali punteggio 100-90

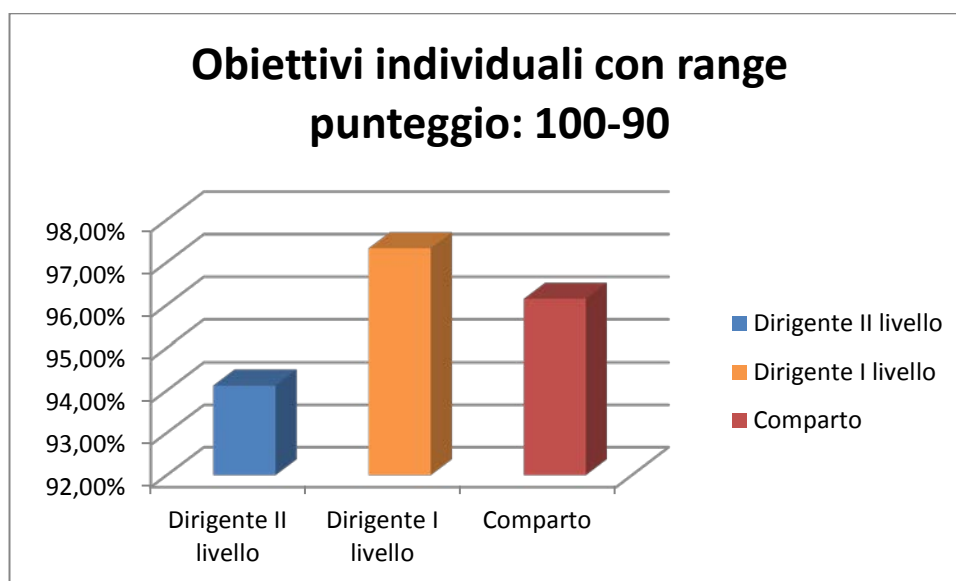


Figura 6 obiettivi individuali punteggio 89-80

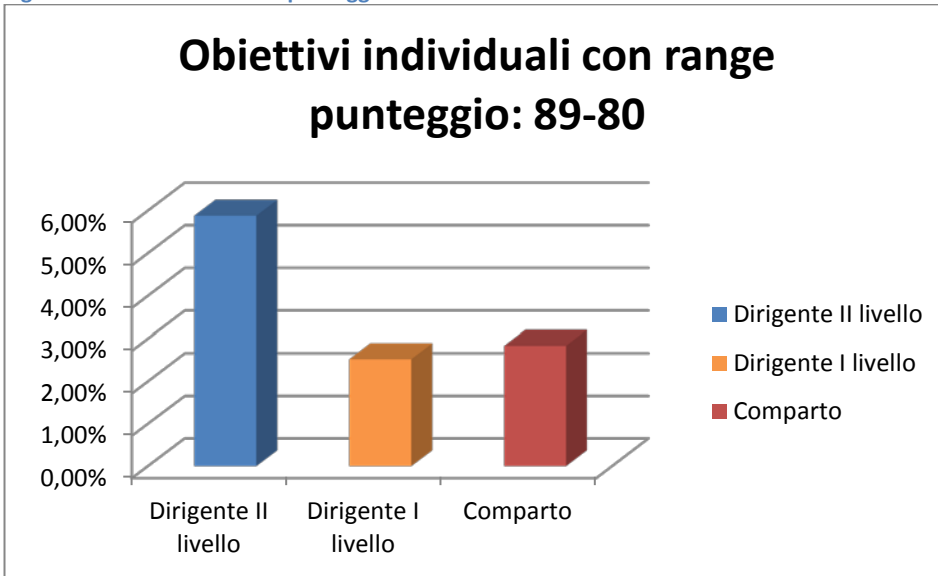


Figura 7 obiettivi individuali punteggio 79-70

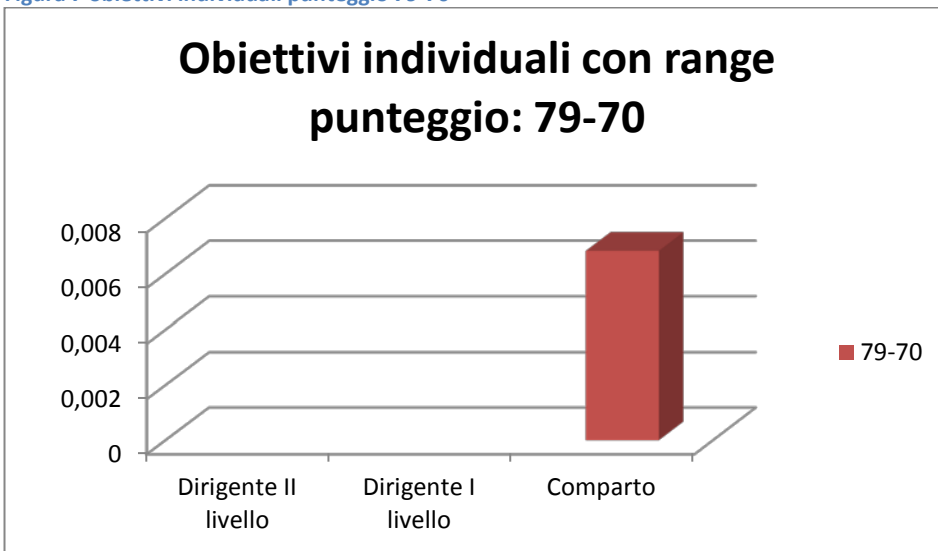
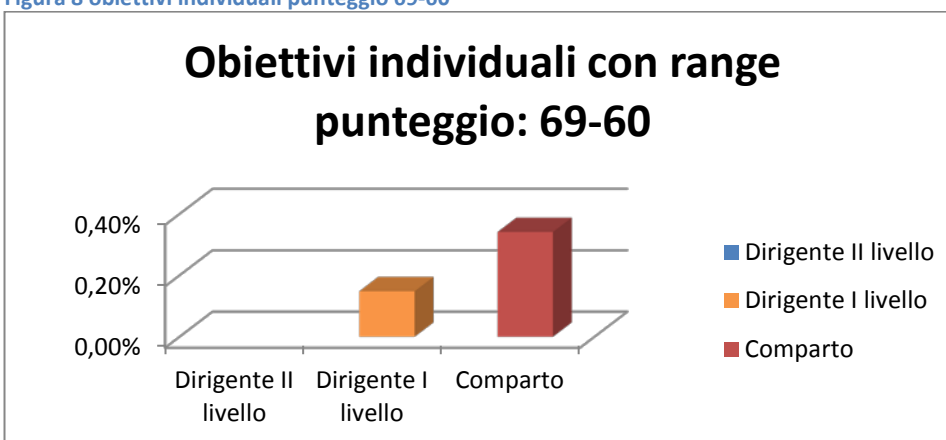


Figura 8 obiettivi individuali punteggio 69-60



4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

4.1 Le risorse finanziarie

L'ASP di Ragusa, considerando i dati di Conto Economico, registra nell'anno 2019 un risultato di esercizio pari ad € 102.147. Sul dato del valore della produzione, il dato delle entrate proprie si mantiene costante all'8%; sul dato del costo della produzione le voci di costo più rilevanti riguardano i fattori produttivi interni (acquisti beni e servizi e personale per un totale di 94%).

