REGIONE SICILIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA
DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

OGGETTO: Approvazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025- 2027.

Dimostrazione della compatibilità economica **Bilancio 2025** Centro di costo _____ Conto economico _____ Budget assegnato _____ Budget già utilizzato _____ Budget disponibile _____ da cui prelevare la spesa prevista per il presente atto, pari ad € _____ Disponibilità residua di budget € _____ **Visto Contabile** **Si attesta la copertura finanziaria come da prospetto allegato che fa parte integrante della presente delibera.** **Il Direttore della U.O.C.** **Economico Patrimoniale** **Dott. Vincenzo Bastante** Fondi vincolati Fondi PSN Fondi PO FESR Fondi PNRR	**U.O.C. Coordinamento Uffici di Staff** **Il Direttore della U.O.C.** **Coordinamento Uffici di Staff** Dott. Claudio Tinè Firmato digitalmente **Il Responsabile del Procedimento** **Il Responsabile della** **Struttura Tecnica Permanente** Dott. ssa Alessia Rubino

Il Direttore Generale, Dott. Ing. Alessandro Caltagirone, nominato con Decreto del Presidente della Regione n. 316/Serv.1°/S.G. del 21/06/2024, coadiuvato dalla Dott.ssa Ornella Maria Monasteri, Direttore Amministrativo e dal Dott. Salvatore Madonia, Direttore Sanitario nonché con l'assistenza della Dott.ssa Maria Cristina Bolazzi con funzioni di segretario, ha adottato la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata:

ASPSR - protocollo n. ASPSR-2025-0012842 del 31/01/2025

IL DIRETTORE DELLA UOC COORDINAMENTO UFFICI DI STAFF
Dott. Claudio Tinè

VISTO il D.Lgs. n.502/92 e s.m.i.;

VISTA la L.R. n.5/2009 e s.m.i.;

VISTA la l. 241/90 smi;

VISTO il vigente Atto Aziendale adottato con Deliberazione n. 1006 del 30/12/2019 ed approvato con Decreto Assessoriale n. 163 del 03/03/2020, modificato ed integrato con delibere n. 1086 del 05/08/2022 e n. 1381 del 18/10/2022;

PREMESSO che il D.L. n. 80 del 9 giugno 2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito con modificazioni in Legge n. 113 del 6 agosto 2021, ha previsto per le Pubbliche Amministrazioni, con più di cinquanta dipendenti, l'adozione di un Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), di durata triennale, quale documento unico di programmazione e governance, nel quale confluiscono i seguenti strumenti di programmazione:

- Piano delle performance;
- Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- Piano dei fabbisogni di personale;
- Piano per il lavoro agile (POLA);
- Programmazione dei fabbisogni formativi;

CONSIDERATO CHE lo scopo del PIAO è quello di "assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso";

CHE il Piano definisce, altresì, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi (c.d. questionari di gradimento), mediante gli strumenti di cui al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, "*Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*", nonché le modalità di monitoraggio dei procedimenti attivati, ai sensi del decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198, "*Attuazione dell'articolo 4 della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ricorso per l'efficienza delle amministrazioni e dei concessionari di servizi pubblici*";

CHE il PIAO, con i relativi aggiornamenti, va pubblicato "entro il 31 gennaio di ogni anno nel proprio sito internet istituzionale e inviato al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo portale";

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n. 81, pubblicato sulla GURI n.151 del 30/06/2022, "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di Attività e Organizzazione", a norma del quale sono soppressi, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), gli adempimenti inerenti ai piani di cui alle seguenti disposizioni:

ASPSR - protocollo n. ASPSR-2025-0012842 del 31/01/2025

a) articolo 6, commi 1, 4 (Piano dei fabbisogni) e 6, e articoli 60-bis (Piano delle azioni concrete) e 60-ter, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

b) articolo 2, comma 594, lettera a), della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio);

c) articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance);

d) articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190 (Piano di prevenzione della corruzione);

e) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Piano organizzativo del lavoro agile);

f) articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Piani di azioni positive);

VISTO il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, 24 giugno 2022, con il quale sono stati definiti i contenuti del Piano Integrato di Attività e Organizzazione di cui all'art.6, comma 6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113;

VISTO il progetto di PIAO elaborato, per ciascuna sezione dalle competenti Unità Operative dell'Azienda;

RITENUTO di poter approvare il Piano Integrato di Organizzazione e Attività 2025/2027, allegato al presente provvedimento;

ATTESTATA la legittimità dell'atto perché conforme alle norme di legge in materia

PROPONE di

APPROVARE il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027, allegato al presente atto, per farne parte integrante e sostanziale;

PUBBLICARE il Piano nella sezione dedicata dell'Amministrazione Trasparente del sito istituzionale;

INVIARE il PIAO 2025-2027 al Dipartimento della Funzione Pubblica - Presidenza del Consiglio dei Ministri;

DARE contezza dell'adozione del presente Provvedimento ai soggetti interessati;

DICHIARARE il presente atto immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 65 comma 7 della L.R. n. 25/1993, sostituto dall' art. 53 della L.R. n. 30/93 e s.m.i., stante la necessità di adozione nei termini previsti dalla legge.

Il Direttore della U.O.C. Coordinamento
Uffici di Staff
Dott. Claudio Tinè
Firmato Digitalmente

ASPSR - protocollo n. ASPSR-2025-0012842 del 31/01/2025

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Ing. Alessandro Caltagirone

Preso atto della proposta di deliberazione che precede e che qui si intende di seguito riportata e trascritta;
Preso atto che il Direttore della U.O.C. Coordinamento Uffici di Staff che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo ed utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3 del D.L. 23 ottobre 1996, n. 543 coordinato con la legge di conversione 20 dicembre 1996, n. 639 e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della Legge 6 novembre 2012 n. 190 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella Pubblica Amministrazione – nonché nell'osservanza dei contenuti del PIAO-2024-2026 – sezione 2 "Valore pubblico, performance e anticorruzione" adottato con deliberazione n. 121 del 30 gennaio 2024.

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

Secondo la superiore proposta formulata dal Direttore della U.O.C. Cordinamento Uffici di Staff proponente e per i motivi espressi nella medesima:

Di adottare il seguente atto

APPROVARE il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027, allegato al presente atto, per farne parte integrante e sostanziale;

PUBBLICARE il Piano nella sezione dedicata dell'Amministrazione Trasparente del sito istituzionale;

INVIARE il PIAO 2025-2027 al Dipartimento della Funzione Pubblica - Presidenza del Consiglio dei Ministri;

DARE contezza dell'adozione del presente Provvedimento ai soggetti interessati;

DICHIARARE il presente atto immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 65 comma 7 della L.R. n. 25/1993, sostituto dall' art. 53 della L.R. n. 30/93 e s.m.i., stante la necessità di adozione nei termini previsti dalla legge.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Ornella Maria Monasteri
Firmato Digitalmente

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Salvatore Madonia
Firmato Digitalmente

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Ing. Alessandro Caltagirone
Firmato Digitalmente

Il segretario
Dott.ssa Maria Cristina Bolazzi
Firmato Digitalmente

ASPSR - protocollo n. ASPSR-2025-0012842 del 31/01/2025

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'albo on line dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ai sensi e per gli effetti dell'art.53 della L.R. n.30/93 smi e successive modificazioni dal giorno _____ al giorno _____

IL RESPONSABILE SEGRETERIA DELIBERE
(Dott.ssa Maria Cristina Bolazzi)

Siracusa, _____

La presente deliberazione è stata notificata al Collegio Sindacale in data _____ con nota prot. n°_____

IL RESPONSABILE SEGRETERIA DELIBERE
(Dott.ssa Maria Cristina Bolazzi)

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.r. n. 5/09 smi trasmessa in data _____ con nota prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunziato l'approvazione con provvedimento n. _____del _____
- Ha pronunziato l'annullamento con provvedimento n._____ del_____

come da allegato.

Deliberazione divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall' art. 16 della L.r. n. 5/2009 dal _____

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L.r. n. 25/93, sostituito dall' art. 53 della L.R. n. 30/93 e s.m. ed i., per decorrenza del termine di gg. 10 di pubblicazione all' albo on line dell'Azienda dal _____ al _____
- Immediatamente esecutiva dal _____

Siracusa,

IL RESPONSABILE SEGRETERIA DELIBERE
(Dott.ssa Maria Cristina Bolazzi)

REVOCA/ANNULLAMENTO/ MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. _____del _____
- Modifica con provvedimento n._____ del_____

IL RESPONSABILE SEGRETERIA DELIBERE
(Dott.ssa Maria Cristina Bolazzi)

La presente deliberazione **E' COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE PER USO AMMINISTRATIVO**
Siracusa, _____

IL RESPONSABILE SEGRETERIA DELIBERE
(Dott.ssa Maria Cristina Bolazzi)

ASPSR - protocollo n. ASPSR-2025-0012842 del 31/01/2025

Regione Siciliana

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

Corso Gelone n. 17 – 96100 Siracusa

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

PIAO

2025 - 2027

Il Direttore Generale
Dott. Ing. Alessandro Caltagirone

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Ornella Monasteri

Il Direttore Sanitario
Dott. Salvatore Madonia

INDICE

INDICE ____ 2

PREMESSA ____ 3

SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE ____ 5

1.1 Sintesi delle informazioni di carattere generale. 5

1.2 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni. 8

1.2.1 Il Contesto Esterno Di Riferimento 8

SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ANTICORRUZIONE ____ 9

2.1 Valore pubblico, Mandato istituzionale e mission 9

2.2 Albero Della Performance 11

2.2.1 Schema Di Passaggio A Cascata Del Sistema Obiettivi: 12

2.2.2 Gli Obiettivi Contrattuali Generali, Strategici Ed Operativi 14

2.2.2.1 Obiettivi Contrattuali Generali 14

2.2.2.2 Obiettivi Di Salute e Funzionamento dei Servizi 18

2.2.2.3 Obiettivi Specifici Aziendali 44

2.3 Il processo da seguire e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance. 46

2.4 Piano delle azioni positive 50

2.5 Rischi corruttivi e trasparenza 53

SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO ____ 109

3.1 Assetto Organizzativo 109

3.2 Organizzazione del lavoro agile 111

3.2.1 Obiettivi del lavoro agile ..... Errore. Il segnalibro non è definito.

3.2.2 Livello di attuazione e sviluppo ..... Errore. Il segnalibro non è definito.

3.2.3 Modalità attuative ..... Errore. Il segnalibro non è definito.

3.2.4 Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile ..... Errore. Il segnalibro non è definito.

3.2.5 Programma di sviluppo del lavoro agile: fattori abilitanti ..... Errore. Il segnalibro non è definito.

3.3 Sottosezione di programmazione-Piano triennale dei fabbisogni di personale Errore. Il segnalibro non è definito.

3.4 Formazione del Personale 122

SEZIONE 4 - MONITORAGGIO ____ 137

PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione, PIAO, è un adempimento obbligatorio per le Pubbliche Amministrazioni, introdotto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113. La norma prevede che le Amministrazioni con più di 50 dipendenti (esclusi gli istituti scolastici) e quindi anche l'Asp di Siracusa, debbano riunire in un unico atto tutta la programmazione che nel passato veniva inserita in una molteplicità di piani, non sempre coordinati tra loro, afferenti alla gestione delle risorse umane ed organizzazione del personale nei vari uffici, alla formazione, alla performance, alle pari opportunità ed alla prevenzione della corruzione.

Obiettivo della norma è quello di garantire la semplificazione dell'attività amministrativa, una maggiore qualità e trasparenza dei servizi pubblici, una armonizzazione dei diversi assi di programmazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs 150/2009 e della Legge 190/2012.

Il PIAO in particolare definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi;

- le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni del grado di soddisfazione degli stessi.

Il PIAO ha durata triennale e viene aggiornato annualmente. Viene approvato entro il 31 gennaio di ogni anno, salvo eventuali proroghe, pubblicato sul sito internet istituzionale nella sezione Amministrazione trasparente ed inviato al Dipartimento della Funzione Pubblica per la pubblicazione sul portale dedicato.
Il presente PIAO è redatto nel rispetto dei dettati della normativa vigente ed in coerenza con il Regolamento adottato con il DPR n. 132 del 30 giugno 2022.

SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE.

Denominazione	***Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa***
Indirizzo	***Corso Gelone n. 17 –96100 - Siracusa***
Partita Iva/Codice Fiscale	***01661590891***
Sito internet istituzionale	***https://www.asp.sr.it***
PEC	***protocollo@pec.asp.sr.it***

CHI SIAMO

Dal 1° settembre 2009, in ottemperanza alla legge regionale di riforma sanitaria n. 5 del 2009, sono state accorpate le due Aziende sanitarie presenti a Siracusa: Ausl 8 e Azienda ospedaliera Umberto I e si è costituita l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa.

L'Azienda eroga prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione attraverso strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere dislocate sul territorio della provincia di Siracusa.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati mediante Atto Aziendale. L'Atto Aziendale è un documento al quale viene riconosciuta la natura di atto di diritto privato con il quale vengono disciplinati l'organizzazione ed il funzionamento dell'azienda (art. 3, comma 1-bis del d.lgs. n. 229/99), nel rispetto della scelta del legislatore di connotare le aziende sanitarie quali soggetti con personalità giuridica pubblica e dotate di autonomia imprenditoriale. L'Atto Aziendale viene adottato dal Direttore generale ed è improntato ai principi e ai criteri stabiliti dall'attività legislativa regionale.

L'atto aziendale vigente è stato approvato con delibera del Direttore Generale n° 1006 del 30/12/2019 ed approvato con Decreto Assessoriale n. 163/2020.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ha come bacino di utenza il territorio dei 21 comuni della provincia di Siracusa, distribuiti su un territorio di 2.190 km² ed aggregati in 4 distretti sanitari. Al 01/01/2024 la popolazione residente risulta costituita da 383. 858 abitanti[1]. Dei servizi dell'Azienda usufruiscono anche abitanti dei comuni limitrofi delle province di Ragusa e Catania.

I principali stakeholder dell'Azienda sono:

- pazienti/utenti;

[1] Ultima rilevazione ISTAT disponibile al 1° gennaio. Al 31/10/2024 la popolazione totale si attesta a 383.007 abitanti

- dipendenti;
- istituzioni;
- fornitori;
- terzo settore.

COSA FACCIAMO

L'Azienda svolge funzioni di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività residente e/o presente nella provincia di Siracusa attraverso attività di prevenzione, cura degli stati di malattia e di recupero della salute, volte a consentire la migliore qualità di vita dei cittadini. Tale obiettivo viene perseguito dall'A.S.P. di Siracusa sia erogando servizi direttamente con le proprie strutture, sia avvalendosi di Strutture private accreditate convenzionate con il S.S.N. presenti sul territorio; per alcuni servizi l'Azienda si avvale anche di strutture pubbliche e private insistenti su altri territori. L'Azienda garantisce l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza – L.E.A., lo sviluppo del sistema per la qualità aziendale e la sicurezza del paziente, la migliore accessibilità e umanizzazione dei servizi all'utente, la tutela e partecipazione del cittadino, l'integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, lo sviluppo delle cure primarie, l'assistenza sanitaria agli stranieri regolari e non, la collaborazione con gli enti locali, lo sviluppo della Rete Civica della Salute, le altre organizzazioni sanitarie e le organizzazioni di rappresentanza degli utenti e del volontariato. Le attività da svolgere vengono definite dall'A.S.P. mediante pianificazione e programmazione triennale, adottata dal Direttore Generale sentita la Conferenza dei Sindaci, con la quale vengono recepiti gli indirizzi, gli obiettivi e i vincoli della programmazione sanitaria regionale e di bacino.

COME OPERIAMO

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

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

Per il perseguimento della propria missione l'Azienda riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle

prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi. In tale ottica obiettivo prioritario è rappresentato dal servizio al cittadino e dal sistema di relazione e comunicazione con il cittadino stesso o rappresentato da associazioni.

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

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

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

Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di rispettiva competenza, nonché del raggiungimento dei risultati prefissati.

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

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

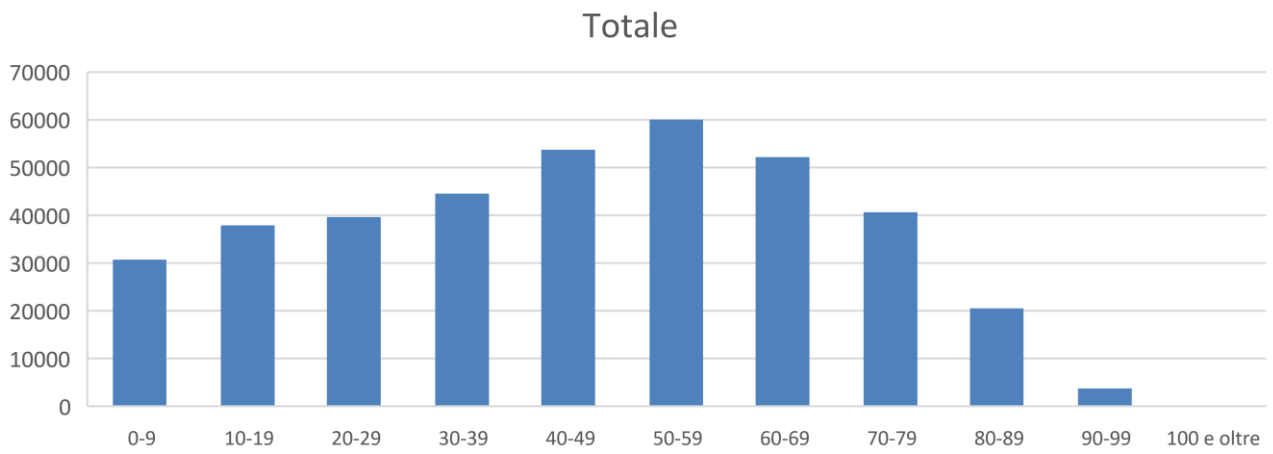
1.2.1 Il Contesto Esterno Di Riferimento

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa serve una popolazione di 383.858 abitanti al 01.01.2024, distribuiti su un territorio di 2.190 km² che comprende 21 Comuni.

Provincia di Siracusa - Popolazione per età, sesso e stato civile – al 01/01/2024

Età	*Celibi/Nubili*	*Coniugati/e*	*Vedovi/e*	*Divorziati/*	*Maschi*	*Femmine*	*Totale*	*%*
0-9	*30.752*	*0*	*0*	*0*	*15.933*	*14.819*	*30.752*	*8,01*
10-19	*37.881*	*15*	*0*	*0*	*19.809*	*18.088*	*37.897*	*9,87*
20-29	*37.148*	*2.486*	*5*	*30*	*20.669*	*19.013*	*39.682*	*10,34*
30-39	*25.346*	*18.506*	*56*	*551*	*22.607*	*21.912*	*44.519*	*11,60*
40-49	*14.732*	*36.116*	*426*	*2.406*	*27.018*	*26.715*	*53.733*	*14,00*
50-59	*8.725*	*45.707*	*1.626*	*3.965*	*29.820*	*30.230*	*60.050*	*15,64*
60-69	*4.218*	*40.955*	*4.455*	*2.546*	*25.161*	*27.030*	*52.191*	*13,60*
70-79	*2.122*	*28.380*	*9.147*	*1017*	*18.853*	*21.816*	*40.669*	*10,59*
80-89	*959*	*9.475*	*9.800*	*264*	*8.519*	*11.981*	*20.500*	*5,34*
90-99	*197*	*794*	*2.744*	*26*	*1.217*	*2.544*	*3.761*	*0,98*
100 e	*9*	*12*	*82*	*1*	*24*	*80*	*104*	*0,03*
Total	**162.089**	**182.446**	**28.341**	**10.806**	**189.630**	**194.228**	**383.858**	**100**

Grafico Età



SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO, MANDATO ISTITUZIONALE E MISSION

È ormai consolidata la convinzione che l'attività dell'Asp di Siracusa deve essere rivolta verso l'esterno, ai cittadini, non perdendo di vista naturalmente di prendersi cura delle condizioni interne all'Azienda, che costituiscono condizioni abilitanti affinché l'azione possa svolgersi in maniera efficace ed efficiente per consentire la creazione di Valore pubblico.

Per Valore pubblico territoriale si intende l'impatto generato dalle azioni sviluppate dall'Azienda volte al miglioramento del livello di benessere sanitario della comunità, costituendo una risposta alle minacce o una valorizzazione delle opportunità presenti nel territorio.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa svolge la funzione di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività ponendoli al "centro" della sua missione, attraverso attività di prevenzione, cura degli stati di malattia e di recupero della salute, assicurando alla popolazione del proprio territorio l'erogazione delle prestazioni sanitarie essenziali ed appropriate (Livelli Essenziali di Assistenza), consolidando l'integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera, al fine di mantenere il più alto livello possibile di qualità della vita dei cittadini.

L'Azienda assicura alla popolazione del proprio territorio l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi delle persone, l'equità delle prestazioni, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali, l'ottimizzazione e l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.

In particolare l'Azienda persegue la propria missione attraverso le seguenti azioni:

a) rispetto della dignità umana, equità ed etica professionale;
b) centralità del valore salute e orientamento ai bisogni del paziente – utente;
c) sviluppo delle cure primarie, appropriatezza clinica e organizzativa;
d) garanzia per l'utente del servizio in campo assistenziale, didattico e di ricerca;
e) garanzia della coerenza, qualità, continuità e compatibilità etica ed economica nell'erogazione del servizio;
f) compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi regionali;
g) programmazione dell'impiego delle risorse disponibili secondo criteri di costo-efficacia, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali di salute;
h) diffusione dell'assistenza di primo livello, al fine di assicurare in modo generalizzato e coordinato la protezione e la promozione della salute, la prevenzione, la diagnosi

e la cura delle malattie, la riabilitazione dei pazienti, l'assistenza alle persone sofferenti, a quelle disabili ed ai malati terminali;

i) sviluppo del sistema di emergenza - urgenza S.U.E.S. 118 anche in relazione alla presenza della Centrale Operativa 118 e dei presidi Ospedalieri Umberto I e Di Maria, DEA di 1° livello[2];

j) miglioramento continuo nell'erogazione del prodotto e nel processo produttivo;

k) appropriatezza delle performance cliniche e gestionali;

l) valorizzazione delle risorse interne, integrazione delle professionalità e responsabilizzazione del personale sugli obiettivi aziendali;

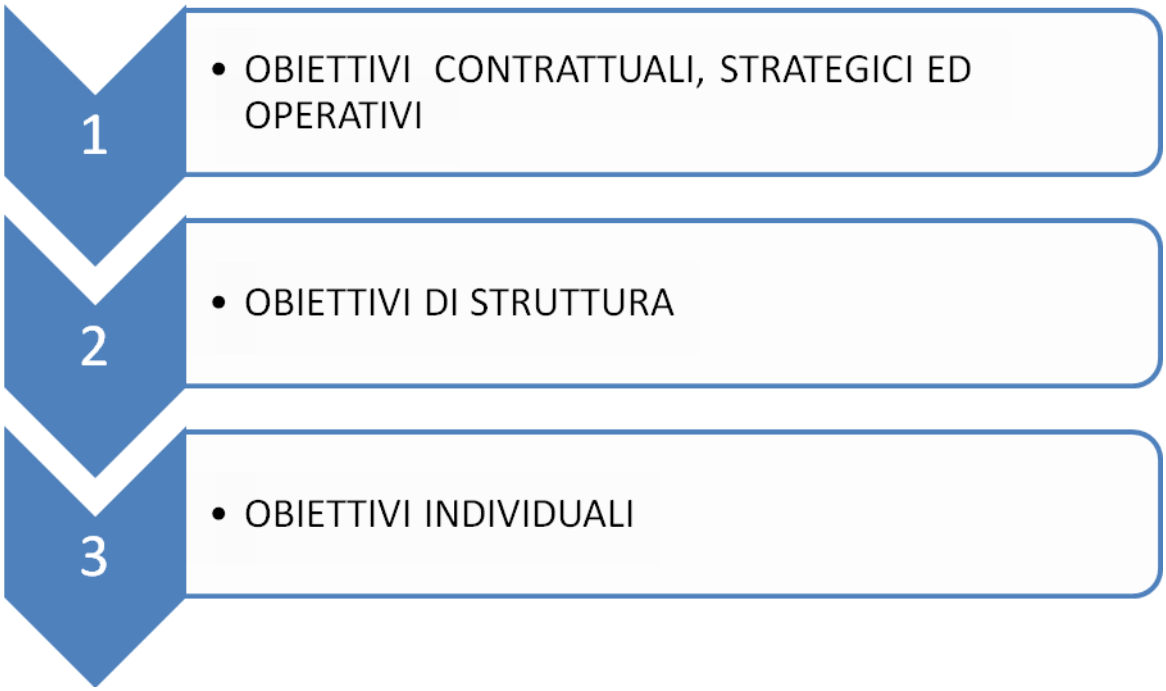
m) flessibilità organizzativa in relazione ai bisogni espressi dal territorio rilevati attraverso la rilevazione della qualità percepita, il processo di gestione dei reclami e le ricerche di Audit Civico.;

n) partecipazione alla propria attività dei singoli cittadini e delle loro associazioni, nel rispetto delle norme vigenti attraverso il Comitato Consultivo, la Rete Civica e progetti che coinvolgono le associazioni di volontariato (Sportello Orientamento ai Servizi).

[2] La rete dei servizi di emergenza urgenza è completata dalla presenza dei servizi di Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza e dei Pronto Soccorso presso le strutture ospedaliere di Lentini, Augusta e, nelle ore diurne, Noto.

2.2 Albero Della Performance

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

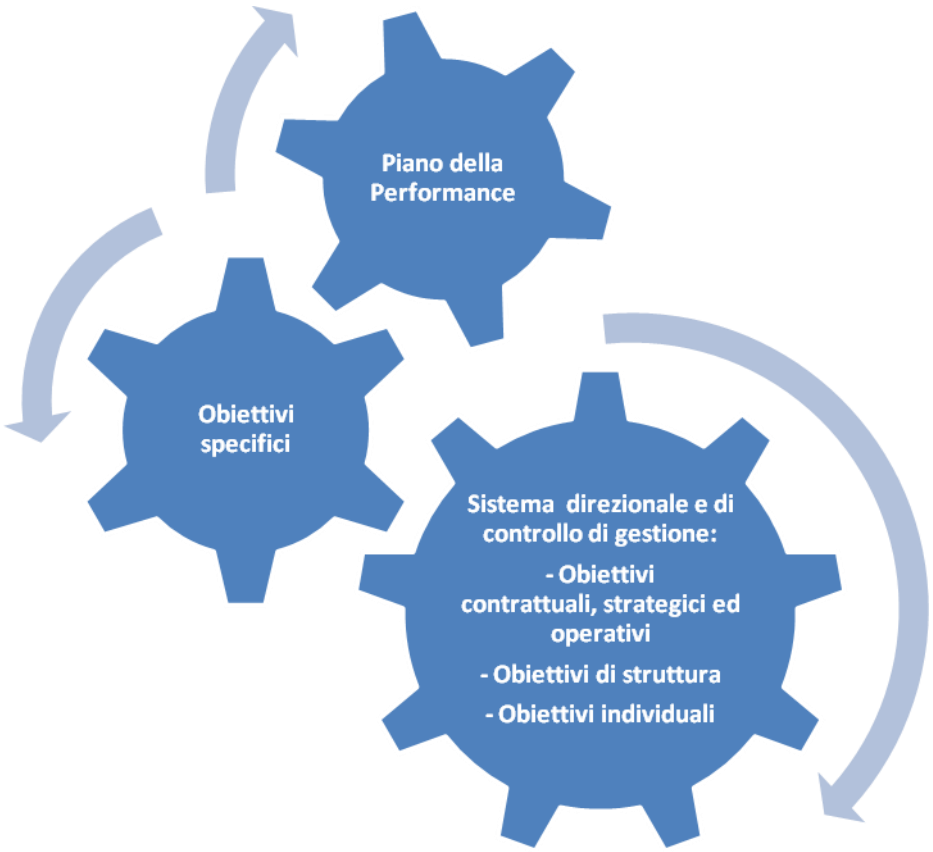


Vedi nota a piè di pagina[3]

L'assegnazione degli obiettivi è preceduta dalla Contrattazione del Budget con i Centri di Responsabilità con le modalità e nei tempi previsti dal *"Regolamento sulle modalita' di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget. Collegamento con il sistema premiante"*, allegato alla Deliberazione del Commissario n.134 del 14/02/2018, con la quale, tra l'altro, è stato istituito il Comitato di Budget.

[3] 1 = Assegnati dall'Assessorato per la Salute alla Direzione Aziendale e a cascata alle varie strutture dell'Azienda.
2 = Assegnati dall'Azienda ai responsabili di Struttura.
3 = Assegnati dai Responsabili di Struttura al personale in forza all'Unità Operativa.

2.2.1 Schema Di Passaggio A Cascata Del Sistema Obiettivi:



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

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

Attraverso opportuna reportistica viene monitorato l'andamento della gestione ed il grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati in relazione al cronoprogramma attuativo al fine di porre in essere, in caso di scostamenti e/o criticità, eventuali correttivi.

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

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

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

- la Direzione Aziendale con il supporto del Controllo di Gestione predispone specifiche schede di budget ed avvia la negoziazione con i dirigenti titolari di Centri di Responsabilità definendo le risorse necessarie, gli indicatori e la tempistica di raggiungimento degli obiettivi;

- i direttori di Dipartimento ed i responsabili di Unità Operativa Complessa avranno cura di redigere, sulla base degli obiettivi assegnati e nel rispetto delle direttive ricevute, specifici piani annuali di lavoro coinvolgendo, in fase di elaborazione e di attuazione, tutti i responsabili di struttura semplice afferenti alla U.O.C., nonché tutto il personale (dirigenza e comparto), in servizio nella stessa (*"performance individuale");*

- nei piani di lavoro annuale vengono esplicitate le iniziative che si intendono avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici nel rispetto dei programmi e degli obiettivi strategici dell'Azienda;

- ciascun titolare di Centro di Responsabilità verifica il grado di coinvolgimento e di partecipazione del personale assegnato al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini della retribuzione di risultato;

- la Direzione Aziendale, attraverso gli uffici ed organi a ciò deputati, procede, secondo i tempi e le modalità previste, alla verifica e valutazione dei risultati raggiunti dalle U.O. rispetto ai contenuti dei piani annuali di lavoro ed agli obiettivi negoziati;

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

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

Per la Dirigenza Medica le schede di valutazione saranno strutturate nel rispetto del D.A. 1231 del 21.10.2024 pubblicato sulla GURS del 15.11.2024.

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

2.2.2 Gli Obiettivi Contrattuali Generali, Strategici Ed Operativi

Sistema obiettivi

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

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

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

Articolazione

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

1) Contrattuali
2) di Salute e funzionamento dei servizi

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

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

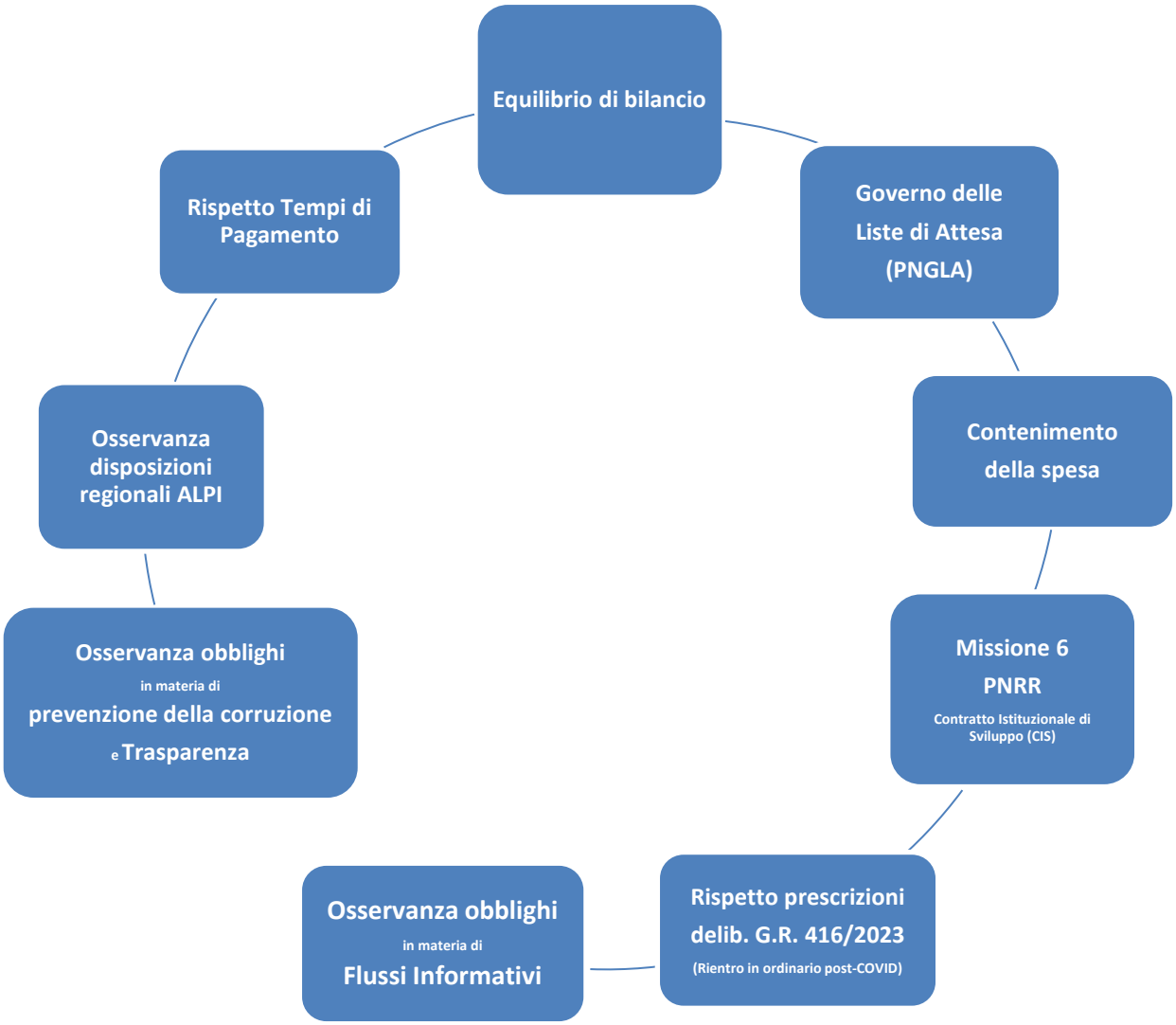
In sede di sottoscrizione del contratto dei Direttori Generali, l'Assessorato alla Salute ha assegnato gli obiettivi riportati nel grafico successivo.

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

Obiettivi contrattuali generali	Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi	Obiettivi specifici Aziendali

2.2.2.1 Obiettivi Contrattuali Generali

Gli obiettivi contrattuali generali, definiti con la Deliberazione della Giunta Regionale n.195 del 17/06/2024 sono stati attribuiti ai Direttori generali in sede di sottoscrizione del contratto con validità dal 2024.



Elenco Obiettivi

Tipo	Sub1	Sub2	Sub3	cod	Descr_Ob_1
OBIETTIVI CONTRATTUALI GENERALI					
GE	2	a		001	Raggiungimento equilibrio bilancio
GE	2	b		002	Adempimenti Piano Regionale Governo Liste d'Attesa
GE	3	A		003	Ossevanza politiche Naz e Reg. per il Contenimento della Spesa
GE	3	A	1	004	Tetto spesa personale (art.1 c.584 L.190/2014 - art.1 c. 71 e 72 L.191/2009)
GE	3	A	2	005	Programma triennale riduzione spesa personale a T.D. (art.9 c.28 DL 78/2010)
GE	3	A	3	006	Acquisto Beni e Servizi nel rispetto del codice contratti
GE	3	A	3a	007	Esclusivo ricorso a Consip MePa (escl. gare CUC, Bacino e Beni/Serv ivi non presenti)
GE	3	A	3b	008	Eliminazione procedure negoziate e d'urgenza (salvo privative industr)
GE	3	A	3c	009	Eliminazione fenomeno Rinnovo contratti in mancanza di programmazione
GE	3	A	4	013	Assistenza Farmaceutica terri./osped. (rispetto risorse negoziate e tetti di spesa DA 1477/2021)
GE	3	B	M6	503	Conseguimento obiettivi previsti nel POR allegato al CIS della Missione 6 PNRR
GE	3	B	M6C1	504	Case della Comunità e presa in carico della persona
GE	3	B	M6C1	505	Casa come primo luogo di cura e telemedicina
GE	3	B	M6C1	506	Casa come primo luogo di cura (Adi)
GE	3	B	M6C1	507	Centrali Operative Territoriali
GE	3	B	M6C1	508	Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici
GE	3	B	M6C1	509	Ospedali di Comunità
GE	3	B	M6C2	510	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
GE	3	B	M6C2	511	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero DEA I Livello - Avola
GE	3	B	M6C2	512	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero DEA I Livello - Siracusa
GE	3	B	M6C2	513	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Grandi Apparecchiature
GE	3	B	M6C2	514	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Rafforzamanto Strutturale SSN (Progetti in essere ex art.2 DL 30/2020)
GE	3	B	M6C2	515	Verso un ospedale sicuro e sostenibile
GE	3	B	M6C2	516	Rafforzamento infrastruttura tecnologica e strumenti per la raccolta, elaborazione e analisi dei dati e per la simulazione
GE	3	B	M6C2	517	Rafforzamento infrastruttura tecnologica FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico)
GE	3	B	M6C2	518	Rafforzamento infrastruttura tecnologica SDK (Modello predittivo) Flussi Siar Siad Sicof
GE	3	B	M6C2	519	Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN
GE	3	B	M6C2	520	100 progetti di ricerca finanziati con voucher Proof of Concept (PoC)
GE	3	B	M6C2	521	100 progetti di ricerca finanziati per tumori rari e malattie rare
GE	3	B	M6C2	522	324 progetti di ricerca finanziati per malattie altamente invalidanti.
GE	3	B	M6C2	523	Sviluppo competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale SSN
GE	3	B	M6C2	524	Finanziamento di 2.700 borse aggiuntive in formazione di medicina generale
GE	3	B	M6C2	525	294.000 corsi di formazione in infezioni ospedaliere.
GE	3	B	M6C2	526	6.500 corsi di formazione manageriale.
GE	3	B	M6C2	527	4.200 contratti di formazione medico-specialistica aggiuntivi
GE	3	C		502	Rispetto delle prescrizione delib. GR 416/2023 (Rientro in ordinario post-COVID)
GE	3	D		014	Osservanza obblighi Flussi Informativi (tempi, qualità, coerenza e completezza)
GE	3	E		015	Osservanza obblighi ANAC (Pubbl. Bilancio, Costi Pers, D,Lgs,33/2013)
GE	3	F		016	Osservanza disposizioni regionali ALPI (compreso D.A. 1103/2020)
GE	3	G		528	Rispetto dei tempi di pagamento ex art.1 comma 865 della L.30 dicembre 2018 n.145

Risultati attesi da contratto

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

01 – **Raggiungimento annuale dell'equilibrio di bilancio**
Raggiungimento in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore Regionale alla Salute.

02 –**Adempimenti Piano Regionale Governo Liste Attesa**

Osservanza degli adempimenti prescritti a pene di decadenza automatica, ai sensi del comma 7 bis, dell'art. 3 bis del D.lg.s. 502/1992 e s.m.i. dal Piano Regionale di Governo delle liste di attesa (PRGLA), predisposto in attuazione dell'intesa Stato/Regioni sul Piano Nazione sulle liste d'attesa di cui all'art. 1 comma 280 della Legge 23/12/2005 n. 266 (PNGLA) al fine del superamento delle criticità connesse ai lunghi tempi d'attesa, nonché del DL 7 giugno 2024, n. 73 recante *"Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*", convertito con modificazioni in Legge 29 luglio 2024, n. 107.

03 - **Osservanza politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa**
Osservanza delle politiche Regionali e Nazionali di contenimento della spesa, con particolare riguardo:

- Al tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda ai sensi dell'art. 11 del D.L. n. 35 del 30 aprile 2019, convertito con modificazioni dalla legge n. 60 del 25 giugno 2019 e ss.mm.ii.;
- Al programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato, da redigere nel rispetto dell'art. 9 comma 28 del D.L. 31/5/2010 n. 78, convertito dalla L. 30/7/2010 n. 122, secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso che, corredato da apposita relazione, dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assessorato;
- All'acquisto di beni e servizi nel rispetto della normativa vigente di cui al codice dei contratti. In particolare, fatte salve le gare centralizzate programmate (CUC e/o di bacino) dovrà farsi ricorso esclusivamente alle procedure CONSIP e MEPA per le categorie merceologiche ivi presenti e quantitativamente coerenti allo specifico fabbisogno e, comunque, al rispetto della normativa vigente nazionale e regionale e ai relativi atti regolamentari e/o attuativi. Il ricorso a procedure negoziate e di urgenza - con esclusione dei casi di privativa industriale - non giustificato e sistematico e il ricorso a rapporti di partenariato pubblico-privato in difetto dell'autorizzazione assessoriale e il rinnovo di contratti in difetto di programmazione, potranno costituire causa di risoluzione unilaterale del presente contratto da parte dell' Amministrazione;
- All'assistenza farmaceutica territoriale / ospedaliera che sarà valutata in ciascuno dei tre anni del mandato in funzione del rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione.

04 – **Conseguimento obiettivi Missione 6-Salute PNRR Piano nazionale di Ripresa e Resilienza**
I Per il conseguimento degli obiettivi previsti nel Piano Operativo Regionale (POR), allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), il Direttore Generale è tenuto:

- al raggiungimento del 100% delle azioni previste dal Piano rispetto al cronoprogramma;
- al soddisfacimento del debito informativo nei confronti del Ministero della salute, in qualità di Amministrazione centrale titolare dell'intervento, e dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, in qualità di soggetto attuatore, in relazione al monitoraggio sull'avanzamento procedurale e finanziario degli interventi.

05 –**Rispetto delle prescrizioni della Delib. G.R. 416/2023 (Rientro in ordinario post-COVID)**
Rispetto delle prescrizioni di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 416 del 26 ottobre 2023 e dell'articolo 2 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge, con modificazioni, dall' art. 1, comma 1, L. 17 luglio 2020, n. 77, a pena di decadenza con la procedura di cui all'articolo 20, comma 6, della l.r. n.,5/2009;

06 - **Osservanza degli obblighi in materia di Flussi informativi**
Osservanza degli obblighi in materia di flussi informativi di istituzione sia regionale che nazionale, con particolare riguardo al rispetto dei tempi di trasmissione, alla qualità del dato, anche in termini di coerenza con altre fonti informative e, di completezza, avuto riguardo tanto

alle strutture di competenza dell'Azienda che alla periodicità di ciascun file, secondo i criteri di valutazione indicati dall'Assessorato.

07 -**Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione**
Con riferimento ai rischi corruttivi in Sanità nonchè degli obblighi di trasparenza di cui al D.L. 14/03/2013 n. 33, come modificato dal D.L. 25/05/2016 n. 97, al fine di rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione dai cittadini, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese ed ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico.

08 -**Osservanza disposizioni regionali in materia di Libera Professione Intramuraria**
Ai sensi dell'art. 1 comma 7 della L. 3/8/2007 n. 120 e s.m.i.

09 -**Rispetto dei tempi di pagamento ex art.1 comma 865 della L.30 dicembre 2018 n.145**
Incide su parte della remunerazione di risultato del DG (30% sul totale) che viene corrisposta al 100% se i pagamenti non subiscono ritardi, al 90% per ritardi da 1 a 10 gg, 75% per ritardi da 11 a 30 gg, 50% per ritardi tra 31 e 60 gg. Oltre i 60 gg il 30% della remunerazione di risultato non è corrisposta.

2.2.2.2 Obiettivi Di Salute e Funzionamento dei Servizi

Gli obiettivi di salute e funzionamento elaborati dei servizi, dall'AGENAS, sono allegati al Contratto del Direttore Generale e contengono la ratio, i target, le modalità di calcolo / misurazione (criteri e indicatori etc.) il valore atteso ed il relativo punteggio. I suddetti obiettivi vengono ribaltati sulle Unità Operative Complesse (U.O.C.) e/o semplici dipartimentali (U.O.S.D.) in relazione alle rispettive competenze. Il punteggio massimo conseguibile è pari a 100 ed il risultato raggiunto incide sulla remunerazione di risultato del D.G., fermo restando che il mancato raggiungimento di almeno 60 punti comporta, ai sensi dell'art. 20 comma 4 della L. R. n° 5/09, la decadenza automatica dello stesso. Si riporta a seguire una tabella riassuntiva degli obiettivi di salute e funzionamento.