Tabella 7 Sintesi CE 2019 e confronto CE 2018 espressi in migliaia di €

	2019	2018
Totale valore della produzione (A)	572.354	560.520
<i>% entrate proprie su totale valore della produzione</i>	<i>8%</i>	<i>8%</i>
Totale costi della produzione (B)	559.244	546.443
<i>% costo fattori produttivi interni (personale e acquisti per beni e servizi)</i>	<i>94%</i>	<i>94%</i>
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-603	-100
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-
Totale proventi e oneri straordinari (E)	1.472	-395
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	13.979	13.582
Totale imposte e tasse	13.877	13.420
RISULTATO DI ESERCIZIO	102	162

Fonte: Settore Economico-Finanzia

Le risorse finanziarie ed economiche di cui l'Azienda dispone per il compimento della propria "missione" appaiono fondamentali per sostenere i costi della produzione delle prestazioni sanitarie rese all'Utenza e derivano principalmente dalle assegnazioni effettuate dal Fondo Sanitario Regionale (Assessorato Regionale per la Salute) sulla base della cosiddetta "quota capitaria". L'Azienda utilizza gli schemi del Conto Economico previsti dal Ministero della Salute (DDG 109/2014), in cui espone i valori della produzione e dei costi della produzione in migliaia di euro.

Si riportano di seguito i dati principali del Conto Economico per il 2019 confrontati con il 2018 e il relativo scostamento.

Tabella 8 Analisi Conto Economico 2018/2019 valori espressi in migliaia di €

CODICE	VOCE MODELLO CE	2019	2018	SCOSTAMENTI
	A) VALORE DELLA PRODUZIONE			
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	522.779	507.640	15.139
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-2.036	-3.613	1.577
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	1.640	6.749	-5.109
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	27.029	31.499	-4.470
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	10.483	6.532	3.951
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	3.708	3.389	319
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	8.459	8.017	442
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	293	308	-15
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	572.354	560.520	11.834
	B) COSTI DELLA PRODUZIONE			
BA0010	B.1) Acquisti di beni	84.551	85.735	-1.184
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	246.603	239.951	6.652
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	5.960	5.556	404
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	8.278	7.301	977
BA2080	Totale Costo del personale	192.408	188.881	3.527
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	153.207	150.196	3.011
BA2220	B.5.B.3) Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro	89		89
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	22.602	22.523	79
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	15.644	15.380	264
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	2.363	1.719	644
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	534	516	18
BA2580	B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	8.535	8.200	335
BA2590	B.11.A) Ammortamento dei fabbricati	4.203	4.043	160
BA2620	B.11.B) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	4.332	4.157	175
BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0	310	-310
BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze	3.012	-253	3.265
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	6.998	8.526	-1.528
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	559.244	546.443	12.801
	C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI			
CA0010	C.1) Interessi attivi	0	0	0
CA0050	C.2) Altri proventi	28	57	-29
CA0110	C.3) Interessi passivi	118	157	-39
CA0150	C.4) Altri oneri	513	0	513
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-603	-100	-503
	D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE			
DA0010	D.1) Rivalutazioni	0	0	0
DA0020	D.2) Svalutazioni	0	0	0
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0
	E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI			
EA0010	E.1) Proventi straordinari	2.384	1.354	1.030
EA0260	E.2) Oneri straordinari	912	1.749	-837
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	1.472	-345	1.817
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	13.979	13.583	396
	IMPOSTE E TASSE			
YA0010	Y.1) IRAP	13.800	13.343	457
YA0060	Y.2) IRES	77	77	0
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	13.877	13.420	457
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	102	162	-60

5. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità è stato costruito, ai sensi dell'art. 57 del decreto legislativo n. 165/01, come modificato dall'art. 21 della legge 183 del 4.11.2010, fin dal 2012, con Deliberazione del Direttore Generale n. 354 del 6 marzo 2012, avente ad oggetto "*Costituzione CUG per la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni*" e con la quale si è proceduto alla sostituzione del Comitato delle Pari Opportunità, del quale ha assorbito le funzioni.

Il Direttore Generale appena insediatosi ha voluto dare nuovo impulso ai lavori del CUG, valorizzando i compiti propositivi, consultivi, e di verifica. Intendo garantire al personale il rispetto dei principi di pari opportunità, di contrastare qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica, assicurando parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione per motivi di genere, sindacali, di età, disabilità, orientamento sessuale, ecc.