		Peso
1) Liste di attesa – monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa		10
2) Esiti	• Frattura del femore	4
	• Parti cesarei	4
	• Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI	4
	• Colecistectomia laparoscopica	4
3) Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita		5
4)Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento		4
5) Screening oncologici	• tumore della cervice uterina	3
	• tumore della mammella	3
	• tumore del colon retto	3
6) Donazione organi e raccolta sangue		5
7) Fascicolo Sanitario Elettronico		8
8) Percorso di Certificabilità		3
9) Approvvigionamento farmaci e gestione I ciclo terapia		5
10) Area della performance	• Ospedaliera	8
	• Territoriale	12
	• Prevenzione	15
TOTALE PUNTEGGIO		100

OBIETTIVO 1: Riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie

L'obiettivo relativo alle liste di attesa ha la finalità di migliorare l'accesso alle cure da parte dei cittadini della Regione siciliana, superando le criticità in merito ai lunghi tempi di attesa registrati sia con riguardo alle prestazioni ambulatoriali che alle prestazioni da ricovero.

Al fine di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa di erogazione delle prestazioni sanitarie è necessario realizzare un sistema di effettivo governo delle liste di attesa, che contempli adozione di una pluralità di misure per controllare il fenomeno ed intervenire efficacemente, sia sul versante dell'offerta che su quello della domanda, individuando le appropriate misure correttive quando si verifichino scostamenti rispetto agli obiettivi standard prefissati.

Relativamente alle misure di governo delle liste di attesa la Regione Siciliana ha adottato il Piano Regionale di Governo delle liste attesa 2019-2021 (PRGLA) con il quale è stato recepito il "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021". Tale Piano, tuttavia, a seguito del sopravvenire dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 non ha avuto piena attuazione presso le Aziende del SSR.

Successivamente, in attuazione della normativa nazionale emergenziale volta a potenziare il recupero delle liste di attesa formatesi negli anni dell'emergenza pandemica, la Regione Siciliana ha approvato specifici Piani Operativi; da ultimo, con il D.G.R. n. 317 del 27 luglio 2023 è stato adottato il nuovo Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste d'attesa, che ha consentito il sostanziale abbattimento delle liste di attesa di prestazioni ambulatoriali e da ricovero relative agli anni 2020-2022.

Con il Decreto Legge del 7 giugno 2024, n. 73, pubblicato su GURS il 7-6-2024 – "*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*" – sono state definite le nuove misure volte a garantire la tempestiva attuazione di un programma straordinario per la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie.

Considerato che a livello nazionale il quadro normativo in tema di liste di attesa è in evoluzione, atteso che il citato D.L. n. 73 del 2024 prevede che il Ministero della Salute e l'Agenas adotteranno nei termini ivi previsti i consequenziali provvedimenti attuativi, ed essendo, altresì, in corso di definizione il nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2024-2026, si rende opportuno, in sede di obiettivi da assegnare ai Direttori Generali delle Aziende del SSR, definire indicatori di valutazione dei risultati da raggiungere che tengano conto, per un verso, delle disposizioni già introdotte dal D.L. n. 73 del 2024 nonché, per altro verso, della necessità che tali indicatori vengano successivamente allineati alle disposizioni nazionali di imminente adozione.

Per quanto sopra, si rende necessario adottare una metodologia che preveda l'assegnazione graduale (per fasi temporali) di indicatori di monitoraggio.

Con la presente scheda sono pertanto definiti gli indicatori della FASE 1 (2024) attraverso i quali, la regione e le aziende potranno migliorare l'accesso alle prestazioni e ridurre i tempi di attesa delle prestazioni, focalizzando l'attenzione sulle seguenti sub-obiettivi:

Sub-obiettivo 1. **Raggiungere la totalità dell'offerta pubblica e privata accreditata negli ambiti territoriali di garanzia tramite i CUP delle aziende sanitarie (D.L. 73/2024)**

Sub-obiettivo 2. Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche (D.L. 73/2024)

Con successivi provvedimenti saranno assegnate le nuove schede dell'obiettivo in coerenza alle

indicazioni del nuovo Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa.	
INDICATORE (TOTALE 1 PUNTO)	**Sub-obiettivo 1**. **Raggiungere la totalità dell'offerta pubblica e privata accreditata negli ambiti territoriali di garanzia tramite i CUP delle aziende sanitarie.** La totalità delle prestazioni ambulatoriali di primo accesso pubbliche e private accreditate dovrà obbligatoriamente afferire sui CUP aziendali. (D.L. 73/2024). Il razionale è quello di aumentare la probabilità di poter garantire, all'interno degli ambiti territoriali di garanzia, i tempi massimi di attesa per codice di priorità. L'indicatore misurerà il rapporto tra volumi di prestazioni ambulatoriali erogate (Flusso C e M) e volumi di prestazioni presenti sui CUP delle aziende sanitarie. Indicatore 1: $$\frac{\text{Numero prestazioni ambulatoriali di primo accesso pubbliche e private accreditate}^{\wedge}}{\text{Numero di prestazioni ambulatoriali erogate}^{\wedge\wedge}}$$ *^ (fonte dati: esclusivamente CUP di ASP e Aziende Ospedaliere; i dati delle prestazioni private accreditate devono obbligatoriamente essere estratti esclusivamente dai CUP delle ASP)* *^^ (fonte dati: flusso C e flusso M)* **Sub-obiettivo 2. Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative e oncologiche (D.L. 73/2024)** Nell'ambito della gestione delle patologie cronico-degenerative e oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), attraverso agende dedicate. La gestione di tali agende dovrà essere effettuata direttamente dallo specialista di riferimento. Scopo dell'obiettivo è altresì quello di ridurre la quota di prescrizioni di controllo erroneamente attribuiti come primo accesso. Indicatore 2.1: Numero di agende dedicate ai PDTA aziendali Indicatore 2.2: Numero di prestazioni di controllo prescritte direttamente dallo specialista ambulatoriale Indicatore 2.3: Numero di prestazioni di controllo prescritte da MMG/PLS
VALORI OBIETTIVO E SCALA	Indicatore 1: obiettivo raggiunto al 100% se il rapporto è pari a 1 (100%); Indicatore 2.1: obiettivo raggiunto al 100% se il numero di agende dedicate ai PDTA è > n. 10; Indicatore 2.2: obiettivo raggiunto al 100% se il numero di prestazioni di controllo prescritte direttamente dallo specialista ambulatoriale è > al 10% rispetto al periodo di riferimento dell'anno precedente;

	Indicatore 2.3: obiettivo raggiunto al 100% se il numero di prestazioni di controllo prescritte da MMG/PLS è < 20% rispetto al periodo di riferimento dell'anno precedente;
PUNTEGGIO	10 per ASP (5 per ciascun indicatore)

OBIETTIVO 2: Esiti	
DESCRIZIONE	La Sicilia è una delle prime regioni italiane ad avere introdotto la valutazione dei Direttori Generali anche attraverso l'assegnazione a partire dagli anni 2011 di obiettivi operativi misurabili tramite indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti(PNE). Alla luce del buon risultato prodotto da tale modalità si propone per il periodo in esame di continuare ad impiegare i quattro sub obiettivi utilizzati in precedenza. Si è deciso di apportare una modifica nell'indicatore relativo all'area cardiologica, e di sostituire pertanto il calcolo dell'indicatore **2.3.** In particolare, l'esito tempo dipendente non verrà calcolato più come differenza tra la data di intervento e quella di ricovero (entro 2 giorni), bensì in termini di ore/minuti (90 minuti). Questa scelta consentirà indirettamente una verifica sulla completezza nella compilazione dei principali campi contenuti all'interno del flusso della nuova SDO. (D.A. 456-Del-13-03-2017-GURS-31-03-2017) **1.1 Frattura del femore**: tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni; **1.2 Parti cesarei**: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate; **1.3 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI**: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo di 90 minuti; **1.4 Colecistectomia laparoscopica**: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni
PUNTEGGIO	**16**

SUB-OBIETTIVO 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti over 65	
Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore è di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato tempestivamente. **Quale parametro proxy si adotta il numero di interventi chirurgici eseguiti entro il giorno successivo a quello del ricovero, facendo riferimento alla data del ricovero e alla data dell'intervento** (entro un intervallo ricovero/intervento di 0-2 giorni* - cfr Note).	
INDICATORE	**Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti *over 65***** **(SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)**
VALORE OBIETTIVO	**Media delle migliori 20 strutture italiane (fonte PNE anno precedente): 96%**
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto a partire da un valore minimo del 60% (DM Salute 70/2015) definibile come valore zero della scala di misura. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%,), l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	Monitoraggio intermedio (semestrale) e monitoraggio finale (annuale) e a fine mandato.
PUNTEGGIO	**4**
NOTE	*L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente. ** Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).

SUB-OBIETTIVO 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (cesarei in donne senza nessun pregresso cesareo)	
La "Proporzione di parti con taglio cesareo primario" è un indicatore 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". Il confronto tra ospedali potrebbe comunque essere distorto se non si tenesse conto della possibile diversa distribuzione dei fattori di rischio per cesareo delle pazienti tra le diverse strutture: il taglio cesareo è infatti indicato in molte situazioni cliniche, come, ad esempio, complicanze a carico della placenta o del cordone, distress fetale, infezione da HIV, sproporzione feto-pelvica; inoltre differenze socio-demografiche o nella disponibilità dei servizi per le gravidanze ad alto rischio aumentano la probabilità di un cesareo. Per tale motivo si considerano nel misurare l'indicatore i tassi aggiustati che tengono in considerazione possibili differenze. La Regione Siciliana è riuscita nell'ultimo decennio a ridurre significativamente il ricorso alla procedura di Taglio cesareo al fine di rendere sempre più appropriata e allineata a parametri e evidenze nazionali e internazionali la pratica clinica di assistenza riferita al momento del parto.	
INDICATORE	**Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo**** (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
VALORE OBIETTIVO	**Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con 500<= vol. < 1000 parti anno = massimo 10%** **Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >= 1000 parti anno = massimo 20%**
SCALA	IL raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla soglia medio PNE AGENAS (30%) per ciascuno dei due livelli/soglia individuati e il rispettivo valore obiettivo. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Nel caso in cui le AO e le ASP abbiano sia maternità di I livello che maternità di II livello, il punteggio complessivo sarà applicato proporzionalmente al peso dei due differenti strati.
TRACKING	Monitoraggio intermedio (semestrale) e monitoraggio finale (annuale) e a fine mandato.
PUNTEGGIO	**4**
NOTE	**L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente. Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).

SUB-OBIETTIVO 2.3: Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI	
La tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di I.M.A. STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente stesso e pertanto deve essere fatta oggetto di monitoraggio. Quale indicatore è stato individuato, in coerenza con i programmi nazionali di monitoraggio degli esiti, la percentuale di P.T.C.A. in pazienti con diagnosi certa di I.M.A. STEMI effettuata entro 90 minuti.	
INDICATORE	**PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 90 minuti (cfr. note) dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati**
VALORE OBIETTIVO	**Media delle migliori 20 strutture italiane (fonte PNE 2022): 82%**
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente allo standard del DM 70 (60%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	Monitoraggio intermedio (semestrale) e monitoraggio finale (annuale) e a fine mandato.
PUNTEGGIO	**4**
NOTE	*L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente. Si evidenzia che le linee guida internazionali, cui deve uniformarsi la pratica clinica corrente da parte degli operatori, prevedono l'esecuzione della procedura PTCA sui casi di IMA-STEMI entro 90 minuti. Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).

SUB-OBIETTIVO 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post- operatoria inferiore a 3 giorni	
La colelitiasi è una condizione molto diffusa caratterizzata dalla presenza di calcoli nella colecisti e/o nelle vie biliari; interessa maggiormente le donne, con un rapporto femmine/maschi di 2 a 1. La colecistite acuta è un'infiammazione acuta della parete della colecisti, accompagnata da una colelitiasi nel 95% dei casi; la forma cronica è spesso caratterizzata da coliche ricorrenti e da una colecisti contratta, fibrotica, a pareti ispessite. La colelitiasi con o senza colecistite costituisce una importante causa di ricorso alla chirurgia addominale. L'intervento può essere effettuato in laparoscopia o a cielo aperto (laparotomia). La colecistectomia per via laparoscopica è oggi considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una recente revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomica. La prima è tuttavia associata ad una degenza e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto.	
INDICATORE	**Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.** **(SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO 2.4, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)**
VALORE OBIETTIVO	**Media delle migliori 20 strutture in Italia Fonte PNE 2022: 96%**
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente allo standard del DM 70 (70%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	Monitoraggio intermedio (semestrale) e monitoraggio finale (annuale) e a fine mandato.
PUNTEGGIO	**4**
NOTE	**L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente. Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).

OBIETTIVO 3: garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR

Punti nascita

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

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

INDICATORI	Numero requisiti garantiti/ Totale requisiti previsti dalla Checklist **Pre-requisito per il calcolo dell'indicatore 1** Costituisce pre-requisito l'obbligatorietà dei requisiti relativi alla presenza del personale ostetrico, ginecologico, della guardia attiva H24 anestesiologica e pediatrico/neonatologica H24, della garanzia degli esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini e la disponibilità di emotrasfusioni h24 e della presenza di una sala operatoria che deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto
VALORI OBIETTIVO	**Livello I - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 100%** Soddisfacimento del 100% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda **Livello II - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 90%** Soddisfacimento del 95% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda **Livello III - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 75%** Soddisfacimento del 85% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda
SCALA	**Livello I** SI/NO. (SI = 100% del valore dell'obiettivo) Nel caso di NO si passa al Livello II **Livello II** SI/NO. (SI = 90% del valore dell'obiettivo) Nel caso di NO si passa al Livello III **Livello III** SI/NO. (SI = 75% del valore dell'obiettivo) Nel caso di NO l'obiettivo non è raggiunto L'assenza del pre-requisito non consente il raggiungimento dell'obiettivo.
TRACKING	Monitoraggio intermedio Monitoraggio finale a fine mandato
PUNTEGGIO	**- 5 per ASP**

OBIETTIVO 4: Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento

Con Atto della Conferenza Stato Regioni n. 143 del 01 Agosto 2019 sono state approvate le "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" e le linee di indirizzo nazionali sull'osservazione breve intensiva – OB per definire le strategie nazionali per la corretta gestione dei pazienti urgenti, anche al fine di contribuire al superamento delle disuguaglianze ancora oggi osservabili tra i diversi contesti regionali ed aziendali.

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

Le linee di indirizzo sottolineano che "*al fine di garantire una presa in carico del problema e consentire una risposta adeguata ai bisogni dei cittadini che si rivolgono ai Pronto Soccorso, è necessario un impegno comune di tutti i livelli Istituzionali coinvolti, delle Direzioni Strategiche Aziendali e delle Direzioni di Presidio Ospedaliero e di Dipartimento, oltre che dei diversi servizi che interagiscono in ambito ospedaliero e nell'interfaccia tra il contesto ospedaliero e quello territoriale/domiciliare. Ciò in quanto il fenomeno non può essere considerato un evento di esclusiva pertinenza dei Pronto Soccorso e richiede, pertanto, una molteplicità di interventi di livello sistemico e locale, volti alla corretta pianificazione dei percorsi assistenziali intra-ospedalieri.*

La pianificazione dei percorsi assistenziali intra-ospedalieri dovrà identificare un insieme di interventi organici, atti ad accompagnare tutte le fasi del percorso assistenziale, a partire da Pronto Soccorso, passando per la fase di ricovero e fino al momento della dimissione."

Gli indicatori assegnati sono

Il tempo Massimo di Permanenza (TMP): Tempo massimo dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di pronto soccorso

Al riguardo le linee di indirizzo nazionali sull'osservazione breve intensiva prevedono un Tempo massimo dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di pronto soccorso di 8 ore.

Considerando una percentuale media italiana di pazienti che accedono in OBI compresa tra il 5-8 percento del totale dei pazienti gestiti in PS, al fine di contenere i tempi di permanenza in PS, l'obiettivo assegnato per il prossimo triennio prevede di garantire all'85% dei pazienti la dimissione entro 8 ore dalla presa in carico al triage.

Boarding: Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero maggiore di 44 ore

Le linee di indirizzo del sovraffollamento prevedono inoltre il controllo del boarding, fenomeno definito come la "cattiva pratica" di tenere pazienti da ricoverare sulle barelle nei corridoi del Pronto Soccorso per ore o giorni per la mancanza di posti letto; esso rappresenta la causa primaria del sovraffollamento del Pronto Soccorso. Le conseguenze del boarding sono:

- per i pazienti: aumento della morbilità, della lunghezza del ricovero, della mortalità e aumento della sofferenza di quelli che aspettano distesi sulle barelle nei corridoi del Pronto Soccorso per ore o anche giorni;

per gli operatori: aumento dello stress e burn out, diminuzione della capacità di rispondere alle emergenze e ai disastri;

- per il sistema: la diversione o il blocco delle ambulanze, l'aumento dei tempi di attesa in Pronto Soccorso
- Allo scopo di contenere il fenomeno del boarding, l'obiettivo assegnato per il prossimo triennio un valore massimo dell'indicatore pari al 2% .

INDICATORI	1) **Indicatore TMP**: Tempo massimo dalla presa in carico dal triage alla conclusione della prestazione di pronto soccorso <= 8h; Indicatore calcolato su pazienti su tutti gli esiti da flusso EMUR escluso esito 6 (abbandono PS prima della visita medica) e 7 (paziente abbandona il PS in corso di accertamenti) 2) **Indicatore Boarding**: Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero maggiore di 44 ore; Indicatore calcolato esclusivamente su pazienti con esito di trattamento uguale a ricovero in reparto di degenza o trasferimento ad altro istituto (fonte flusso EMUR)
VALORI OBIETTIVO	**1) TMP: >= 85%** **2) Boarding: <= 2%**
SCALA	**Indicatore 1** **TMP >= 85%:** pieno raggiungimento dell'obiettivo **TMP compreso tra 75% e < 85%:** raggiungimento dell'obiettivo al 50% **TMP < 75%: obiettivo non raggiunto** **Indicatore 2** **Boarding <= 2%**: pieno raggiungimento dell'obiettivo **Boarding compreso tra 2% e 4%**: raggiungimento dell'obiettivo al 50% **Boarding > al 4%**: obiettivo non raggiunto
PUNTEGGIO	**4 per ASP** 70% del punteggio per l'Indicatore 1 30% del punteggio per Indicatore 2

OBIETTIVO 5: Screening	
DESCRIZIONE	Gli screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colon retto) sono posti fra i Livelli Essenziali di Assistenza in quanto efficaci nel ridurre la mortalità e devono essere garantiti a tutta la popolazione siciliana. Gli inviti devono raggiungere tutta la popolazione target (estensione 100%). I livelli di adesione richiesti dal Ministero della salute sono 50% per il tumore della cervice e del colon retto, 60% per il tumore della mammella. Per calcolare la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle ASP sarà utilizzato l'indicatore della griglia LEA **«n. di test eseguiti/popolazione target»**, che tiene conto sia dell'estensione che dell'adesione. Nel caso delle AO (come pure delle ASP) sarà utilizzato l'adempimento alle prescrizioni della **Circolare n. 5 del 16.3.2016**e della **Circolare n. 18 del 4.10.2018,** nonché del **Piano Regionale Della Prevenzione.**
PUNTEGGIO ASP e AO	**9 per ASP** **(3 per screening per ASP)**
NOTA	

OBIETTIVO 5: Screening oncologici	
Referente obiettivo: DASOE – Servizio 1	
I dati dell'Osservatorio Nazionale Screening e del sistema di sorveglianza PASSI mostrano che il ricorso alla diagnosi precoce è inferiore in Sicilia rispetto alla media del Paese. Nel 2010 il CCM ha approvato il "Progetto per il miglioramento degli screening oncologici nella Regione Sicilia" presentato dalla Regione nel 2009, consentendo così alla Regione Siciliana di implementare lo sviluppo degli screening a valere sui finanziamenti dedicati. Grazie agli sforzi profusi si è assistito ad un notevole miglioramento ma non sono stati ancora raggiunti gli standard nazionali richiesti, pertanto è necessario un ulteriore impegno per aumentare l'estensione dei programmi di screening e l'adesione della popolazione bersaglio. $Estensione\ Corretta\ (\%) = \frac{Popolazione\ Invitata - Inviti\ inesitati}{Popolazione\ Bersaglio\ Annua - Esclusi\ prima\ dell'invito} x$ Con Le recenti circolari: prot. n. 42278 del 15/12/2022, n. 30611 dell'8/09/2023 (*Piano di Prevenzione 2020.2025. Potenziamento degli screening oncologici*) n. 42154 del 4/12/2023 sono state definite le azioni necessarie ad ottenere il potenziamento degli screening oncologici, in accordo al **Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025**.	
INDICATORI **ASP**	**L'indicatore di risultato**, per ciascuno dei 3 screening, è il numero di persone che hanno effettivamente eseguito il test in rapporto alla popolazione target annuale, rappresentato dall'**indicatore LEA**. **Formule di riferimento:** 1. Calcolo dell'indicatore LEA: adesione corretta x estensione corretta 2. Calcolo della Popolazione Bersaglio Annua $Mammografico = \frac{\text{Popolazione ISTAT Donne 50−69 anni}}{2}$ $Cervicocarcinoma = \frac{\text{Popolazione ISTAT Donne 25−34 anni}}{3} + \frac{\text{Popolazione ISTAT Donne 35−64 anni}}{5}$ $Colon\ Retto = \frac{\text{Popolazione ISTAT Uomini 50−69 anni + Popolazione ISTAT Donne 50−69 anni}}{2}$ Dalla popolazione target possono essere esclusi i soggetti individuati nella circolare n. 51139 del 15/12/2021 Pertanto il calcolo degli gli indicatori di performance corretti risultano i seguenti:

3. $$\textit{Adesione all'invito Corretta}\ (\%) = \frac{\textit{Popolazione Rispondente}}{\textit{Popolazione invitata} - \textit{Inviti inesitati} - \textit{Esclusi dopo l'invito}}\ x\ 100$$

4. $$\textit{Estensione Corretta}\ (\%) = \frac{\textit{Popolazione Invitata} - \textit{Inviti inesitati}}{\textit{Popolazione Bersaglio Annua} - \textit{Esclusi prima dell'invito}}\ x$$

ASP: INDICATORI DI PROCESSO

Oltre all'obiettivo di risultato vanno raggiunti anche gli **obiettivi di processo** contenuti nel **Piano Regionale della Prevenzione** e nelle **Circolari** citate:

- Adeguamento delle dotazioni organiche

  (SI/NO) **si= 1 no=0**

- Coinvolgimento e collaborazione MMG per il counseling e la prenotazione diretta dei pazienti in età target non-responder (% MMG aderenti)

- **in proporzione del MMG coinvolti – 0-20%=0 20-60%1, oltre 60%=2**

- In applicazione della **circolare prot. n. 42278 del 15/12/2022**, regolamentazione dell'accesso ai test di screening scoraggiando l'uso "opportunistico" dei codici di esenzione D02 e D03, attivando in tal senso i Dip. Di cure primarie e i CUP aziendali

  Prestazioni inappropriate 0-10%= 1; >11%=0

- Formazione del personale dedicato allo screening (SI/NO)
  si= 1 no=0

- Organizzazione di programmi di comunicazione rivolti alla popolazione target

  (SI/NO) **si= 1 no=0**

VALORI OBIETTIVO	ASP Il Ministero della Salute prevede che si raggiunga il: - 100% di *estensione* su tutti e 3 gli screening, - 50% di adesione per il cervicocarcinoma e il tumore del colonretto, - 60% per il tumore della mammella; ne consegue che i relativi indicatori LEA sono 50% per il cervicocarcinoma e il tumore del colonretto, e 60% per il tumore della mammella.
SCALA	ASP Per ogni screening, in linea con le soglie definite dal NSG: **cervice e colon-retto** Indicatore LEA <25% = 0 25-29% = 5 30-34% = 6 35-39% = 7 40-44% = 8 45-49% = 9 ≥50% = 10 **Mammella** Indicatore LEA <35% = 0 35-39% = 5 40-44% = 6 45-49% = 7 50-54% = 8 55-59% = 9 ≥60% = 10 Il massimo punteggio ottenibile, per ciascun screening è quindi 10, in rapporto alla percentuale raggiunta saranno assegnati in proporzione i punti per un massimo di 3 per ogni screening. Il punteggio ottenuto tramite indicatore LEA sarà proporzionalmente aumentato (comunque fino a un massimo di 15) o ridotto in relazione al raggiungimento o meno degli obiettivi di processo secondo il punteggio loro attribuito.

OBIETTIVO 6: Donazione sangue , plasma, organi e tessuti

Nell'anno 2023 la donazione di **emazie** concentrate (204.257) in Sicilia ha registrato un incremento del 2,13 %, rispetto all'anno 2022 (199.981), rispetto al fabbisogno annuale che si attesta in 196.469 unità riferito alla popolazione residente (4.791.993 abitanti al 30/11/2023 - dati Istat) in base ai parametri nazionali e internazionali che fissano in 41 unità x 1000 abitanti il rapporto ottimale per territorio tra popolazione residente e donazioni. Il consumo complessivo, tuttavia, è stato di 206.586 unità e ciò ha comportato l'importazione extraregionale di 2.329 unità.

Anche nella raccolta di **plasma** il 2023 ha registrato un sostanziale incremento tale da avvicinarsi al rapporto di 18 Kg per 1000 abitanti. Nell'anno 2023 la donazione di plasma (69.960 kg) in Sicilia ha registrato un incremento del 4,2 %, rispetto all'anno 2022 (67.139 kg), rispetto al fabbisogno annuale che si attesta in 86.256 kg riferito alla popolazione residente (4.791.993 abitanti al 30/11/2023 - dati Istat) in base ai parametri nazionali e internazionali che fissano in 18 kg x 1000 abitanti il rapporto ottimale per territorio tra popolazione residente e donazioni.

Ne consegue, che i dati registrati di incremento della donazione di sangue e plasma, seppur positivi, non hanno però raggiunto i livelli di autosufficienza regionale il cui obiettivo prioritario rimane in carico alle aziende sanitarie ed alla corretta gestione delle attività trasfusionali e dei rapporti con le Associazioni e federazioni di donatori di sangue operanti sul territorio di competenza. A ciò si aggiunga che, proprio dalla lavorazione del plasma inviato all'industria se ne ricavano farmaci plasmaderivati salvavita a disposizione, gratuitamente, delle aziende sanitarie la cui disponibilità a livello commerciale è sempre più ridotta sia a livello nazionale che internazionale, come rileva uno studio dell'OMS e i continui appelli del Centro Nazionale Sangue di aumentare le donazioni di sangue per compensare la carenza mondiale.

Obiettivo per il 2024 è quello di raggiungere l'autosufficienza regionale di emazie concentrate e di implementare ulteriormente le raccolte di plasma per tendere alla sua autosufficienza.

Nell'anno 2023 la donazione d'**organi e tessuti** in Sicilia ha subito un notevole decremento rispetto ai traguardi raggiunti nell'anno 2022. Infatti, nel 2023 il numero di accertamenti di morte con metodo neurologico è stato di 27,8 pmp contro i 30,5 dell'anno 2022 e gli oltre 43 pmp della media nazionale. Inoltre, il numero di donatori procurati del 2023 è stato di 11,2 pmp contro 18,1 pmp del 2017 e gli oltre 27 della media nazionale. Infine, il tasso di opposizione registrato nel 2023 è stato pari al 47% contro il 37% del 2022 e circa il 28% della media nazionale.

Parimenti, per quanto concerne il procurement del tessuto corneale è stata registrata nell'anno 2023 una contrazione rispetto all'anno precedente attestandosi su 104 cornee prelevate contro 118 del 2022 in un contesto che prevede un fabbisogno regionale stimato di oltre 600 cornee/anno.

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

Gli indicatori e i valori target sono relativi all'anno 2024; per l'anno 2025 verranno definiti anche in base ai risultati conseguiti nell'anno precedente.

INDICATORE	1. Istituzione del Coordinamento Locale Aziendale per il Procurement Organi e Tessuti con assegnazione dell'incarico di altissima specialità per il Coordinatore locale Aziendale e l'individuazione di un infermiere dedicato al procurement (ASR Programma nazionale donazioni 2018 - 2020) (PESO 10%) 2. Numero di accertamenti di morte con criterio neurologico/numero di decessi aziendali per grave neurolesione (PESO 30%) 3. Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% (PESO 30%) 4. Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO 20%) 5. Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. (PESO 10%)
VALORI OBIETTIVO E SCALA	SI / NO L'obiettivo sarà raggiunto al 100% se rispetto al 2023 l'incremento del numero di accertamenti: nell'anno 2024 sarà pari o superiore al 5% nell'anno 2025 sarà pari o superiore al 15% nell'anno 2026 sarà pari o superiore al 25% L'obiettivo sarà raggiunto all'80% se rispetto al 2023 l'incremento del numero di accertanti nell'anno 2024 sarà inferiore al 5% nell'anno 2025 sarà inferiore al 15% nell'anno 2026 sarà inferiore al 25% L'obiettivo sarà raggiunto all'50% se rispetto al 2023 l'incremento del numero di accertamenti nell'anno 2024 sarà inferiore al 3% nell'anno 2025 sarà inferiore al 10% nell'anno 2026 sarà inferiore al 15% L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se rispetto al 2023 l'incremento del numero di accertamenti nell'anno 2024 sarà inferiore al 2% nell'anno 2025 sarà inferiore al 7% nell'anno 2026 sarà inferiore al 10%

	1. L'obiettivo sarà raggiunto al 100% se il tasso di opposizione sarà non superiore al 38%. L'obiettivo sarà raggiunto all' 80% se nell'anno 2024 il tasso di opposizione sarà non superiore al 41%. L'obiettivo sarà raggiunto al 50% se nell'anno 2024 il tasso di opposizione sarà non superiore al 45%. L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se il tasso di opposizione registrato nell'anno 2024 sarà superiore al 45%. 4. L'obiettivo sarà raggiunto al 100% se rispetto al 2023 l'incremento del numero di cornee procurate: nell'anno 2024 sarà pari o superiore al 10% nell'anno 2025 sarà pari o superiore al 20% nell'anno 2026 sarà pari o superiore al 30% L'obiettivo sarà raggiunto all'80% se rispetto al 2023 l'incremento del numero delle cornee procurate nell'anno 2024 sarà inferiore al 5% nell'anno 2025 sarà inferiore al 15% nell'anno 2026 sarà inferiore al 25% L'obiettivo sarà raggiunto all'50% se rispetto al 2023 l'incremento del numero delle cornee procurate nell'anno 2024 sarà inferiore al 3% nell'anno 2025 sarà inferiore al 10% nell'anno 2026 sarà inferiore al 20% L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se rispetto al 2023 l'incremento del numero delle cornee procurate nell'anno 2024 sarà inferiore al 2% nell'anno 2025 sarà inferiore al 7% nell'anno 2026 sarà inferiore al 15% 5. SI/NO
PUNTEGGIO	**5 per ASP**

OBIETTIVO 7: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Nell'ambito della Missione 6 – Salute del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR, la regione Siciliana mira a riformare il Servizio Sanitario Regionale (SSR), grazie al finanziamento del programma dell'Unione europea "Next Generation Europe", anche sfruttando appieno le opportunità di miglioramento dell'offerta di salute derivanti dall'impiego dell'innovazione tecnologica e digitale.

In particolare, secondo quanto previsto nel Piano Operativo Regionale (POR) allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), sottoscritto a maggio 2022, l'obiettivo dell'Assessorato Regionale della Salute, in qualità di Soggetto Attuatore degli interventi, mira a migliorare l'efficacia di cura delle persone, anche attraverso il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), e a migliore la capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi.

Nello specifico, nella programmazione regionale della Componente 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" sono ricompresi anche i sub-investimenti che si riportano di seguito, corredati dei relativi target e milestone:

M6C2:

1.3 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione:

1.3.1 (b) Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province autonome: alimentazione del FSE da parte dell'85% dei medici di base entro la fine del 2025 e utilizzo del FSE di tutte le Regioni entro giugno 2026;

1.3.2 Infrastruttura tecnologica del MdS e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA:

1.3.2.2 Reingegnerizzazione NSIS a livello locale:

1.3.2.2.1 Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali (Consultori di Famiglia, Ospedali di Comunità, Servizi di Riabilitazione Territoriale e Servizi di Cure Primarie): adozione a livello regionale dei 4 nuovi flussi informativi entro il 31 marzo 2025.

Nello specifico, il progetto FSE e quello relativo all'adozione dei 4 nuovi flussi mirano congiuntamente a estendere e uniformare a livello regionale i contenuti dei documenti digitali sanitari e a facilitarne l'alimentazione e la consultazione da parte dei professionisti della sanità. L'obiettivo è il potenziamento dei sistemi per la raccolta dei dati, mediante l'integrazione dei dati clinici e amministrativi dei flussi di dati Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), con i dati clinici del FSE e con le altre informazioni derivanti da ulteriori flussi di dati relativi alla salute, nell'ambito dell'approccio One Health. L'implementazione dei 4 nuovi flussi informativi sanitari, risulta fondamentale per completare il monitoraggio dei LEA e potenziare la qualità dei dati clinici e amministrativi dei dati esistenti. In questo modo si intende imprimere un profondo cambio di passo nell'infrastruttura tecnologica alla base dell'erogazione dell'assistenza, dell'analisi dei dati sanitari e della capacità predittiva del SSR della regione Siciliana, grazie al rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti di analisi per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA, ossia i servizi garantiti dal SSN in tutto il paese) e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico.

INDICATORE	**Indicatore 1** *Numeratore*: Documenti indicizzati *Denominatore*: n° di prestazioni erogate *Fattore di scala*: (x 100) **Indicatore 2** *Numeratore*: n° di MMG che alimenta il FSE *Denominatore*: n° di MMG *Fattore di scala*: (x 100) di cui Indicatore di utilizzo IU2.2 *Numeratore*: n° Utenti MMG-PLS che hanno effettuato almeno una operazione su ESE (es. di ricerca documenti, consultazione documenti, richiesta di servizio tra quelli previsti nei servizi on-line definiti nelle presenti Linee Guida) *Denominatore*: n° Totale MMG-PLS - (fonte denominatore Sistema TS nelle more di ANA) • *Fattore di scala*: (x 100) **Indicatore 3** *Numeratore*: n° documenti in CDA2 *Denominatore*: n° documenti indicizzati *Fattore di scala*: (x 100) **Indicatore 4** *Numeratore*: n° documenti firmati in PaDES *Denominatore*: n° documenti indicizzati *Fattore di scala*: (x 100) di cui **Indicatore di alimentazione IA1.1** *Numeratore*: n° di Lettere di Dimissioni Ospedaliere Indicizzate *Denominatore*: n° ricoveri *Fattore di scala*: (x 100) **Indicatore di alimentazione IA1.2** *Numeratore*: n° di Verbali di Pronto Soccorso Indicizzati *Denominatore*: n° Accessi di Pronto Soccorso *Fattore di scala*: (x 100) **Indicatore di alimentazione IA1.3** *Numeratore*: n° Referti di Laboratorio Indicizzati *Denominatore*: n° Prestazioni di Laboratorio Erogate *Fattore di scala*: (x 100) **Indicatore di alimentazione IA1.4** *Numeratore*: n° Referti di Radiologia indicizzati *Denominatore*: n° Prestazioni di Radiologia Erogate *Fattore di scala*: (x 100) **Indicatore di alimentazione IA1.5** *Numeratore*: n° Referti di Specialistica Ambulatoriale Indicizzati *Denominatore*: n° Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale Erogate *Fattore di scala*: (x 100) **Indicatore di alimentazione IA1.6** *Numeratore*: n° Referti di Anatomia Patologica Indicizzati *Denominatore*: n° Prestazioni di Anatomia Patologica Indicizzati *Fattore di scala*: (x 100) **Indicatore di alimentazione IA1.7** *Numeratore*: n° Cittadini Residenti con Certificato Vaccinale Indicizzato *Denominatore*: n° Cittadini Residenti (su base regionale) *Fattore di scala*: (x 100) **Indicatore di alimentazione IA1.8** *Numeratore*: n° Totale di Documenti Indicizzati *Denominatore*: n° Assistiti *Fattore di scala*: (x 100)

VALORI OBIETTIVO	Si prevede di raggiungere nel 2024 le seguenti soglie: • 40% - indicatore 1; • 30% - indicatore 2; • 80% - indicatore 3; • 80% - indicatore 4. Si prevede di raggiungere nel 2025 le seguenti soglie: • 65% - indicatore 1; • 85% - indicatore 2; • 90% - indicatore 3; • 90% - indicatore 4. Si prevede di raggiungere nel 2026 le seguenti soglie: • 90% - indicatore 1; • 85% - indicatore 2; • 90% - indicatore 3; • 90% - indicatore 4.
SCALA **(Valore/range di risultato)**	**SI**
PUNTEGGIO	**8 per ASP**

OBIETTIVO 8: PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.) – Certificabilità dei dati e dei bilanci degli Enti del SSR/ Certificazione dei Bilanci Aziendali

Con decreto del Ministro della Salute adottato di concerto con il Ministro dell`Economia e delle Finanze del 1 marzo 2013, (pubblicato in G.U.R.I del 26 marzo 2013 - Serie Generale n.72) recante "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità", sono definiti: "I Percorsi Attuativi della Certificabilità. Requisiti comuni a tutte le regioni", di cui all'allegato A al suddetto decreto.

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

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

L'implementazione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità ha impegnato le Aziende Sanitarie negli anni 2016-2023, nel corso dei quali sono state effettuate anche le verifiche di audit volte ad accertare il reale stato di attuazione delle procedure aziendali.

All'esito delle predette verifiche, sono emerse criticità che hanno indotto l'Amministrazione regionale, sulla scorta delle conformi indicazioni ministeriali rese in merito, ad adottare diversi Decreti Assesoriali, con i quali è stato differito il termine entro il quale definire il percorso di consolidamento del PAC regionale.

A seguito delle recenti valutazioni del *Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza*, l'obiettivo intende assicurare che le Aziende del SSR provvedano alla piena realizzazione delle Azioni previste dal PAC che consentano di addivenire alla certificabilità dei bilanci aziendali e successiva certificazione degli stessi.

INDICATORE	**INDICATORE AL 31.12.2024** • Istituzione di una **funzione di Internal Audit** *esclusiva, indipendente, strutturata* ed *obiettiva* finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo contabile aziendale. **(SI/NO)** **INDICATORE AL 30.06.2025** • Piena attuazione delle procedure aziendali adottate e adeguatamente aggiornate dagli Enti del SSR per il raggiungimento degli **obiettivi e delle azioni PAC** relativi a ciascuno dei cicli e delle Aree di Bilancio. **(SI/NO)** **INDICATORE AL 31.12.2026** • Certificazione dei Bilanci Aziendali **(SI/NO)**
VALORI OBIETTIVO	**Obiettivo al 30.06.2025** • Conseguimento della **Certificabilità dei dati e dei bilanci degli Enti del SSR**, quale conseguenza del raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali previsti dal D.M. 1 marzo 2013 **Obiettivo al 31.12.2026** • Conseguimento della **Certificazione dei Bilanci Aziendali** con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento.
SCALA	**SI**
PUNTEGGIO	**8 per ASP**

OBIETTIVO 9: Approvvigionamento farmaci e gestione I ciclo di terapia

L'obiettivo relativo al recepimento delle risultanze delle procedure aggiudicate dalla Centrale Unica di Committenza della Regione Siciliana ha la finalità di rendere tempestivo l'accesso alle terapie farmacologiche, contrastando in tal modo anche possibili fenomeni di mobilità passiva, nonché di garantire la sostenibilità del SSR, attraverso un più rapido approvvigionamento dei farmaci equivalenti e biosimilari a minor costo.

In tal senso si è già espressa la Giunta Regionale con la Deliberazione n. 316 del 27 luglio 2023 recante "*Linee guida per la razionalizzazione e l'armonizzazione delle procedure di acquisto dei farmaci – Apprezzamento".*

Per quanto sopra, si rende necessario adottare il seguente obiettivo:

Obiettivo 1. Garantire il recepimento delle risultanze delle procedure aggiudicate dalla Centrale Unica di Committenza della Regione Siciliana entro 10 giorni dalla data di trasmissione del decreto di aggiudicazione.

L'obiettivo relativo all'ottimizzazione della gestione del I ciclo di terapia (L. 405/01) ha la finalità di migliorare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio e di razionalizzare la spesa farmaceutica convenzionata, grazie alla dispensazione dei farmaci a minor costo, acquistati dalle Aziende Sanitarie a seguito di apposite gare regionali.

Obiettivo 2. Ottimizzazione della gestione del I ciclo di terapia a pazienti dimessi sia in DH che in ricovero ordinario.

INDICATORI (TOTALE 5 PUNTI)	**Obiettivo 1. Garantire il recepimento delle risultanze delle procedure aggiudicate dalla Centrale Unica di Committenza della Regione Siciliana entro 10 giorni dalla data di trasmissione del decreto di aggiudicazione.** **Indicatore 1*:** procedure adottate dall'Azienda Sanitaria / procedure aggiudicate dalla CUC/ $\geq$ 0,95 *fonte flusso beni - calcolato solo in relazione alle procedure per le quali l'Azienda Sanitaria ha espresso fabbisogni. **Obiettivo 2. Ottimizzazione della gestione del I ciclo di terapia a pazienti dimessi sia in DH che in ricovero ordinario.** **Indicatore 2:** N. prestazioni I ciclo / N. dimessi sia DH che in regime ordinario $\geq$ 0,8
VALORI OBIETTIVO E SCALA	**Indicatore 1:** obiettivo raggiunto al 100% se il risultato è un rapporto pari o superiore a 95%; **Indicatore 2:** obiettivo raggiunto al 100% se il risultato è un rapporto pari o superiore a 80%.
PUNTEGGIO	**5** per ASP (**2,5** per ciascun indicatore)

OBIETTIVO 10: Area della Performance: garanzia dei LEA nell'Area della Prevenzione, dell'Assistenza Territoriale e dell'Assistenza Ospedaliera secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

L'Area della Performance attribuisce quali obiettivi il raggiungimento dei valori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia ai fini della valutazione che in ambito nazionale viene effettuata in merito alla capacità dei sistemi sanitari regionali di garantire sul territorio di ciascuna regione la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza.
Gli indicatori, in particolare, sono stati selezionati tra quelli c.d. "core", vale a dire tra quegli indicatori rilevanti ai fini della predetta valutazione. In taluni casi gli stessi sono stati modificati per renderli maggiormente funzionali al superamento delle criticità in atto registrate dal SSR della Sicilia.
L'Area della Performance, in coerenza con il NSG si articola nelle sub Aree della Prevenzione, dell'Assistenza Territoriale e dell'Assistenza Ospedaliera.
L'Area della Prevenzione costituisce obiettivo soltanto delle ASP.
Si seguito di riporta una elencazione sintetica degli indicatori; nelle tabelle allegate per ciascun indicatore sono indicati i parametri di riferimento.