Conseguentemente per realizzare i sopradetti fini con Deliberazione n 851 del 29/03/2019, si è nominati il nuovo Presidente del Comitato Unico di Garanzia, affidandogli il compito di riprogettare l'intero sistema de quo.

Sono stati progettati eventi formativi da realizzarsi durante il 2020 e che avessero lo scopo sia di chiarire alcuni concetti importanti (pari opportunità, contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica, benessere organizzativo etc) sia di promuovere un'azione formativa vera e propria.

Il progetto formativo è stato previsto in tre edizioni per garantire ai dipendenti di partecipare e per essere maggiormente accessibile si è pensato di proporlo in tre sedi differenti, una per ciascun Distretto. Si sono presi contatti con la consigliera di parità provinciale e con C.U.G. di vari enti tra cui quello della Regione Siciliana.

Altra azione prevista è stata il potenziamento del CUG attraverso il reclutamento di personale da destinare al Comitato.

Si ritiene riportare lo stato di attuazione del progetto al tempo in cui si redige il presente documento. Nel 2020 l'esecuzione del progetto è stata sospesa a causa della pandemia, per poi riprendere allorquando la morsa pandemica si è affievolita, nel luglio 2020, infatti, è stato emanato l'avviso di selezione del personale. Nella tabella sottostante vengono indicati i dati riguardanti il genere femminile fra i dipendenti aziendali.

Tabella 9 Analisi di genere

ANALISI DI GENERE	NUMERO	%	
% DIRIGENTI DONNE CON INCARICHI S.C.	5	11,90%	SU TOTALE DI 42 DIRETTORI S.C.
% DIRIGENTI DONNE CON INCARICHI S.S.	3	16,67%	SU TOTALE DI 18 DIRETTORI S.S.
NUM.DIPENDENTI DONNA	2180	57,95%	
ETA' MEDIA DIPENDENTI DONNA	51,61%		
% DIP.DONNE LAUREATE RISPETTO TOT.DIPENDENTI	584	15,52%	

Fonte: Ufficio Risorse Umane

Tabella 10 Fascia di Età Donne a Tempo indeterminato e determinato

DONNE DIPENDENTI A TEMPO DETERMINATO E INDETERMINATO		
Fascia età	Dipendenti	Età media
25-29	41	28,05
30-34	96	32,32
35-39	121	36,77
40-44	150	42,32
45-49	396	47,04
50-54	432	52,09
55-59	499	57,2
60-64	364	61,74
65+	81	65,7
Totale complessivo	2180	

Fonte: Ufficio Risorse Umane

Tabella 11 Fascia di età Dirigenti donne a tempo indeterminato e determinato

FASCIA DI ETA' DIRIGENTI DONNA A TEMPO DETERMINATO E INDETERMINATO		
FASCIA DI ETA'	DIPENDENTI	ETA' MEDIA
25-29	0	0
30-34	12	33
35-39	49	36,86
40-44	46	41,96
45-49	43	46,79
50-54	37	52,3
55-59	46	57,07
60-64	61	62,1
65+	13	65,62
Totale complessivo	307	

Fonte: Ufficio Risorse Umane

6. PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLE PERFORMANCE

6.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITÀ

Il Sistema di misurazione e valutazione delle performance rappresenta lo strumento a supporto della capacità dell'Azienda di programmare e rendere conto della propria azione; esso trova concretezza con l'effettiva messa in atto delle procedure annuali di misura e valutazione dei risultati (organizzativi ed individuali) e si svolge secondo uno schema logico-temporale, il c.d. ciclo di gestione delle performance. Nell'Azienda il processo seguito per la redazione della Relazione è coordinato dall'Ufficio Controllo di Gestione e programmazione strategica.

La UOC Controllo di Gestione ha redatto la presente relazione utilizzando i dati tratti dal sistema informativo aziendale, ovvero dagli stessi flussi informativi inviati al Ministero della Salute, al Ministero dell'Economia e All'Assessorato alla Salute. Inoltre, sono stati utilizzati i dati ISTAT.

Altri dati relativi al Piano Attuativo Aziendale, sono stati forniti dai referenti di ciascuna delle attività programmate.

Alla redazione della Relazione sulla Performance 2019, hanno contribuito, in particolare:

- La UOC Controllo di Gestione e SIL per la parte relativa al ciclo della scheda di valutazione Performance Organizzativa;
- la U.O.C. Risorse umane, per la parte relativa alla valutazione della Performance Individuale e conseguente trattamento economico accessorio.

Il Processo di redazione della relazione del Piano della Performance anno 2019, si è articolato nello sviluppo dei dati relativi ai seguenti documenti:

- Obiettivi previsti nel Piano della Performance relativi all'anno 2019. Nel corso dell'anno si è operato un costante monitoraggio degli obiettivi, individuando per ciascun indicatore il raggiungimento del valore atteso.
- Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi. Il Dirigente dell'Ufficio Controllo di Gestione è stato individuato quale coordinatore a livello regionale per l'ASP di Ragusa, dell'attività relativa alla predisposizione e monitoraggio delle azioni previste, occupandosi di seguire tutte le fasi del processo, organizzando riunioni operative e convocazioni singole con i vari referenti, al fine di rispettare la scadenza prevista sia per la consegna della scheda, sia del monitoraggio delle azioni. A seguito della predisposizione del sistema di monitoraggio è seguita la rendicontazione degli indicatori degli obiettivi di salute e funzionamento per la verifica del rispetto del valore atteso.

La UOC Controllo di gestione e SIL ha coordinato l'attività di valutazione delle schede obiettivo per l'anno 2019 attraverso:

- Il monitoraggio della trasmissione delle relazioni finali da parte dei CdR;
- La verifica della completezza delle sopradette relazioni in ordine alla completezza delle informazioni trasmesse
- Convocazione dei CDR in caso di criticità e/o richiesta di integrazione e/o chiarimenti.

L'ufficio Controllo di Gestione ha supportato l'OIV, nella fase della valutazione, mettendo a disposizione tutto il materiale necessario ai fini della valutazione. La relazione, integrata con la documentazione necessaria è trasmessa all'OIV ai fini della validazione.

6.2. Punti di forza e punti di debolezza del ciclo della Performance

La gestione del Ciclo di gestione delle performance prevede un continuo monitoraggio di tutti gli ambiti e fasi che lo compongono. L'OIV, con il supporto della STP, oltre ad accertare la corretta applicazione delle metodologie, ove ne ravveda l'opportunità, sottopone all'attenzione della Direzione aziendale la necessità di procedere ad interventi correttivi o migliorativi. Tenendo conto del D.A. n. 1821/2011 del 26/9/2011, il sistema premiante 2019 è collegato alla performance organizzativa e individuale, con riferimento alle UU.OO. o aree di responsabilità in cui si articola l'Azienda.

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

Il punteggio percentuale attribuito, unitamente alla performance individuale, incide sulla quota di fondo premiante effettivamente maturata dai dipendenti dell'U.O. assegnataria di budget.

Si riporta nella tabella sottostante un'analisi sintetica dei punti di forza e di debolezza che hanno influenzato il ciclo della performance aziendale.