AREA DELLA PREVENZIONE - **PUNTEGGIO 15 solo ASP**

1. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) - codice NSG P01C - **Punteggio 3**
2. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - codice NSG P02C - **Punteggio 3**
3. Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino - codice NSG P10Z - **Punteggio 3**
4. Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale - codice NSG P12Z - **Punteggio 3**
5. Indicatore composito sugli stili di vita (ISTAT) - codice NSG P14C - **Punteggio 3**

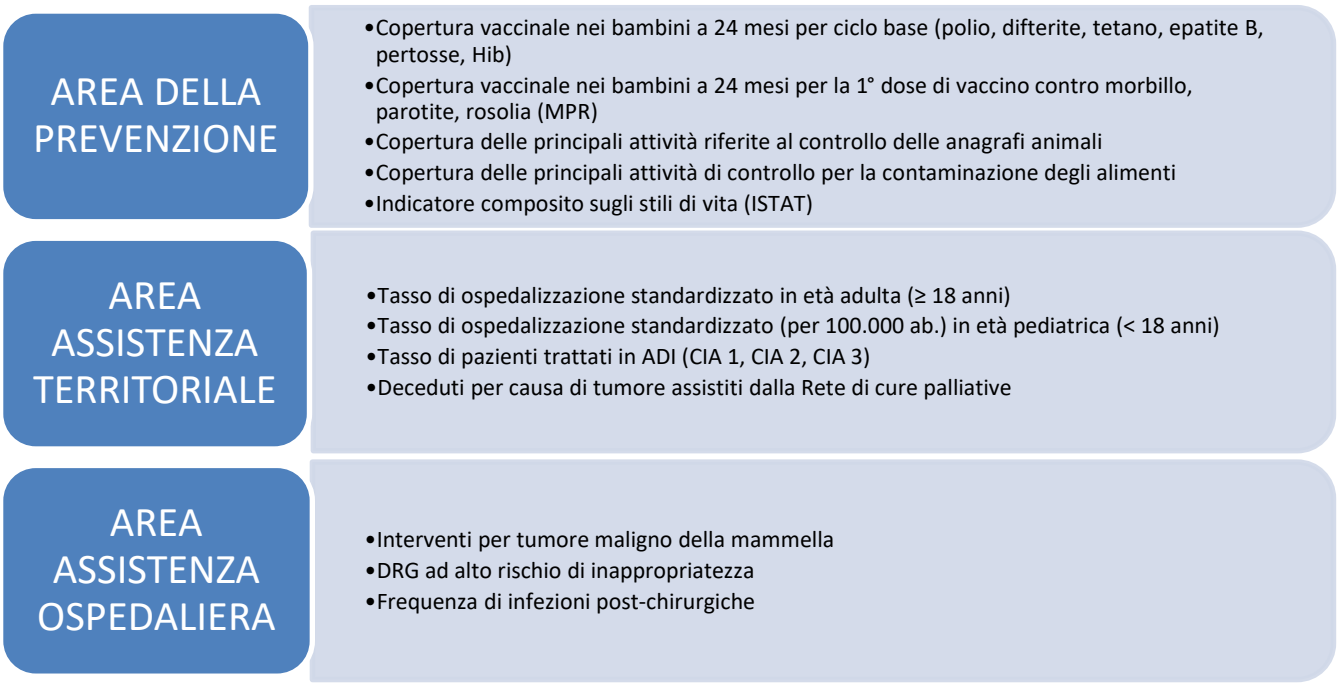
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE – **PUNTEGGIO 12 ASP**

1. Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - codice NSG D03C – **Punteggio 2**
2. Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - codice NSG D04C – **Punteggio 2**
3. Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3) - codice NSG D22Z – **Punteggio 5**
4. Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - codice NSG D30Z – **Punteggio 3**

AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA **PUNTEGGIO 8 ASP**

1. Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui - codice H02Z **Punteggio 2 ASP,**
2. Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - codice H04Z **Punteggio 2 ASP**
3. Frequenza di infezioni post-chirurgiche - codice H16S **Punteggio 4 ASP**

In particolare il superiore obiettivo S.F.10 è schematizzabile come segue:



Ed i relativi obiettivi ribaltati sulle UOC/UOSD sono così codificati:

541	LEA	1.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
542	LEA	1.2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
543	LEA	1.3	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali
544	LEA	1.4	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti
545	LEA	1.5	Indicatore composito sugli stili di vita (ISTAT)
547	LEA	2.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni)
548	LEA	2.2	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni)
549	LEA	2.3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)
550	LEA	2.4	Deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative
552	LEA	3.1	Interventi per tumore maligno della mammella
553	LEA	3.2	DRG ad alto rischio di inappropriatezza
554	LEA	3.3	Frequenza di infezioni post-chirurgiche

Quanto alle ratio, ai target, alle modalità di calcolo/misurazione (criteri e indicatori etc.), l'allegato al contratto del D.G. contiene una scheda sinottica per ciascuna area che nelle pagine seguenti si riportano:

Area di Garanzia dei LEA secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)- Assistenza Distrettuale

INDICATORE	RAZIONALE/SIGNIFICATO	DEFINIZIONE	COSTRUZIONE INDICATORE	VALORE SOGLIA
Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco codice NSG D03C	L'indicatore valuta la frequenza con cui viene utilizzato il ricovero ordinario per affrontare alcune selezionate patologie croniche. Tale frequenza può essere considerata una proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della medicina territoriale che possono gestire le patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura. Nei territori dove il tasso di ospedalizzazione per tali patologie è più alto si ritiene che vi sia meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato.	L'indicatore esprime il rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie della popolazione residente per Regione per alcune condizioni o patologie evitabili rispetto al totale della popolazione della Regione.	L'indicatore complessivo è dato dalla somma dei tassi di ospedalizzazione (standardizzati) per patologia. Per ciascuna patologia il tasso è calcolato nel seguente modo: Numeratore: N. dimissioni Denominatore: Popolazione residente Fattore di scala: x 100.000 abitanti. Standardizzato per età e sesso.	Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'anno di riferimento
Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite codice NSG D04C	L'indicatore valuta la frequenza con cui viene utilizzato il ricovero ordinario per affrontare alcune selezionate patologie. Tale frequenza può essere considerata una proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della pediatria di libera scelta che possono trattare le patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura. Nei territori dove il tasso di ospedalizzazione per tali patologie è più alto si ritiene che vi sia meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato.	L'indicatore esprime il rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie della popolazione residente per Regione per alcune condizioni o patologie evitabili rispetto al totale della popolazione della Regione	L'indicatore complessivo è dato dalla somma dei tassi di ospedalizzazione (standardizzati) per patologia. Per ciascuna patologia il tasso è calcolato nel seguente modo: Numeratore: N. dimissioni Denominatore: Popolazione residente Fattore di scala: x 100.000 abitanti. Standardizzato per età e sesso.	Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'anno di riferimento.
Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3) codice NSG D22Z	L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per i diversi livelli di intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Numero di pazienti trattati in ADI * 1.000 abitanti	Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 1 Denominatore: Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000) • Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2 Denominatore: Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000) • Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3 Denominatore: Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)	La soglia è determinata in relazione agli standard previsti dal DM 77
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore codice NSG D30Z	L'indicatore esprime il numero di persone decedute a domicilio o in hospice nel corso di una presa in carico da parte della Rete delle cure palliative. L'obiettivo è quello di misurare l'efficacia della Rete nella presa in carico dei pazienti terminali fino al termine della loro vita	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/numero deceduti per causa di tumore	Numeratore: Σ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso (Motivo conclusione valorizzato con 6) e per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208 + Σ Assistiti in cure palliative domiciliari con assistenza conclusa per decesso (Motivo conclusione valorizzato con 3) per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208. Assistenza relativa allo Stato Terminale Oncologico valorizzata con 1 (bisogno presente). Denominatore: Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	Valore > 35%

Area di Garanzia dei LEA secondo il nuovo NSG - Area dell'Assistenza Ospedaliera

INDICATORE	RAZIONALE/SIGNIFICATO	DEFINIZIONE	COSTRUZIONE INDICATORE	VALORE SOGLIA
Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui - codice H02Z	requisiti delle unità di senologia sono stati definiti già nel 2000 da Eusoma, (European Society of Breast Cancer Specialists) su mandato della prima Conferenza Europea sul tumore della mammella (EBCC) e sono stati ribaditi nella risoluzione del Parlamento Europeo n.2002/2279(INI del 5 giugno 2003. Tali documenti sottolineano la necessità di curare la patologia della mammella in centri multidisciplinari dedicati, dotati di specifici criteri organizzativi e tecnologici ed atti ad erogare un numero sufficiente di nuovi casi l'anno, almeno 150, a garanzia dell'efficacia e sicurezza dell'intervento, del rapporto costo-beneficio e del mantenimento della competenza del team.	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui.	Numeratore: Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, avvenuti in strutture italiane nell'anno di riferimento, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x) eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui. Denominatore: Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, avvenuti in strutture italiane nell'anno di riferimento, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x). Fattore di scala: (x 100)	150 (con 10% tolleranza) (Intesa Stato-Regioni 18 dicembre 2014, D.M. 2 aprile 2015, n.70)
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - codice H04Z	Indicatore di inappropriatezza del setting assistenziale. Mira a valutare la bontà dell'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato. L'attività afferente ai DRG Lea deve essere erogata privilegiando il regime di Day Hospital. Nel recente contesto dei Piani di Rientro, parte dell'attività è stata trasferita al di fuori dell'Ospedale, tramite l'attivazione di "Percorsi Ambulatoriali Complessi", che mirano ad offrire una più efficiente erogazione dell'assistenza evitando il ricorso al ricovero ospedaliero, inappropriato sia dal punto di vista clinico che organizzativo.	Dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti.	Numeratore: N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato". Denominatore: N. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato".	Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'ultimo anno disponibile.
Frequenza di infezioni post-chirurgiche - codice H16S	Il rischio infettivo, ossia il rischio per i pazienti di contrarre un'infezione nel corso di un episodio di assistenza sanitaria, occupa un posto particolare in ragione delle dimensioni rischio, della complessità, dei determinanti e del trend epidemiologico in aumento. La quota prevenibile di infezioni correlate all'assistenza (ICA) secondo studi recenti, è molto più alta di quanto ritenuto fino a poco tempo fa, attraverso la promozione di pratiche assistenziali efficaci a ridurre il rischio di trasmissione di microorganismi durante l'assistenza.		Numeratore: Numero di dimissioni chirurgiche con codice ICD-9-CM per sepsi presente in un campo di diagnosi secondarie durante l'episodio chirurgico e in un qualsiasi campo di diagnosi durante una riammissione entro 30 giorni dall'episodio chirurgico (data dell'intervento chirurgico principale). Se la data dell'episodio chirurgico non è disponibile, entro 30 giorni dalla data di ricovero (per il primo episodio chirurgico).	Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.
			Denominatore: tutte le dimissioni chirurgiche di pazienti di età 15 anni e più.	
			Fattore di scala: (x 100.000)	
			CODICI DIAGNOSI DA CONSIDERARE - 379.63 Infiammazione (infezione) di vescicole post-procedurali, stadio 3 - 634.0 Aborto spontaneo complicato da infezione del tratto genitale e pelvico - 635.0 Aborto indotto legalmente complicato da infezione del tratto genitale e pelvico - 637.0 Aborto non specificato complicato da infezione del tratto genitale e pelvico - 638.0 Tentativo fallito di aborto complicato da infezione del tratto genitale e pelvico - 639.0 Infezione del tratto genitale e della pelvi . 674.3 Altre complicazioni di suture chirurgiche ostetriche - 996.60 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti non specificati - 996.61 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci - 996.66 Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne - 996.67 Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti ortopedici interni - 996.69 Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti interni - 998.5 Infezione postoperatoria, non classificata altrove - 998.51 Sieroma infetto postoperatorio - 998.59 Altra infezione postoperatoria	

Area di garanzia dei LEA secondo il Nuovo Sistema di Garanzia - Prevenzione collettiva e Sanità pubblica

INDICATORE	RAZIONALE/SIGNIFICATO	DEFINIZIONE	COSTRUZIONE INDICATORE	VALORE SOGLIA
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) codice NSG P01C	La copertura vaccinale è l'indicatore più sintetico per verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive e l'efficienza dei programmi in atto. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie.	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima).	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi). Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita Fattore di scala: (x 100)	La soglia deve tendere ad un valore superiore al 95%
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) codice NSG P02C		Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima).	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose. Denominatore: numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita Fattore di scala: (x 100)	La soglia deve tendere ad un valore superiore al 95%
Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino codice NSG P10Z	Valutazione complessiva del livello basilare di attività di controllo ufficiale, garantito dal SSR, volto a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino, attraverso: - la tracciabilità delle produzioni animali a partire dall'allevamento, - il controllo sulla commercializzazione e sull'uso del farmaco veterinario, - il controllo sulla produzione e somministrazione di mangimi agli animali.	Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino.	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,05) + (% capi ovicaprini controllati per anagrafe3 x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,1) + (% allevamenti apistici controllati per anagrafe6 x 0,1) + (% esecuzione del PNAA7 x 0,3) + (% controlli di farmacosorveglianza veterinaria8 x 0,2)	>90% Sotto il 70% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute.
Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale codice NSG P12Z	Valutazione complessiva del livello basilare di attività di controllo ufficiale, garantito dal SSR, volto a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale e vegetale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino.	Livello di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2)	Le soglie dei singoli addendi sono previste dalle fonti normative sopradescritte, pertanto il valore atteso è il 100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale. Per ciascun addendo è stata fissata una soglia di inaccettabilità che comporta la decurtazione di 1 punto dal punteggio percentuale raggiunto per l'indicatore. Le soglie di inaccettabilità sono le seguenti: • PNR: 90% • controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari: 90% • controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari : 90% Sotto l'80% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute.
Indicatore composito sugli stili di vita (ISTAT) codice NSG P14C	L'indicatore descrive, per ogni Regione, i cambiamenti relativi nel tempo della prevalenza di soggetti con determinati comportamenti o stili di vita, come proxy dell'outcome degli interventi di prevenzione e di promozione di stili vita salutari messi in atto dalle Regioni. Gli stili di vita sono un determinante riconosciuto delle malattie croniche non trasmissibili. I principali fattori di rischio comportamentali modificabili (in particolare fumo, alimentazione scorretta, inattività fisica, consumo a rischio di alcol) sono significativamente associati a insorgenza di tumori, malattie cerebro, cardiovascolari e respiratorie, sovrappeso e obesità, aumento della pressione arteriosa e livelli elevati di colesterolo. Esistono interventi di provata efficacia e sostenibilità per ridurre il peso e l'impatto delle malattie croniche agendo su tali fattori. Anche in considerazione della transizione demografica in atto, la valutazione della prevalenza e dei trend degli stili di vita assume una sempre maggiore importanza nell'ambito della definizione delle policy, sia nelle comunità internazionali che nazionale. Conseguentemente a tale rilevanza, Stato e Regioni hanno considerato l'area degli interventi sugli stili di vita quale ambito di pianificazione all'interno dei Piani nazionali e regionali della prevenzione 2005-2007, 2010-2012 e 2014-2018.	Proporzione di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari.	L'indicatore è definito come rapporto tra: Numeratore: Numero di soggetti che presentano un punteggio maggiore o uguale a due. Il punteggio è inteso come somma dei punteggi relativi a 4 indicatori: A - INDICATORE_FUMO 0 = Mai fumatore ed ex-fumatore (non fuma attualmente) 1 = Fumatore moderato (<20 sigarette) 2 = Fumatore forte (≥ 20 sigarette) B - IDICATORE_ECCESSO_PONDERALE 0 = Normopeso + sottopeso (BMI < 25 kg/m²) 1 = Sovrappeso (BMI: [25.0-29.9] kg/m²) 2 = Obeso (BMI ≥ 30 kg/m²) C - INDICATORE_ALCOL 0 = Astemio + consumo moderato 1 = Consumo a rischio (consumo abituale eccedentario, binge drinking, fuori pasto1) D - INDICATORE_SEDENTARIETÀ 0 = Parzialmente attivi (attività fisica nel tempo libero + attività lavorativa o domestica pesante) 1 = Sedentari (nessuna attività nel tempo libero + nessuna attività lavorativa o domestica pesante) Denominatore: Popolazione stimata 18-69 residente nella Regione.	La soglia viene determinata sulla base delle distribuzioni dei dati.

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

2.2.2.3 Obiettivi Specifici Aziendali

089	DG	Ge	5		Adempimenti Gestione ALPI
091	DG	H	1		Incremento mobilità attiva
092	DG	H	2		Mantenimento / Incremento valore produzione (Flusso A, SDAO, C, SPI, RSA, Hospice etc.)
093	DG	H	3		Mantenimento / Incremento delle Prestazioni assicurate ad altre UO Interne
094	DG	H	4		Tempestività delle Prestazioni (o referti) assicurate ad altre UO Interne
095	DG	H	5	a	Indicatori Attività Ospedalieri: Indice di Occupazione
163	DG	H	5	b	Indicatori Attività Ospedalieri: Indice di Occupazione (SPDC)
164	DG	H	5	c	Indicatori Attività Ospedalieri: Ricoveri ripetuti 0-1 Giorno
096	DG	H	6		Indicatori Attività Ospedalieri: Degenza Media
097	DG	H	7		Indicatori Attività Ospedalieri: Peso Medio
098	DG	H	8		Indicatori Attività Ospedalieri: Indice di Operatività (Drg Chir./Med.)
099	DG	H	9		Incentivazione dimissioni facilitate per Scompenso, Diabete e BPCO
106	DG	T	2		Gestione Convenzioni MMG, PLS, MCA, SUMAI, Spec. Conv. Esterni
107	DG	T	3		Gestione Medicina Scolastica e Dispensario Antitubercolare

600	DG	T	8		Rinnovo Piani Terapeutici e pulizia liste pazienti
120	DG	T	16		Tempi presa in carico a CSM di dimessi da SPDC (ob. A) e visite domiciliari CSM (ob. B)
121	DG	T	17		Aggiornamento dei P.T.I. a 6 mesi per tutti i ricoverati in C.T.A. e C.D.
122	DG	T	18		Prevenzione e trattamento GAP (Gioco d'Azzardo Patologico)
123	DG	T	19		Ambulatorio per soggetti affetti da DCA (Disturbi Comportamenti Alimentari)
124	DG	T	20		Valutazione multidisciplinare di minori su segnalazione del Tribunale dei minori
125	DG	T	21		Presa in carico di minori per valutazione e trattamento: Tempi (ob. A) e Prestaz. (ob. B)
126	DG	T	22		Coordinamento attività per il controllo delle infezioni ospedaliere
127	DG	T	23		Monitoraggio prestazioni Ospedali Pubblici
128	DG	T	24		Visite Medico Legali: ob. A per malattia; ob. B per idoneità al lavoro
129	DG	T	25		Tempestività interventi riabilitativi in post-acuti: Autorizz. (ob. A) e Trattamento (ob. B)
130	DG	T	26		Tempestività autorizz. per prestaz. ambulatoriali o residenziali presso strutture art. 26
131	DG	T	27		Appropriatezza rilascio presidi e ausili per disabili
132	DG	T	28		Integraz. Consultori-Punti Nascita (donne trattate in consultorio e partorienti in ASP)
133	DG	T	29		Percorso Nascita: A) Redazione quaderno di gravidanza (o analogo strumento); B) Volumi di attività
134	DG	T	30		Distribuzione diretta (in economia) di Farmaci e Dispositivi a pazienti aventi diritto
135	DG	T	31		Monitoraggio appropiatezza prescrittiva di MMG e PLS attraverso controlli a farmacie
136	DG	T	32		Assistenza Domiciliare per Malati Oncologici in fase terminale (e assistenza ambulat.)
137	DG	T	33		Gestione Emergenza Territoriale (ivi compresa gestione sbarchi immigrati)
138	DG	T	34		Gestione attività di accreditamento (nuove istruttorie e verifiche periodiche)
139	DG	T	35		Gestione attività del Centro Alzheimer
170	DG	T	36		Rirodino attività ADI con particolare riferimento ai disabili gravissimi e rinnovo/rinegoziazione convenzioni
599	DG	T	37		Aggiornamento e Manutenzione registro territoriale di patologia
598	DG	T	40		Organizzazione servizi in collaborazione con l'Amministrazione penitenziaria
597	DG	T	38		Programmazione ispezioni verifiche e monitoraggi di competenzz del SIA
595	DG	T	41		Garantire le condizioni per mantenere l'accreditamento del laboratorio di sanità pubblica
596	DG	T	42		Programmazione ed effettuazione dei controlli e degli esami di competenza del LSP
594	DG	T	42		Promozione iniziative sul corretto uso cellulari e prevenzione raggi UV
140	DG	A	1		Supporto Generale a tutte le altre UU.OO.
176	DG	A	12		Redazione, gestione e attuazione del Piano degli Investimenti
177	DG	A	13		Digitalizzazione Procedimenti amministrativi
178	DG	A	14		Scarto cartaceo / riduzione carta
179	DG	A	15		Piano degli Acquisti
180	DG	A	16		Programmazione Turnover
181	DG	A	17		Mappatura PDTA
182	DG	A	18		Stesura PDTA
183	DG	A	19		Applicazione PDTA
184	DG	A	20		Riduzione tempi di ripristino della consistenza delle risorse umane
168	DG	F	1		Gestione Registro AIFA D.A. 422/2011, Nota 21277/San/Sic del 07/05/2020, Disp. DG 18023 del 10/07/2020
151	DG	S	3		Programmazione e Sviluppo Piano Annuale della Formazione coerente con Obiettivi ASP
166	DG	S	12		Gestione quote di compartecipazione comunali nei ricoveri superiori a 60 GG (D.A. 25/01/2013)
174	DG	S	18		Incremento produttività e riduzione mobilità passiva (nota 2024-89305)
175	DG	S	19		Incremento produttività e riduzione mobilità passiva (nota 2024-89297)
900	DG	V	1		Rispetto Obiettivi assegnati di volta in volta dalla direzione aziendale
601	DG	Ge	6		Decoro ambienti e mantenimento requisiti Igienico-sanitari
602	DG	Ge	7		Organizzazione e standard qualitativi
603	DG	Ge	8		Appropriatezza prescrittiva

604	DG	Ge	9		Eliminazione doppi accessi
605	DG	Ge	10		Gradimento utenza
606	DG	Ge	11		Gestione Interventi del Programma Pluriennale ex art.20 L.67/1988
607	DG	Ge	12		Vigilanza sull'esecuzione dei grandi appalti di (Servizi)

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

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

Fasi, soggetti e tempi di processo di redazione del Piano

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

Fase	Attività	Soggetti coinvolti	Tempi previsti
Fase Gestionale	Negoziazione degli Obiettivi regionali con il Direttore Generale	Assessorato Reg.le Salute / Direttore Generale	Gennaio / Febbraio
	Condivisione obiettivi regionali	Direttore Generale / Dir. Sanitario e Dir.Amministrativo	Gennaio / Febbraio
	Pianificazione obiettivi aziendali in coerenza con gli atti di programmazione aziendale (Piano della Performance-Bilancio Preventivo- Piano degli Investimenti-Piano delle Assunzioni)	Direzione Strategica / Controllo di Gestione /SEF/Personale	Gennaio / Febbraio
	Redazione del PIAO e pubblicazione nel sito istituzionale	Direzione Strategica / Strut-tura Tecnica Permanente / Resp.le Anticorruzione / Resp.le Trasparenza / Settore personale / Formazione /	31 Gennaio

		URP / Controllo di Gestione	
	Negoziazione obiettivi di struttura (intesi anche quali obiettivi individuali dei Dirigenti Responsabili di struttura) e redazione del documento "Sistema obiettivi operativi"	Direzione Strategica / Dirigenti di Struttura /Dipartimento, UOC e UOS dipartimentali	Marzo
	Assegnazione obiettivi individuali (dirigenti non responsabili di struttura e comparto)	Dirigenti Resp. di struttura /tutto il personale afferente alla stessa	Marzo / Aprile
	a) monitoraggio in corso di esercizio b) attivazione eventuali interventi correttivi	Controllo di Gestione / Direzione Strategica / Dirigenti Resp. Strutture	Nel corso dell'anno
Fase di certificazione formale	Misurazione e valutazione annuale della performance organizzativa delle UU.OO.	Controllo di gestione/ Struttura Tecnica Permanente/ OIV	Marzo anno successivo
	Rendicontazione dei risultati ai vertici dell'Amministrazione	Struttura Tecnica Permanente/ Direzione Strategica/ Dirigenti Resp. Strutture	Marzo anno successivo
	Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	Dirigente Resp. di struttura sovraordinato/ tutto il personale afferente alla U.O. II istanza: OIV (solo per i Dirigenti di struttura)	Aprile anno successivo

	Relazione sulla Performance Approvazione Validazione e pubblicazione sul sito istituzionale	Direzione Strategica / Struttura Tecnica Permanente / Controllo di Gestione / OIV	Giugno anno successivo
Fase di valorizzazione del merito	Applicazione dei Sistemi Premianti	Servizio Risorse Umane/ Struttura Tecnica Permanente	Luglio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Direzione Aziendale**

- Indirizzo strategico gestionale
- Verifica risultati.