Tabella 12 : Punti di Forza e Punti di Debolezza

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
Rafforzamento del <i>middle management</i> attraverso la ricerca e la selezione di professionisti sanitari da assegnare funzioni gestionali e di coordinamento tecnico-scientifico	Resistenze degli operatori aziendali alle innovazioni culturali, organizzative e tecnologiche
Attuazione delle attività per la riorganizzazione dei servizi del territorio e maggiore sensibilizzazione relativamente all'integrazione tra ospedale e territorio (come dimostrato, ad esempio, da un maggiore utilizzo del day service, da un minor ricorso all'ospedalizzazione per le persone anziane perchè prese in carico con l'assistenza territoriale, attivazione dei PPIP ecc.) con un coinvolgimento attivo dei MMG (ad esempio, attivazione delle AFT)	Residua inapproprietezza in alcune tipologie di prestazioni
Maggiore consapevolezza da parte dei professionisti della necessità di rifunionalizzare i servizi e migliore cultura orientata alla valutazione della gestione aziendale in base ai risultati	Resistenza per la riorganizzazione e riallocazione delle risorse in base ai picchi di attività
Maggiore diffusione della cultura legata al rischio clinico e alla qualità (percorsi, procedure, protocolli)	

Attuazione di misure operative per il contenimento della spesa e di recupero di efficienza	
Potenziamento della rete informatica	
Maggiore consapevolezza tra le funzioni amministrative e I CdR ordinatori di spesa della definizione di procedure e di rendere evidenti le diverse fasi	

L'Azienda si propone di affinare il processo di valutazione connesso a tutto il ciclo della performance per renderlo più aderente alle nuove logiche puntando soprattutto ad agire sulle aree di miglioramento rilevate. In particolare occorre:

- rivedere la tempistica di realizzazione del ciclo della performance al fine di consentire la chiusura del processo valutativo e le azioni consequenziali entro il primo semestre dell'anno successivo a quello di riferimento;
- sviluppare e fornire ai valutatori interni una formazione metodologica delle nuove regole in atto solo occasionalmente interiorizzata;
- sviluppare il sistema di monitoraggio degli obiettivi ed a tal fine gli indicatori allo scopo dedicati che non possono prescindere da un consolidato ed attendibile sistema informativo;
- tempistica delle diverse procedure di programmazione e controllo;
- oggettività, trasparenza ed equità dei contenuti di programmazione;
- revisione degli strumenti di programmazione, con particolare riferimento alle schede di budget;
- migliorare la qualità e tempestività dei flussi informativi aziendali e della connessa reportistica;
- razionalizzazione dei regolamenti aziendali a vario titolo impattanti sul Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance

Altro obiettivo, avviato nell'anno 2019, è finalizzato ad implementare un Sistema Informativo capace di acquisire, conservare, elaborare ed integrare i dati gestionali in un sistema organico che produca informazioni fruibili agli attori istituzionali, ai vari livelli dell'organizzazione, consentendo di procedere a quelle misurazioni di efficacia e di efficienza che rilevano ai fini dell'economicità dell'organizzazione.

6.3 Gestione, Coordinamento E Collegamento Con Il Programma Triennale Della Corruzione E Per La Trasparenza

L'A.N.A.C con Delibera n.831 del 3 agosto 2016 ha approvato in via definitiva il nuovo Piano Anticorruzione Nazionale.

L' ASP di Ragusa, già dal 2016, adotta, un unico Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza.

Le misure individuate nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (P.T.P.C.T.) devono essere adottate in relazione sia alla organizzazione aziendale, sia ai progetti o ai programmi elaborati per altre finalità, evidenziando così l'integrazione delle misure di prevenzione della corruzione con le misure organizzative aziendali. L'adozione di tali misure preventive non deve risultare un mero adempimento bensì deve rientrare nella politica di riorganizzazione in accordo con ogni altra politica di miglioramento organizzativo.

La Trasparenza, già uno dei pilastri portanti della politica anticorruzione, impostata dalla L. 190/2012, è stata prevista nel PTPCT come specifica sezione, nella quale devono essere indicate le azioni, i flussi informativi attivati o da attivare per dare attuazione sia agli obblighi generali di pubblicazione di cui al d.lgs. n. 33/ 2013 e n.97/16 che alle misure di trasparenza individuate anche come misure di specifica prevenzione della corruzione.