- **Organismo Indipendente di Valutazione / Nucleo di Valutazione**

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

- **Dirigenti con incarico di struttura complessa / semplice dipartimentale**

- Valutazione di prima istanza dei dipendenti.

- **U.O. Programmazione e controllo di gestione**

- Programmazione, budgeting e rendicontazione.

2.4 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

Il Piano Triennale delle Azioni Positive dell'ASP di Siracusa propone e valuta le buone pratiche e le azioni istituzionali miranti a promuovere la cultura della sicurezza, del benessere e del contrasto alle discriminazioni ed alla violenza di genere in azienda.

La Legge italiana ha accolto la Raccomandazione 84/635/CEE del Consiglio europeo del 13 dicembre 1984 al fine di promuovere azioni positive a favore delle donne e riconosce e garantisce il sostegno alle "Azioni positive", intendendo, con tale espressione, tutte quelle iniziative finalizzate a rimuovere gli ostacoli che, di fatto, impediscono la realizzazione di pari opportunità tra uomini e donne. L'articolo 7 comma 1 del D.lgs n. 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" ha previsto che le PP.AA. devono garantire parità e pari opportunità tra uomini e donne, l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro. Le PP.AA. devono assicurare, altresì, un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno. Le azioni positive, introdotte dalla Legge 10 aprile 1991, n.125 e disciplinate dagli artt. 44 e ss. del D.lgs. n. 198/2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna", hanno rappresentato una svolta fondamentale nelle politiche orientate a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomo e donna, a formare una cultura della differenza di genere, a promuovere l'occupazione femminile, a realizzare nuove politiche dei tempi e dei cicli di vita e a rimuovere la segregazione occupazionale orizzontale e verticale. Inoltre l'art. 48 del D.lgs. n. 198/06, ha imposto alle PP.AA. la predisposizione di Piani di Azioni Positive, di durata triennale, per affermare l'effettiva diffusione paritaria delle opportunità, nel presupposto che valorizzare le differenze rappresenta un fattore di qualità dell'azione amministrativa e, pertanto, attuare le pari opportunità significa innalzare il livello dei servizi con la finalità di rispondere con più efficacia ed efficienza ai bisogni delle cittadine e dei cittadini. Con DPR n.81/2022 Il Piano delle Azioni Positive è stato individuato quale adempimento soppresso in relazione all'inserimento dei contenuti dello stesso nella competente sezione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione.

In relazione a quanto sopra ed in conformità con le finalità promosse dalla normativa vigente, si delineano gli obiettivi generali che l'Asp di Siracusa intende perseguire:

- 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 esigenza 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 e allo scopo di perseguire gli obiettivi sopra descritti, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa intende promuovere il rispetto dei principi di parità e pari opportunità intesi come strumento per una migliore conciliazione tra vita privata e lavoro, per un maggiore benessere lavorativo e per la rimozione e prevenzione di qualsiasi forma di discriminazione. Un contesto lavorativo improntato al benessere dei lavoratori e delle lavoratrici rappresenta, infatti, un elemento imprescindibile per garantire il miglior apporto sia in termini di produttività che di affezione al lavoro. Tuttavia, la promozione della parità e delle pari opportunità nella pubblica amministrazione necessita anche di un'adeguata attività di pianificazione e programmazione, strumenti ormai indispensabili per rendere l'azione amministrativa più efficiente e più efficace. Per questa ragione, l'ASP di Siracusa, con l'adozione del presente piano, auspica di raggiungere risultati positivi per l'intera organizzazione aziendale e s'impegna a porre particolare attenzione agli interventi di conciliazione fra tempi di vita e di lavoro, alla rimozione degli ostacoli che si frappongono al conseguimento di una effettiva uguaglianza fra donne e uomini ed alla valorizzazione delle differenze per un potenziale miglioramento del benessere organizzativo aziendale nel suo complesso.

Azioni previste

Gestione segnalazioni, reclami ed elogi: classificazione dei reclami per gravità, urgenza e tipologia, con assegnazione alle uu.oo. competenti. Restituzione agli interessati dei riscontri ottenuti. Pubblicazione periodica di report sulle attività ed azioni correttive intraprese.

Percorso di tutela: la Direzione Strategica ha attivato un servizio di supporto dedicato denominato "Percorso di tutela" accessibile attraverso il front office Urp, Email o Spid. Formazione del personale per guidare gli utenti all'accesso al sevizio.

Ospedali di Comunità: partecipazione alle riunioni e maggiore coordinamento per la conoscenza di linee guida chiare e condivise per le funzioni degli ospedali di comunità.

Cure domiciliari: revisione delle procedure con l'aggiornamento delle linee guida per la gestione delle cure domiciliari. Monitoraggio della qualità con l'implementazione di un sistema di valutazione delle prestazioni domiciliari (es. questionari di soddisfazione).

Formazione del personale: l'Urp ha avviato un programma di formazione mirata sul tema della comunicazione empatica, sull'ascolto attivo e sul linguaggio inclusivo, rivolto agli operatori del front office Cup e Urp, in collaborazione con il Coordinamento Cup e Sifa.

Carta dei Servizi: revisione dei contenuti con aggiornamento dei servizi offerti. Digitalizzazione e accessibilità con la pubblicazione della Carta dei Servizi in formato digitale.

Carta dell'Accoglienza: guida chiara su aspetti della comunicazione, supporto e la gestione delle informazioni.

Piano della Comunicazione: redazione di un piano strategico di comunicazione con l'identificazione di obiettivi, target e strumenti da utilizzare.

Sito Web Aziendale: l'Urp, cura in collaborazione con il Sifa la gestione delle informazioni all'interno del sito web aziendale.

Rilevazione delle esigenze dell'utenza: sondaggi periodici (Customer) per monitorare la soddisfazione degli utenti e identificare aree di miglioramento.

Comitato Consultivo Aziendale: rinnovo del comitato, con criteri chiari di selezione. Utilizzo di canali multipli (sito Asp, social media…) per massimizzare la diffusione.

Area Emergenza Urgenza: la Direzione Strategica Aziendale ha avviato un progetto di riqualificazione "Human design" degli ambienti di attesa, (Area Emergenza Urgenza Pronto Soccorso Ospedale Umberto I° Siracusa). Nello specifico gli operatori Urp hanno condotto un'indagine conoscitiva allo scopo di comprendere in quale misura il progetto di Human designer favorisse il benessere nei luoghi di cura. L'attività è stata svolta attraverso l'osservazione partecipante, interviste e questionari, portando alla luce risultati sorprendenti sul benessere dell'esperienza di attesa nell'area emergenza urgenza riqualificata.

Eventi di promozione della salute: partecipazione attiva del personale Urp con interventi mirati alla conoscenza dei servizi sanitari.

Gestione dei conflitti: per migliorare la collaborazione e la comunicazione.

Associazioni di volontariato: partecipazione ad eventi a supporto delle associazioni che operano in ambito del volontariato ospedaliero.

Partecipazione a progetti: creazione di tavoli tecnici e attività di educazione per gruppi studenteschi.

Giornata mondiale del donatore di sangue e Panchina del dono: realizzazione della Panchina del Dono in collaborazione con il centro trasfusionale aziendale e il centro aziendale trapianti, con il fondamentale supporto della signora Carmela Blandizzi street artist e madre di un giovane donatore di organi. Una panchina tematica realizzata nel piazzale antistante l'Ospedale Umberto I° di Siracusa, che rappresenta il valore della donazione. Coinvolgimento delle associazioni per promuovere l'iniziativa. Organizzazione di un evento inaugurale con il supporto delle autorità locali e dei cittadini.

Donazione sangue: campagna di Comunicazione Sanitaria sulla donazione di organi, tessuti e sangue / stesura brochure esplicativa. Realizzazione di uno spot motivazionale che rappresenta la donazione come un gesto eroico con il fondamentale coinvolgimento dei volontari Super Heros. Stesura del copione da parte dell' Urp per garantire un messaggio chiaro e diffuso attraverso i canali ufficiali.

Expomedicina: allestimento di uno stand informativo con materiale promozionale. Proiezione dei risultati della ricerca di Human design presso la sala d'attesa del Pronto Soccorso dell'Ospedale Umberto I° di Siracusa.

Promozione servizi per la salute: coinvolgimento delle unità operative per la preparazione di materiale divulgativo. Allestimento di stand con materiali informativi sulla tutela della salute e distribuzione di gadget.

Rapporti con le istituzioni: Polizia di Stato, Comune di Siracusa e della Provincia, Prefettura di Siracusa.

Coordinamento violenza di genere: Protocollo d'intesa con la Prefettura "Chiedi di Lucia"; progetto "Facciamo Rete" presso il Comune di Augusta organizzato dal centro antiviolenza Nesea; stesura della "Carta dei servizi della Città di Siracusa" guida dettagliata per la prevenzione e il supporto alle vittime di violenza; stesura e adozione Procedura "Codice Rosa"; individuazione

Stanza Rosa presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Siracusa; partecipazione alla Conferenza Giornata Internazionale per l'eliminazione della Violenza sulle donne presso l'Ospedale di Lentini – Fondazione Onda; partecipazione alla conferenza sulla violenza economica organizzata dal centro antiviolenza Nesea presso il Comune di Augusta; coordinamento fra i servizi sanitari e Cuav (Centro per Uomini autori di Violenza).

Promuovendo il miglioramento continuo dei Servizi Sanitari e il rafforzamento della fiducia tra cittadini, operatori e Azienda Sanitaria potranno essere superate le criticità che via via si riscontrreranno.

2.5 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

(integrazione del piano della performance con il piano della trasparenza e anticorruzione)

Anticorruzione e Performance pubblica sono componenti di un sistema pubblico dello stesso corpo, che si sviluppano attraverso l'integrazione del Piano della Performance con i Piani della Trasparenza e Anticorruzione (PTPCT) previsti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) di cui all'art. 6, comma 6 del D.L. n. 80/2021, convertito dalla L. 6/8/2021 n. 113.

La conferenza Unificata nella seduta del 2/12/2021 ha espresso parere favorevole al Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione con cui è stato definito il contenuto del PIAO

2.5.1 Collegamento con piano anticorruzione

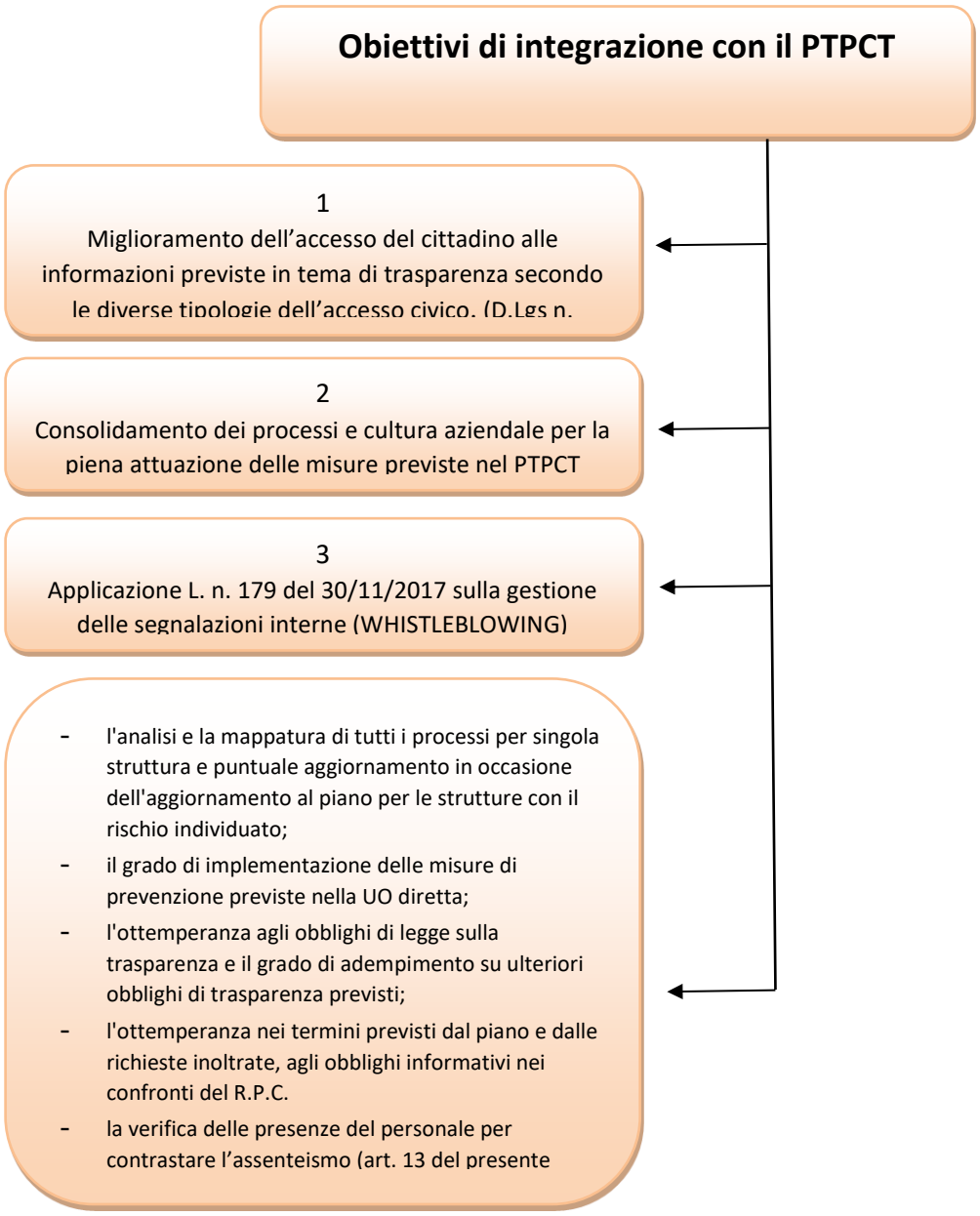
Lo stretto collegamento con il ciclo delle performance individuali e organizzative è operato con l'inserimento di specifici obiettivi e indicatori di risultato sui singoli incarichi e obiettivi annuali assegnati. In particolare vengono presi in considerazione:

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

Nello specifico:

- Monitoraggio dell'applicazione delle norme relative al nuovo accesso civico, come disciplinato dal D.Lgs 97/2016 (indicatori: relazione semestrale da parte dei responsabili dei servizi sulle richieste di accesso civico pervenute).
- Implementazione del percorso formativo interno in materia di anticorruzione e trasparenza per tutto il personale (Piano Formativo Aziendale).
- Attuazione delle misure e delle azioni correttive previste nella mappatura dei rischi dei PP.TT.PP.CC. negli anni succedutisi; per ogni struttura aziendale sono state individuate le aree di rischio di corruzione e le misure preventive da adottare al fine di ridurre i rischi;

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



2.5.2 Collegamento con piano della trasparenza e integrità

Le principali novità in materia di trasparenza sono state introdotte dal D.Lgs. 97/206 (FOIA).

Si riportano le più importanti azioni di intervento:

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

2.5.3 Obiettivi strategici in materia di trasparenza

Gli obiettivi strategici dell'ASP Siracusa per il triennio 2025-2027 in materia di trasparenza sono finalizzati alla realizzazione di una amministrazione sempre più aperta al servizio del cittadino, attraverso una migliore accessibilità alle informazioni sull'organizzazione e sulle attività dell'Amministrazione.

Ciò risulta aderente alle indicazioni ANAC nel P.N.A. 2022 (Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023) che ha enfatizzato il rispetto dei criteri di qualità delle informazioni, allo scopo di rendere effettiva e utile – per gli stakeholders e la stessa P.A. – l'obiettivo previsto dalla legge istitutiva (L. n°190/2012) ponendo come primo obiettivo il valore pubblico secondo le indicazioni che sono contenute nel D.M. n.132/2022 che può essere raggiunto avendo chiaro che la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni del e per la creazione del valore pubblico, di natura trasversale per la realizzazione della missione istituzionale di ogni amministrazione o ente.

Ciò anche in considerazione delle previsioni sull'aggiornamento 2024 del PNA 2024 che ANAC ha approvato nella seduta del 24 gennaio 2024 i cui ambiti di aggiornamento includono la parte speciale con riferimento all'area dei contratti pubblici al fine di adeguare i contenuti dei rischi e delle misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza ad alcune disposizioni del nuovo codice dei contratti, in particolare in relazione ad alcune misure di contenimento in tema di rischi corruttivi e di maladministration e relative misure di contenimento e alla disciplina transitoria applicabile in materia di trasparenza amministrativa alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e dei regolamenti adottati dall'Autorità.

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

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

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

- La responsabilizzazione dei Dirigenti/ funzionari che hanno gli obblighi di individuazione, elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati nel processo della trasparenza;
- La possibilità per gli utenti di valutare la regolarità dei processi aziendali derivante dalla conoscenza delle modalità e procedure di svolgimento;

- La possibilità di verificare se le risorse pubbliche sono impiegate per finalità proprie, derivante dalla conoscenza del modo in cui tali risorse vengono utilizzate;
- La possibilità di controllare in modo diffuso l'operato della pubblica amministrazione.

2.5.4 Collegamento con il piano della performance

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

L'attività volta ad assicurare la trasparenza e la pubblicazione dei dati integra gli obiettivi annualmente stabiliti per ciascun dirigente ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato.

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

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

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

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

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

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

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

- performance organizzativa;
- performance individuale.

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

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

Assumono pertanto rilievo - come obiettivi per gli uffici e i relativi dirigenti - quelli declinati nella tabella (allegata alla nota n. 3458/AAGG del 04/12/2019, destinata agli uffici, e contenente sia la richiesta di mappatura dei rischi corruttivi, che la tabella con gli obblighi di pubblicazione di cui trattasi aggiornata a 1/2024), dove sono individuati gli uffici e i soggetti che la tabella con gli obblighi di pubblicazione di cui trattasi aggiornata nella sottosezione di 1 livello Bandi gara e contratti secondo l’allegato n. 9 al PNA 2022), responsabili della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati con indicazione dei termini e dei risultai attesi sotto il profilo della completezza e della periodicità dell’aggiornamento dei dati.

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

Per quanto riguarda l’individuazione di ulteriori specifici obiettivi, per l’anno 2025, da assegnare alle diverse strutture dell'Azienda in relazione all'attuazione del principio di trasparenza, con correlata graduazione economica ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato, si ritiene che gli obiettivi fissati nel Piano, di cui il presente costituisce aggiornamento, siano sufficienti ad integrare un sistema di obiettivi adeguati al raggiungimento di un buon livello di trasparenza, nel senso giuridico di cui al D.Lgs n. 33/2013.

2.5.5 PTPTC

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

Come annunziato dal Presidente dell’ANAC con il comunicato del 10 gennaio 2024 recante “Termine del 31 gennaio per l’adozione e la pubblicazione dei PIAO e PTPC 2024 – 2026, viene specificato che l’attività di predisposizione e pubblicazione del Piano Anticorruzione deve avvenire nell’ambito dell’adozione del PIAO, Piano Integrato di Attività e di Organizzazione, ai sensi dell’art.6 del D.L. n. 80/2021, convertito nella Legge 6/08/2021, n. 113.

Viene quindi confermato anche per il 2025 il 31 gennaio 2025 quale termine per le Pubbliche Amministrazioni per la predisposizione e pubblicazione del Piano Anticorruzione 2025 – 2027.

Il PTPC è stato posto in consultazione pubblica, aperta a tutti gli stakeholders, fino al 27 gennaio 2025 con pubblicazione nel sito internet dell'ASP di Siracusa, al fine di acquisire eventuali proposte ed osservazioni sul documento. Alla data non è pervenuto alcun contributo secondo le indicazioni fornite dall'RPCT aziendale.

Quanto sopra stante che nel processo di redazione del PTPCT, ANAC consiglia di coinvolgere attivamente i cosiddetti "portatori di interessi" e la società civile nella formulazione di proposte, attraverso l'indizione e la promozione di una consultazione pubblica, anche in modalità online.

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

Ai sensi del DPR n. 81/2022, sono stati, pertanto, soppressi, in quanto assorbiti nell'apposita sezione del PIAO, anche gli adempimenti inerenti al PTPCT.

La presente sottosezione è stata predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e dal Responsabile della Trasparenza dell'ASP di Siracusa, sulla base degli obiettivi strategici in materia, approvati con il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione triennio 2024-2026 giusta precedente deliberazione aziendale n. 0121 del 30/1/2024 e finalizzati a favorire la creazione di valore pubblico, anche con obiettivi di trasparenza, nonché utilizzando quale punto di partenza gli esiti del monitoraggio del piano triennale prevenzione della corruzione e della trasparenza il cui aggiornamento è stato adottato nel medesimo documento PIAO, secondo una logica di miglioramento progressivo ed in piena aderenza ai suggerimenti forniti dall' ANAC , in ultimo con il PNA 2022 e con l'aggiornamento al PNA 2023 pubblicato con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023 e al PNA 2024 approvato nella seduta del 24 gennaio 2024.