IL PTPCT è uno strumento attraverso il quale l'Amministrazione, rendendo conoscibili i livelli di performance conseguiti e complessivamente e dalle specifiche strutture organizzative in cui si articola, intende responsabilizzarsi nei confronti dei propri stakeholders. Il Piano, oltre ad attivare un costante osservatorio dei livelli di efficacia ed efficienza dell'attività svolta dall'Azienda, prevede una serie di iniziative per la conoscibilità dei suoi stessi contenuti, quindi per garantire un opportuno livello di trasparenza, presidio di legalità e prevenzione della corruzione e, al contempo, strumento di sviluppo della cultura della responsabilizzazione nell'utilizzo delle risorse pubbliche. Il Piano precisa i compiti e le funzioni dei "responsabili per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza", prevede una sistematizzazione complessiva dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi; disciplina l'istituto dell'accesso civico, implementato ed integrato dall' "accesso civico generalizzato", implementa il sistema dei controlli e delle sanzioni sull'attuazione delle norme in materia di anticorruzione e trasparenza. Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, oltre a costituire un livello essenziale delle prestazioni erogate, rappresenta un valido strumento di diffusione ed affermazione della cultura delle regole, nonché di prevenzione e di lotta ai fenomeni corruttivi, indica le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo ai

dirigenti responsabili dei vari uffici/strutture.

Gli obiettivi ivi contenuti sono, altresì, formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa della ASP definita nel Piano triennale delle performance e negli altri documenti di programmazione.

Già nell'anno 2016 è stato avviato il processo d'integrazione con altri atti di programmazione e gestione in particolare con il Piano della Formazione. Il principio di integrazione è più volte richiamato dall' ANAC, che ne fa uno dei punti cardine per garantire la sostenibilità delle misure del Piano per perseguirne l'efficacia, indicando strategicamente il collegamento delle misure di prevenzione agli obiettivi previsti (per gli stessi soggetti) nel Piano delle Performance e la loro attuazione quale elemento di valutazione della performance individuale e organizzativa. Tale strategia caratterizza i collegamenti col piano della performance nel PTPCT 2019-2021. Ciò permetterà di sviluppare l'obiettivo finalizzato ad individuare in modo sinergico (con il coinvolgimento del RPC, del CDG, dei Dirigenti delle UU.OO. e della Direzione Strategica) le misure di controllo del rischio corruttivo quali obiettivi organizzativi del ciclo della performance .

All'OIV è attribuito il compito di monitorare l'attuazione di una gestione aziendale secondo principi di trasparenza ed integrità, cioè sull'impegno dell'intera organizzazione a render conto, sia all'interno che all'esterno della stessa, delle modalità di gestione delle risorse disponibili e soprattutto dei risultati conseguiti a vantaggio dei cittadini e di ogni altro portatore d'interesse.

Alla luce di quanto premesso, rivestono un ruolo significativo le procedure adottate e la loro continua revisione, stando che sono già usate ed entrate a pieno regime dal 2016.

Le azioni mirate alla riduzione del rischio si pongono, come obiettivo, la verifica della corretta esecuzione delle procedure di cui trattasi. In tal senso assume un'importanza strategica la Funzione di Internal Audit.

Per quanto sopra l'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa, nell'ambito delle proprie attività svolte nel settore amministrativo, nel corso del 2019, ha voluto facilitare i propri operatori nel fornire a terzi, chiara evidenza del rispetto degli obblighi di certificabilità dei sistemi amministrativo-contabili in accordo con le prescrizione normative in materia di PAC (Percorso Attuativo di Certificabilità) e con l'Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione con specifico riferimento ai rischi corruttivi in sanità nonché agli obblighi di trasparenza. A tal fine ha indetto nell'ottobre 2019 una manifestazione di interesse avente l'obiettivo di individuare gli operatori economici per avviare apposita procedura negoziata inerente l'affidamento del servizio di certificazione del bilancio dell'Ente per il triennio 2019-2021, che consenta di conseguire gli obiettivi sopradetti. La procedura negoziata nel momento in cui è redatto questo documento è in corso di completamento.