In questa sottosezione, sulla base degli obiettivi strategici definiti dall'organo di indirizzo, viene indicato come l'Azienda individua, analizza e contiene i rischi corruttivi connessi alla propria attività istituzionale.

Il ciclo di gestione del rischio adottato è coerente con quanto indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022 e all'aggiornamento con cui l'ANAC, con delibera 605 del 19 dicembre 2023, ha approvato l'aggiornamento 2023 del PNA 2022, e più in generale nella Legge n. 190 del 2012 e, per quanto concerne la trasparenza, nel D.Lgs. n. 33 del 2013.

La scelta, per quest'anno, così come per l'anno precedente, è stata quella di concentrarsi maggiormente sul settore dei contratti pubblici, a seguito dell'entrata in vigore del nuovo Codice, individuando gli impatti che esso sta avendo sulla predisposizione di nuovi presidi in materia di anticorruzione e di trasparenza, nonché le correlazioni tra rischi corruttivi e misure di prevenzione della corruzione, la digitalizzazione del sistema del sistema degli appalti e dei Regolamenti adottati con le delibere ANAC nn. 261 e 264 e successivi aggiornamenti, del 2023.

Altresì, una specifica parte è dedicata al sistema dell'antiriciclaggio considerato che, in continuità con quanto disposto in passato, il Piano Nazionale Anticorruzione dedica una specifica attenzione alla prevenzione dei fenomeni di riciclaggio e terrorismo, laddove, espressamente prevede che: *"nella stessa ottica si pongono le misure di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad adottare ai sensi dell'art. 10 del d.lgs. n. 231/2007 (cd. decreto antiriciclaggio). Tali presidi, al pari di quelli anticorruzione, sono da intendersi come strumento di creazione di valore pubblico, essendo volti a fronteggiare il rischio*

che l'amministrazione entri in contatto con soggetti coinvolti in attività criminali. Nell'attuale momento storico, l'apparato antiriciclaggio, come quello anticorruzione, può dare un contributo fondamentale alla prevenzione dei rischi di infiltrazione criminale nell'impiego dei fondi rivenienti dal PNRR, consentendo la tempestiva individuazione di eventuali sospetti di sviamento delle risorse rispetto all'obiettivo per cui sono state stanziate ed evitando che le stesse finiscano per alimentare l'economia illegale".

Valutazione di impatto del contesto esterno

La sanità è uno dei settori della Pubblica Amministrazione più importanti e quindi più esposti al rischio di attenzioni e condizionamenti esterni in ragione di un complesso di specificità che sono fisiologiche al settore stesso e che inevitabilmente la rendono di particolare interesse.

La sanità è oggetto di particolare interesse perché è un settore che gestisce ingenti risorse economiche e in quanto tale può anche essere terreno di operazioni di varia natura (dal riciclaggio di denaro all'aumento del giro di affari, dallo sbocco occupazionale al controllo dei territori); le caratteristiche di cui sopra costituiscono l'essenza dei rischi a cui è esposta la sanità nei confronti dell'illegalità e della corruzione.

Nel settore sanitario la lotta alla corruzione e il contrasto al fenomeno delle infiltrazioni esterne hanno l'obiettivo di consolidare il perseguimento di fini istituzionali, garantendo alla popolazione la fruizione di servizi relativi a diritti fondamentali e recuperando le legittime aspettative e la fiducia della cittadinanza rispetto al Sistema Sanitario Nazionale.

Una moderna strategia di contrasto alla corruzione è perciò la prima azione concreta per prevenire l'infiltrazione e deve puntare, fra l'altro, a:

- promuovere fra gli operatori una più chiara percezione dei rischi, troppo spesso sottovalutati o addirittura ignorati;
- sostenere comportamenti di lealtà verso l'Azienda;
- riconoscere il valore delle attività di cura svolte dalle Aziende Sanitarie;
- sottolineare l'importanza di un buon clima aziendale, capace di rendere le persone orgogliose del proprio lavoro e di crescere professionalmente.

L'obiettivo è intervenire in quegli ambiti che possono trasformarsi in terreno fertile per la cattiva amministrazione e, quindi, per le infiltrazioni esterne.

In Italia, negli ultimi anni la spesa per l'acquisto di beni e servizi nella sanità si è assestata sui 32-34 miliardi di euro annui, pari a circa il 30% della spesa complessiva sostenuta dallo Stato per il SSN. A livello percentuale, si colloca al secondo posto dopo la spesa per il personale dipendente.

I maggiori appetiti illeciti si concentrano in questo settore, che oltre a presentare i "normali" rischi di corruzione legati agli appalti pubblici, detiene alcune particolarità legate soprattutto alle caratteristiche specifiche richieste dai prodotti o dai servizi. Le principali problematiche sorgono nella fase di scelta del contraente che nella fase di esecuzione del contratto.

L'introduzione dei Protocolli di Legalità nelle gare di appalto induce ad uniformare e conformare i propri comportamenti ai principi di Lealtà, Trasparenza e Correttezza.

L'azione moralizzatrice nei confronti dei concorrenti nelle gare di appalto si attua attraverso una serie

di comportamenti che contribuiscono a coltivare e a far crescere una “nuova cultura di impresa” dove la stessa, proprio per la natura bilaterale del rapporto che si instaura con l’Amministrazione interagisce per soddisfare le esigenze della cittadinanza.

La reciprocità dell'obbligazione di conformare la rispettiva condotta ai principi di correttezza etica scaturisce dalla convinzione che la P.A. non deve porsi in una posizione privilegiata e la prima azione che deve essere intrapresa riguarda la totale trasparenza delle azioni pubbliche di gara tramite pubblicazione sul portale degli avvisi di gara, dei bandi integrali di gara, dei relativi esiti di gara, di tutte le date delle sedute di gara successive a quella di apertura prevista nel bando, nonché dei progetti completi di tutti gli allegati (relazioni, planimetrie, ecc..).

La sfida che sta riguardando tutta l’Italia e anche la nostra Azienda, è quella della piena realizzazione dei progetti previsti nelle missioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che richiede la massima attenzione alla prevenzione dei rischi di corruzione.

La corruzione è un fenomeno estremamente complesso, difficile da definire e ancor più da misurare, per contrastarla è dunque necessario conoscere il fenomeno nelle sue molteplici manifestazioni per poter orientare efficacemente le metodologie, gli strumenti e le pratiche previsti dal quadro normativo, in base alle caratteristiche dello specifico contesto giuridico, istituzionale e socioeconomico.

Questa Azienda, è peraltro di ampie dimensioni, ed ha una complessità organizzativa determinata da un gran numero di risorse umane e numerosi rapporti che si instaurano tra professionisti, utenti e ditte fornitrici e molteplici sono le relazioni tra attività istituzionali e libero professionali del personale medico e sanitario, elementi tutti che potenzialmente espongono a rischi specifici la ASP sotto il profilo di eventuali illegalità che possono svilupparsi nel suo interno.

Vi è da dire, comunque, che l’esposizione al rischio delle attività aziendali viene mitigata, in molti settori, da norme di legge, da regolamenti, da procedure che regolano puntualmente tutte le fasi di vari processi, circoscrivendo e riducendo, in tal modo, l’ambito della discrezionalità.

Molto importante è anche l’informatizzazione di numerosi processi che garantisce la tracciabilità delle attività e dei soggetti responsabili, nonché ne consente il monitoraggio costante della tempestività e della regolarità, anche sotto il profilo contabile, contribuendo a limitare ulteriormente il rischio di eventi corruttivi.

<u>Valutazione di impatto del contesto interno</u>

Nel corso del 2024 sono stati gestiti procedimenti disciplinari anche per eventi corruttivi e per fatti penalmente rilevanti (sospesi in attesa della definizione del procedimento penale).

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e il Responsabile della Trasparenza, in un ambito di collaborazione con gli Uffici aziendali, con nota prot. n. 4588 del 12/01/2024, attivando un processo di collaborazione attiva con le UU.OO. aziendali in vista della redazione della presente sottosezione e con la pubblicazione della richiesta di consultazione pubblica del 13 gennaio 2025, ha chiesto agli stakeholders eventuali proposte, riflessioni e contributi per l’aggiornamento del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027. Allegata alla proposta anche l’informativa relativa al trattamento dei dati personali per la consultazione pubblica aggiornamento PIAO 2025-2027 ai sensi dell’art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679m – GDPR.

La Direzione Aziendale ha proseguito la propria azione di riorganizzazione degli spazi, attività e gestione del personale per continuare a far fronte a tutte le emergenze che quotidianamente si presentano, con sviluppi e prospettive mutabili ed aleatorie, attuando, così, una continua revisione delle attività in atto, in base a provvedimenti nazionali e regionali, legati agli indicatori epidemiologici ed in linea con le politiche sanitarie di gestione del territorio.

Come noto, le aree ospedaliere sono state quelle più investite nella gestione della pandemia attraverso una continua riorganizzazione, secondo le necessità scaturenti dagli indicatori epidemiologici, attraverso una distinzione dei reparti in Covid e non Covid di Area Medica. Tali reparti COVID risultano attualmente chiusi, in quanto sostituiti dalle cosiddette "bolle" istituite in tutti i reparti.

Anche l'area territoriale della prevenzione si è trovata nella necessità di riorganizzare i propri processi e rimodulare le attività, in funzione dell'andamento del quadro epidemiologico.

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

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

Il presente Piano Triennale delle Prevenzione della Corruzione (PTPC) per gli anni 2025-26-27 continua a collocarsi, così come in questi ultimi quattro anni, in un contesto che ancora risente delle refluenze della pandemia caratterizzate da attività complesse e delicate, ma non certamente più emergenziali.

Nel corso dell'anno 2024, pertanto, le azioni aziendali in tema di anticorruzione hanno continuato ad adattarsi agli eventi, riposizionando le misure di prevenzione già introdotte e integrando le misure specifiche indicate dai Piani Nazionali Anticorruzione che si sono succeduti, alimentate dalle Linee Guida e dalla normativa prodotta dal Legislatore e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione. Tutti i servizi aziendali hanno continuato a porre in essere attività specifiche nella cura dei pazienti affetti ancora dalla malattia e continuando a sviluppare percorsi assistenziali mirati per la cura e gli interventi sanitari.

Il PTPCT è adattato alla realtà aziendale e prevede in specie:

1) la valutazione di impatto del contesto esterno, in cui sono evidenziate le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'Azienda opera e i suoi possibili riflessi sul verificarsi di fenomeni corruttivi;
2) la valutazione di impatto del contesto interno con riferimento all'esposizione al rischio corruttivo a seguito dell'analisi della struttura organizzativa dell'Azienda, effettuata in collaborazione con i Responsabili delle altre sezioni, della verifica dei contenziosi in essere, dei procedimenti disciplinari attivati e conclusi nell'anno 2024, delle criticità

emerse a seguito degli esiti del monitoraggio sul piano dell'anno precedente e dei controlli interni di regolarità contabile e amministrativa;
3) i processi di mappatura delle Aree a rischio, tenendo conto anche dello stato di digitalizzazione degli stessi, processi utilizzati quale base per individuare le criticità che possono esporre l'amministrazione a rischi corruttivi;
4) l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte dell'ente delle misure generali previste dalla Legge n. 190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
5) la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, digitalizzazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
6) la previsione del monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
7) la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013 e smi;

Nell'anno 2024, è cessato l'utilizzo delle procedure straordinarie di reclutamento del personale per il potenziamento, in particolare, delle reti di assistenza territoriale e dei reparti ospedalieri di malattie infettive e COVID center in deroga alla disciplina vigente e sono state attuate le norme per la stabilizzazione del personale impiegato nell'emergenza Covid avente diritto e requisiti.

L'ASP di Siracusa nel mese di dicembre 2024 ha adottato e messo in rete il nuovo sito web aziendale sviluppato secondo il modello nazionale per le ASL disponibile su Designers Italia distinguendosi come una delle prime due Aziende Sanitarie Italiane, insieme all'Azienda Sanitaria di Ferrara, per avere completato con successo questo progetto innovativo, segnando un importante traguardo per l'intero sistema sanitario italiano.

Il progetto, completato con l'asseverazione del Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri, rientra nella misura 1.4.1 "Esperienza del cittadino nei servizi pubblici" del PNRR.

In materia di trasparenza si è provveduto costantemente al monitoraggio delle sezioni di "Amministrazione Trasparente" con un grado di pubblicazione molto soddisfacente, che ha accolto tutte le proposte di pubblicazione di ulteriori dati e informazioni, anche al di là degli obblighi di legge, che sono stati ritenuti utili per una completa offerta ai pazienti/utenti. Si veda in tal senso la creazione nel sito internet aziendale di sezioni specifiche dedicate alla vaccinazione antinfluenzale che quest'anno, così come l'anno precedente, è stata proposta ai cittadini in co-somministrazione con il vaccino anti covid, alla sezione informatizzata per la prenotazione dei vaccini, alla sezione relativa alle Farmacie del territorio provinciale nel rispetto del protocollo d'intesa regionale per la somministrazione delle vaccinazioni, al CUP, alle attività del Centro Screening e alla Brest Unit, dove sono state pubblicate tutte le informazioni, costantemente aggiornate, sia a favore dei cittadini che degli operatori. Particolare attenzione è stata posta alla creazione di sezioni dedicate all'informazione in ordine alle campagne di vaccinazione anticovid-19, antinfluenzale, anti pneumococcica, antizooster e anti HPV.

In aderenza al PNA 2022 e al suo aggiornamento al 2024, inoltre, particolare attenzione è stata posta nel rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione della corruzione con riferimento alla gestione degli appalti pubblici e di quei processi in cui sono gestite ingenti risorse

finanziarie derivanti dal PNRR e dai fondi strutturali, senza tralasciarne altri, pure di rilievo, quali quelli caratterizzati da ampia discrezionalità e ad esempio, quelli riguardanti l'erogazione di contributi, sovvenzioni, vantaggi di qualsiasi genere.

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

Fatta salva la superiore doverosa premessa

1) Oggetto, finalità e contesto

a) si dà atto che il Piano Aziendale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza 2025 – 2026 - 2027 viene adottato in applicazione della Legge 6 novembre 2012 n. 190 " Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione ", delle disposizioni normative e regolamentari in materia e delle disposizioni dell' Autorità Nazionale Anticorruzione, in particolare dell'aggiornamento 2023 del PNA 2022 giusta delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023 e dell'aggiornamento 2024 che rappresenta atto di indirizzo per l'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza. Come annunziato dal Presidente dell'ANAC con il comunicato del 10 gennaio 2024 recante "Termine del 31 gennaio per l'adozione e la pubblicazione dei PIAO e PTPC 2024 – 2026", l'attività di prevenzione della corruzione avviene nell'ambito dell'adozione del PIAO, Piano Integrato di Attività e di Organizzazione, ai sensi dell'art. 6 del D.L. n. 80/2021, convertito nella Legge 6/08/2021, n. 113

b) Ai sensi della citata Legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e s.m.i. l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa procede ad adottare ogni anno un Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza, nell'ambito del P.I.A.O., avente lo scopo di valutare il diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e stabilire gli interventi organizzativi finalizzati a prevenire e contrastare o quantomeno limitare il medesimo rischio. Il Piano triennale aziendale (PTPCT) costituisce l'atto attraverso il quale sono individuate le strategie complessive per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e dell'illegalità; il Piano medesimo non può costituire un'attività compiuta, bensì realizza un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono, come affermato dalle Linee di indirizzo del Comitato ministeriale di cui al D.P.CM. 16.1.2013 "via via affinati, modificati o sostituiti in relazione al feedback ottenuti dalla loro applicazione". L'obiettivo finale che si intende perseguire è quello di creare un ambiente di diffusa percezione della necessità del rispetto delle regole, ovvero una cultura della legalità e dell'etica pubblica, insieme ad un sistema di controllo preventivo e successivo tale da realizzare un filtro sempre più stretto verso eventuali tentativi di comportamenti illeciti. A seguito della entrata in vigore dell'art. 6 del D.lgs 9/6/2021 n. 80 Il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza ai sensi del DPR 81/22 viene assorbito dal PIAO nella apposita sezione.

c) L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa, costituita con l'art. 8 della L.R. 14 aprile 2009 n. 5, è dotata di personalità giuridica pubblica, ed ha la propria sede legale in

Corso Gelone n. 17 Siracusa. Il rappresentante legale è il Dr Ing. Alessandro Caltagirone, Direttore Generale dell'Azienda, giusto Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 316/ Serv.1/ S.G. del 21/06/2024, coadiuvato dal Direttore Sanitario Aziendale, Dr Salvatore Madonia, nominato con atto deliberativo n. 343 del 2/09/2024 e dal Direttore Amministrativo Aziendale, Dott.ssa Ornella Monasteri, giusta delibera n. 653 dell'11/11/2024

CONTESTO

L'ambito territoriale dell'Azienda coincide con il territorio della provincia di Siracusa suddiviso in 21 Comuni con una popolazione complessiva di 383.858 abitanti.

L'Azienda è suddivisa in quattro distretti sanitari (Siracusa, Augusta, Lentini e Noto) e comprende i Presidi Ospedalieri "Umberto I" e "Alessandro Rizza" di Siracusa, di Augusta, di Lentini e quello riunito di Avola-Noto comprendente due stabilimenti.

Gli atti fondamentali dell'ASP di Siracusa sono:

a) L' Atto aziendale adottato con deliberazione n. 1006 del 30.12.2020 ed approvato con D.A. n. 163 del 5.03.2020;

b) La Dotazione organica e il Piano del Fabbisogno 2023/2025 (deliberazione di presa d'atto della nota assessoriale n.1278 del 13/10/2023).

L'Azienda è inoltre articolata in dipartimenti funzionali aziendali (Dipartimento Ospedalità e del Farmaco, Dipartimento Amministrativo, Dipartimento Assistenza Distrettuale Integrazione Socio-sanitaria) e dipartimenti strutturali aziendali (Dipartimento Prevenzione, Dipartimento Prevenzione Veterinario Dipartimento Salute Mentale), Dipartimenti funzionali ospedalieri (n. 7 dipartimenti), Unità operative Complesse (UOC), Unità operative semplici dipartimentali (UOSD) ed infine Unità operative semplici (UOS), con relativa individuazione dei vari livelli di responsabilità.

Il personale in organico alla data del 31/12/2024 ammonta a 3128 unità, di cui personale dirigente dipendente delle varie aree ed equiparato pari a circa 797 unità, mentre il personale non dirigente ed equiparato è pari a circa 2331 unità. Il personale è distribuito sui vari Presidi Ospedalieri, Distretti, Unità Operative Complesse, UU.OO.SS.DD. e UU.OO.SS. sia negli uffici centrali che nelle unità periferiche allocate in quasi tutti i 21 Comuni della provincia di Siracusa.

2) Analisi del contesto esterno e interno

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

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

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

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

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

Un accordo tra Regione Sicilia e i privati convenzionati per l'attribuzione di risorse, a valere sul 2023, ha dato il via al potenziamento dell'offerta di prestazioni ambulatoriali finalizzate alla riduzione delle liste d'attesa nelle categorie ritenute "critiche" nell'ambito del piano regionale di abbattimento delle liste d'attesa con particolare riferimento alle prestazioni di area critica, tra cui oncologia, cardiologia, endoscopia, radiodiagnostica, fisiokinesiterapia, endocrinologia.

E' stato, altresì, dato mandato a tutti i Direttori Generali dell'Isola, di predisporre appositi Piani operativi di governo e di recupero delle liste di attesa, con verifiche, a carattere trimestrale, sulla attività di monitoraggio del relativo sopra indicato piano aziendale. Quanto sopra al fine di apporre correttivi per gli eventuali scostamenti rilevati, per categoria di prestazione, rispetto agli indicatori di performance fissati.

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

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione è stato individuato con deliberazione n. 102 del 29 gennaio 2020 nella persona della Sig.ra Giuseppina Nives Salvo, Titolare incarico di Funzione organizzativa denominata "Segreteria Generale", e con la medesima deliberazione è stato altresì individuato il Responsabile della Trasparenza nella persona della Dott.ssa Agata Di

Giorgio, titolare di Incarico di Funzione Professionale. denominata “Ufficio Stampa/Responsabile della Trasparenza”.

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

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

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

- -elaborare la proposta di piano della prevenzione della corruzione, d'intesa con il Responsabile per la trasparenza, che deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico (art.1, comma 8, della Legge n. 190/2012);
- -definire procedure e metodi appropriati per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art.1, comma 8);
- -verificare l'efficace attuazione del piano e della sua idoneità (art.1, comma 10 lett. a);
- -proporre modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art.1, comma 10, lett.a);
- -verificare, d'intesa con i dirigenti delle articolazioni aziendali competenti, l'effettiva e possibile rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art.1, comma 10, lett.b);
- -individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art.1, comma 10, lett.c);
- -far pubblicare entro il 15 dicembre di ogni anno, o in altra successiva data indicata da ANAC, sul sito web aziendale una relazione recante i risultati dell'attività (art.1, comma 14) e trasmetterla contestualmente al Direttore Generale e all’O.I.V. (Organismo indipendente di valutazione).

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

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

a) di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il piano della prevenzione della corruzione e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 dell'art.1della Legge n. 190/2012;

b) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano e di avere sottoposto alla Direzione Aziendale proposte e suggerimenti su specifiche criticità di cui sia venuto a conoscenza.

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

Il responsabile del piano anticorruzione, anche attraverso le previsioni del piano, vigila sul rispetto delle disposizioni del decreto sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi al Direttore Amministravo e al Direttore Sanitario Aziendali (determina ANAC n. 149/2014 en. 833 del 3 agosto 2016), e degli incarichi dirigenziali (art. 20 comma 1 -2-3 d.lgs 39/2013) e provvede all'obbligo di pubblicazione delle predette dichiarazioni nella sezione Amministrazione Trasparente.

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

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

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

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

La Direzione strategica potrà dotarsi, qualora ritenuto necessario, di una struttura organizzativa di supporto alle funzioni sopra descritte, adeguata per qualità del personale e munita di risorse tecnologiche, da porre alle effettive dipendenze dell'operato degli stessi per le attività di competenza (ufficio di supporto), così come previsto già dagli aggiornamenti dei PP.NN.AA. e dal precedente aggiornamento triennale al piano aziendale.

Questa Azienda, inoltre, vista la necessità di razionalizzare le attività di Internal Audit, ha proceduto all'aggiornamento dei Gruppi di Lavoro PAC, giusta nota prot. 1408996 del 19/12/2024; ha, inoltre, promosso la costituzione di un apposito nucleo sinergico, giusta deliberazione n. 853 del 20/12/2024, per la istituzione del Gruppo di Lavoro denominato "Internal Audit " finalizzato al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo contabile aziendale.

4) Definizione di corruzione

Per corruzione si intende il caso di abuso da parte del dipendente della funzione o del potere a lui affidato al fine di ottenere indebiti vantaggi privati (per sé o per altri). Sono ricomprese le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, si verifichi un malfunzionamento dell'Azienda a causa dell'uso a fini privati delle funzioni o dei compiti attribuiti, che possono

rivestire carattere amministrativo, tecnico o sanitario o di altro genere e riguardare ogni dipendente e soggetto che opera a nome dell'Azienda, quale che sia la qualifica ricoperta ed infine in tutti gli altri casi in cui si verifichino situazioni di cattiva amministrazione (cd. Maladministration) che conduca ad inefficienze e sprechi di risorse umane, tecnologiche ed economiche.

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

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

5) Contenuti del Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza

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

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

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

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

6) Obblighi informativi

Con riguardo alle attività a rischio corruzione, tutti i referenti individuati di seguito hanno l'obbligo di informazione nei confronti del RPC ed in particolare ogni sei mesi, (anche senza formale richiesta) dovranno dare informazioni, anche cumulativamente, sui provvedimenti adottati e sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione previste e sulla loro idoneità ad incidere efficacemente sui rischi corruttivi.

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

7) Individuazione delle attività ad elevato rischio di corruzione

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

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

La mappatura dei processi con la correlata valutazione del rischio sui singoli processi e la valutazione del responsabile da effettuarsi sul campo rimane allegata al presente piano e ne costituisce parte integrante unitamente alle mappature allegate ai precedenti aggiornamenti triennali del piano. Per rischio si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e quindi sull'obiettivo istituzionale dell'Azienda.

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

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

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

- Area di attività dell'Assistenza Distrettuale: vigilanza e verifiche ADI, liquidazioni, scelta e revoca MMG e PLS
- Area di attività dell'Assistenza Ospedaliera: UUOOCC Direzione Medica di Presidio e UOC Ospedalità: gestione camera mortuaria, gestione registro operatorio, controllo esecuzione grandi appalti (pulizie, lavanolo, pasti degenti, vigilanza), gestioni flussi DRG, rapporti con erogatori privati di servizi sanitari: ispezioni, controlli verifiche e liquidazioni
- Area di attività del Dipartimento di Prevenzione Veterinaria: controlli, verifiche, autorizzazioni, ispezioni, liquidazioni
- Area di attività del Dipartimento di Prevenzione: controlli, verifiche, autorizzazioni, ispezioni anche a campione e senza preavviso sul mantenimento dei requisiti sulle strutture sanitarie private accreditate, accreditamento istituzionale
- Area di attività delle farmacie ospedaliere e della farmacia territoriale : affidamenti diretti, controlli, verifiche ispezioni su grossisti e farmacie, liquidazioni
- Area di attività UOC Medicina Riabilitativa: autorizzazioni, verifiche, ispezioni e liquidazioni
- Area di attività UOC Medicina Legale e fiscale: gestione Commissioni per l'accertamento invalidità, controlli, liquidazioni
- Area di attività della UOC Cure Primarie: controlli, verifiche e liquidazioni su strutture accreditate private esterne, specialisti ambulatoriali esterni/interni, medici di continuità assistenziale e professionisti MMG e PLS
- Area di attività ALPI, coordinamento CUP gestione liste d'attesa: verifiche e controlli sullo svolgimento dell'attività libero-professionale, pubblicazione criteri di formazione delle liste d'attesa, pubblicazione delle agende di prenotazione, separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale e ALPI, integrazione pubblico-privato nell'ambito del CUP; percorsi di tutela del cittadino;

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

- Area di attività Dipartimento Salute Mentale: ricovero in strutture private esterne, liquidazioni
- Area di attività delle Dipendenze
- Area di attività della Formazione e aggiornamento professionale: eventi sponsorizzati, corsi di formazioni, incarichi di docenza;
- Area di attività della Neuropsichiatria infantile: prestazioni riabilitative;
- Area delle attività di gestione RSA: arruolamento dei pazienti;
- Direzioni Amministrative di Presidio: gestione amministrativa dei PP.OO.;

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

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

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

8) Adozione di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni

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

In ogni caso, la delibera ANAC n° 064 del 13/11/2019 ha suggerito l'opportunità di non introdurre "ulteriori misure di controlli bensì razionalizzare e mettere a sistema i controlli già esistenti nelle amministrazioni evitando di implementare misure di prevenzione solo formali e migliorandone la finalizzazione rispetto agli obiettivi indicati"

9) Individuazione, valutazione e controllo del rischio.

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

I Responsabili delle articolazioni aziendali provvedono:

- alla mappatura dei processi di loro pertinenza, alla descrizione e valutazione dei rischi secondo una gradualità (alto/medio/basso) in relazione ai possibili danni erariali e di immagine aziendale derivanti da comportamenti corruttivi, nonché alla individuazione delle misure di prevenzione specifiche/generali/trasversali anche mutuando quanto previsto dal nuovo PNA. La mappatura dei processi nel 2024 è stata attuata nel rispetto del Regolamento aziendale approvato con atto deliberativo n. 190 del 20 ottobre 2017 "Regolamento sulla rotazione del personale nelle aree a rischio di corruzione".
- alla verifica dell'attuazione del Piano e della sua idoneità in relazione all'Ufficio diretto;

- alla proposta di modifiche ed integrazioni del Piano che si rendano necessarie o utili in relazione al verificarsi di significative violazioni, a mutamenti organizzativi o istituzionali o nell'attività dell'Azienda o altri eventi significativi in tal senso;
- alla verifica dell'effettiva rotazione negli incarichi all'interno della UO ove più elevato sia il rischio di corruzione, compatibilmente con l'organico aziendale. Si dà atto che la Direzione strategica aziendale ha proceduto alla rotazione dei direttori delle Unità Operative Complesse amministrative dell'Area PTA già nel 2021 tenendo conto delle strutture a rischio corruttivo, con il precipuo scopo di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta delle attività connesse ai processi amministrativi ed evitare che il medesimo soggetto tratti lo stesso tipo di procedimento per lungo termine, relazionandosi con i medesimi utenti[4].
- all'individuazione delle attività e dei dipendenti maggiormente esposte al rischio di corruzione;
- al monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- ad assicurare il rispetto degli obblighi di informazione del Responsabile della prevenzione della corruzione;
- a provvedere affinché l'organizzazione della struttura/servizio/ufficio sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto.

I Responsabili delle articolazioni aziendali provvedono in particolare a:

- vigilare sull'assenza di situazioni di incompatibilità a carico dei dipendenti;
- rispettare le disposizioni in materia di trasparenza;
- all'adozione delle misure necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti, in caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel Piano triennale;
- all'adozione di misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di incompatibilità degli incarichi anche successivamente alla cessazione del servizio o al termine dell'incarico (nuovo comma 16 ter dell'articolo 53 del D.Lgs. n.165 del 2001);

[4] Nel 2023 per naturale avvicendamento per quiescenza o per conferimento di nuove nomine la Direzione Generale ha provveduto alla individuazione di nuovi titolari di UOC di Strutture complesse sia nell'Area PTA che dell'Area della Dirigenza Sanità. Nell'ambito delle misure di contenimento dei rischi corruttivi, inoltre, è stata attuata nel 2023 la rotazione dei Direttori delle UU.OO.CC. Direzione Amministrativa Area Territoriale e Direzione Coordinamento Uffici di Staff. Inoltre, con deliberazione n. 480 del 1.4.2022 "Adempimenti preliminari alla rotazione dei Direttori di UOC Area PTA ex legge 190/2012 e s.m.i la Direzione generale ha provveduto all'allineamento delle scadenze contrattuali dei titolari di incarichi apicali dell'Area PTA.

- all'adozione di misure di verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni, cosi come modificate dal comma 42 della legge n.190;
- all'effettiva implementazione ed attuazione delle misure di prevenzione specifiche e generali individuate nel Piano e, nello specifico, nella mappatura dei processi della UO diretta così come aggiornata negli allegati a questo PTPCT ovvero in quello precedente 2017-2018-2019.

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

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

10) *Dichiarazione di incompatibilità e inconferibilità del Direttore Generale, del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario e della dirigenza tecnico-amministrativa. Misura di prevenzione obbligatoria*

In attuazione dell'art. 20 del decreto legislativo n. 39 del 08/04/2013, l'Azienda pubblica le dichiarazioni di insussistenza delle cause di inconferibilità e di incompatibilità rese dai Dirigenti dell'Asp di Siracusa cui sono stati conferiti incarichi amministrativi di vertice successivamente al 4 maggio 2013 (data di entrata in vigore del D.Lgs. 39/2013).

La delibera ANAC 22 dicembre 2014 n. 149 "Interpretazione e applicazione del D.Lgs n. 39/2013 nel settore sanitario" ha stabilito che le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità degli incarichi presso le ASL devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario.

La delibera ANAC 4 ottobre 2020, n. 713 "Interpretazione e applicazione del D.Lgs n. 39/2013 nel settore sanitario" ha stabilito che "gli incarichi svolti nell'ambito degli enti del SSN – non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria – sono sottoposti ai limiti e alle preclusioni in materia di inconferibilità e incompatibilità; perciò i dirigenti tecnico–amministrativi, che operano nel contesto delle aziende ospedaliere, sono sottoposti al regime di cui al D.Lgs . 39/2013".

In ottemperanza a quanto previsto dal D.lgs. 39/2013 e s.m.i. e dalle deliberazioni ANAC suddette, nel sito internet aziendale risultano pubblicate tali dichiarazioni prodotte al Responsabile per la prevenzione della corruzione annualmente e comunque qualora dovessero verificarsi situazioni nuove.

Nella apposita sezione "Amministrazione Trasparente" (dlgs 33/2013) del sito web aziendale, inoltre, sono pubblicati tutti i dati concernenti le procedure di conferimento dell'incarico del Management aziendale comprese le dichiarazioni reddituali e patrimoniali in base alle normative vigenti. Il RPC provvede alla verifica della veridicità delle dichiarazioni rese in ordine agli incarichi dichiarati.

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

L' Azienda adotta, per tutte le tipologie di dirigenti a tempo determinato, la modulistica standard pubblicata da AGENAS attraverso le quali verranno dichiarate le attività, relazioni, interessi che possano coinvolgere i professionisti dell' area medica, sanitaria e amministrativa nell' espletamento delle attività inerenti funzioni che implichino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi altre tecnologie, ricerca e sperimentazione clinica e sponsorizzazione

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

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

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

I conflitti di interesse devono essere resi noti con immediatezza con dichiarazione scritta da inviarsi al proprio responsabile ovvero al Direttore del personale qualora coinvolga un responsabile apicale di struttura. Tutti i dipendenti/collaboratori/consulenti (inclusi specialisti ambulatoriali interni) devono, nei loro rapporti esterni con clienti/fornitori/contraenti e concorrenti, comunque curare gli interessi dell'Azienda rispetto ad ogni altra situazione che possa concretizzare un vantaggio personale anche di natura non patrimoniale.

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

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

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

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

12) Aggiornamento Codice di Comportamento

E' stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 150 del 29 giugno 2023, il Decreto del Presidente della Repubblica 13 giugno 2023, n. 81, con il quale è stato emanato un nuovo Regolamento che contiene le modifiche al Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR 62 del 16 aprile 2013 recante: «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165».

Le novità introdotte dal DPR 13 giugno 2023 del nuovo Codice di Comportamento nazionale sono state integrate nel Codice di Comportamento dell' Asp di Siracusa mediante l'aggiornamento in conformità alle novelle apportate dal DPR 13 giugno 2023, con l'introduzione dei due nuovi articoli, 11 bis e 11 ter, contenenti la previsione che le condotte personali dei dipendenti realizzate attraverso l'utilizzo dei social media non debbano in alcun modo essere riconducibili all'Amministrazione di appartenenza o lederne l'immagine ed il decoro.

La revisione del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici prevista dalla norma in oggetto è stata operata da questa Azienda attraverso l'adozione della deliberazione n. 1046 del 3 agosto 2023, con la quale è stato approvato l'aggiornamento al Codice di Comportamento dell'ASP di Siracusa, secondo le modifiche introdotte dal DPR 13 giugno 2023 n. 81, limitatamente alle novelle introdotte con gli artt.11 bis e 11 ter

Il nuovo testo del Codice di Comportamento adottato, detta quindi regole precise per quanto riguarda:

- i controlli di sicurezza sui dispositivi elettronici usati dai dipendenti pubblici, al fine anche di limitare ed evitare gli attacchi informatici;
- la tutela della reputazione dell'Azienda, partendo proprio dai comportamenti di ogni singolo dipendente e con espresse previsioni concernenti l'uso della dell'account istituzionale di posta elettronica esclusivamente per finalità lavorative e il divieto di uso dell'account email personale per veicolare comunicazioni istituzionali;
- la possibilità di utilizzare i dispositivi informatici dell'Azienda per gestire incombenze personali, esclusivamente all'interno della sede lavorativa, purché l'attività sia contenuta in tempi ristretti e senza alcun pregiudizio per i compiti istituzionali;
- il divieto di utilizzare i social network condividendo contenuti che possono ledere l'Amministrazione o per condividere informazioni relative alla sfera lavorativa;
- la possibilità per l'Azienda di svolgere tutti gli accertamenti necessari per garantire la sicurezza e la protezione dei sistemi informatici, delle informazioni e dei dati.

La revisione del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici prevista dalla norma in oggetto, ha inteso così rafforzare l'azione dell'ASP di Siracusa nel perseguire la strada

normativamente tracciata per una riforma della P.A. basata sull'efficienza sul capitale umano, rendendo efficace, in materia di rischi e di controlli, la promozione e la realizzazione dell'obiettivo strategico dell'adeguamento a leggi, regolamenti, direttive, e procedure.

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

Nel dicembre 2023 presso la UOS Formazione Permanente, su richiesta del RPC, è stata svolta, in house, una specifica attività formativa atta a rafforzare la consapevolezza delle figure professionali (direttori di Struttura Complessa e Semplice e operatori sanitari operanti in Azienda con contratti di lavoro a T.D.) per i quali, in ordine alla complessità del rischio corruttivo associato alle attività da loro svolte, si reputa necessario e fondamentale avviare tale processo.

Quanto sopra, atteso che i dipendenti e gli operatori che direttamente o indirettamente svolgono un'attività, all'interno delle strutture individuate ai vari livelli di rischio di corruzione, sono tenuti a partecipare ai programmi ed alle attività formative sulla normativa relativa alla prevenzione e repressione della corruzione e sui temi della legalità.

Nell'ambito del piano formativo anno 2025 sono state comunque previste e mappate le iniziative da realizzare nel contesto del piano di prevenzione della prevenzione della corruzione e della trasparenza, in corso di realizzazione, in aderenza al Piano della formazione aziendale.

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

Sarà cura del Responsabile della Prevenzione della corruzione e del Responsabile della Trasparenza, di concerto con il Responsabile dell'Ufficio Formazione e con i Direttori delle strutture aziendali, rinnovare per il corrente anno 2025 l'attività formativa in materia per aree di rischio attraverso il coinvolgimento dei dipendenti

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

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

Ed inoltre per il presente anno 2025 il Responsabile della Prevenzione della Corruzione promuoverà attraverso l'UOS Formazione Permanente azioni di maggiore formazione in materia da realizzare su tre livelli:

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

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

14) Monitoraggio e controllo sull'assenteismo. Misura di prevenzione obbligatoria e trasversale.

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

Rimane in carico ai Responsabili di UU.OO. l'obbligo di vigilanza e di controllo attraverso il portale aziendale IRIS WEB sui dipendenti assegnati, all'atto della concessione di ferie/ congedi e/o altro.

15) Protocolli di legalità/Patti di integrità - Misura di prevenzione obbligatoria e trasversale

I patti di integrità ed i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto.

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

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

A tal fine questa Azienda, in attuazione dell'art.1, comma 17 della L.190/2012, predispone e utilizza appositi protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse, lavori, forniture e servizi. In particolare i Direttori della UOC Provveditorato, della UOC SI.FA. Cdg e della UOC Tecnico dell'Azienda sono tenuti ad assicurare che negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito per importi pari o superiori ad €.30.000,00 (trentamila) sia inserita la clausola di salvaguardia, attestante che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità darà luogo alla esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto. Al rispetto di tale disposizione sono, altresì, tenuti tutti i Responsabili delle varie articolazioni aziendali interessate a siffatti affidamenti.

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

Al fine di assicurare la più ampia partecipazione dei soggetti, (interni ed esterni, persone fisiche e giuridiche), alle procedure pubbliche di reclutamento di personale a qualsiasi titolo, e alle procedure di approvvigionamento di beni e servizi e affidamento lavori, i termini di decorrenza e di scadenza, ovvero anche solo uno dei termini, non potranno cadere nel periodo compreso tra il 1 agosto e il 31 agosto del medesimo anno. La deroga può essere consentita solo per imprevedibili ed improvvise esigenze di urgenza, da motivarsi adeguatamente ed espressamente nel provvedimento di indizione (bando, concorso ed avviso etc.). All' applicazione della misura,

obbligatoria e trasversale, sono tenuti tutti i Responsabili delle varie articolazioni aziendali che propongono tali procedure (UOC Tecnico, UOC Provveditorato, UOC Gestione Risorse Umane, UOC Economico Patrimoniale, UOC Affari Generali, UOS Servizio Legale etc.).

17) Pantouflage

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage/Revolving doors)

Il divieto di pantouflage non riguarda esclusivamente i dipendenti inquadrati nei vertici organizzativi che dispongono di poteri di azione e decisione, ma si estende anche "coloro che abbiano partecipato al procedimento", e molto ampia è anche l'elencazione dei provvedimenti tipici dell'esercizio dei poteri autoritativi e negoziali quali: contratti per l'acquisizione di beni e servizi, provvedimenti che incidono unilateralmente, modificandole, su situazioni giuridiche soggettive dei destinatari, nonché gli atti di concessione di vantaggi o utilità al privato, come autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere.

Il comma 16-ter all'art. 53 del d.lgs.165/2001 applica la disciplina del Pantouflage anche ai soggetti privati che abbiano stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, prevedendo, in caso di violazione del divieto, la nullità dei contratti stipulati.

Inoltre ANAC nel PNA 2022 tratta da pag. 63 a pag. 74 il fenomeno.

Nella sezione relativa al cosiddetto divieto di pantouflage, individua i soggetti a cui si applica il divieto ovvero nelle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, d.lgs. n. 165/2001:

- Ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
- Ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo determinato;
- Ai titolari degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013.

Nelle more delle Linee Guida ed in relazione alla nozione di "poteri autoritativi e negoziali", citati nel PNA 2022 (aggiornato per l'anno 2023 con Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, ANAC ha ribadito come *"con tale espressione il legislatore abbia voluto considerare tutte le situazioni in cui il dipendente ha avuto il potere di incidere in maniera determinante su un procedimento e quindi sul provvedimento finale"*. Tra questi, naturalmente, può comprendersi anche l'adozione di provvedimenti già citati in apertura del paragrafo.

L'Autorità ha, inoltre, evidenziato la necessità di dare un'interpretazione ampia della definizione dei soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri (autoritativi e negoziali), presso i quali i dipendenti, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, non possono svolgere attività lavorativa o professionale, ricomprendendo in tale novero anche i soggetti formalmente privati ma partecipati o in controllo pubblico (con l'eccezione degli enti in house della pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente pubblico, cfr. Del. ANAC 1090/2020), nonché i soggetti che potenzialmente avrebbero potuto essere destinatari dei predetti poteri e che avrebbero realizzato il proprio interesse nell'omesso esercizio degli stessi.

ANAC ha chiarito che per "attività lavorativa o professionale" debba intendersi qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale con soggetti privati e quindi tutti i rapporti di lavoro a tempo determinato o indeterminato e gli incarichi o consulenze a favore dei soggetti privati, con la sola

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

Quanto sopra, ai sensi del comma 16 ter dell'art. 53 del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, introdotto dall' articolo 1, comma 42 della legge 6 novembre 2012, n. 190.

L'acquisizione e la conservazione delle dichiarazioni inerenti i "contratti di lavoro" sono a cura della UOC Gestione Risorse Umane di questa Azienda.

18) Procedura di individuazione componenti collegi, commissioni etc… - Misura obbligatoria e trasversale.

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

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

19) Regolamento sul conferimento dei patrocini legali e regolamento sul controllo antiriciclaggio.

E' stato adottato un apposito regolamento per l'affidamento dei patrocini legali a professionisti esterni in ossequio alla determina ANAC n. 12/2018 e alla direttive regionali in materia.

Questa Azienda, ha dedicato sul sito web istituzionale una apposita sezione nella quale sono riportati gli avvocati fiduciari dell'Azienda, riscritti, ed in possesso delle specifiche peculiarità previste dal bando.

E' stato adottato dal Responsabile antiriciclaggio apposito regolamento in materia, pubblicato sul sito web aziendale nella pagina di riferimento.

20) Partecipazione del personale dipendente ad attività formative esterne con spese a carico di soggetti terzi

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

21) Whistleblowing: Tutela del dipendente che segnala illeciti. Misura di prevenzione obbligatoria e trasversale

Il Whistleblowing è un fondamentale strumento di compliance aziendale, tramite il quale i dipendenti dell'Asp di Siracusa, oppure terze parti (per esempio un fornitore o un cliente) di un'azienda possono segnalare, in modo riservato e protetto, eventuali illeciti riscontrati durante la propria attività accedendo alla piattaforma in forma anonima e riservata. Alla luce del Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24 che recepisce in Italia la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano illeciti ed in vigore dal 15/07/2023, Transparency Intemational Italia e Whistleblowing Solutions hanno apportato alcune modifiche alla piattaforma WhisteblowingPA in modo che sia conforme alle disposizioni previste dalla nuova normativa. Nel sito internet aziendale, in evidenza nella home page, è stata creata una sezione dedicata nella quale è fruibile la piattaforma nonché la normativa di riferimento, le novità introdotte dal d.lgs n. 24/2023 attuativo della direttiva europea n. 1937/2019, l'informativa whistleblowing, il modello per la segnalazione di condotte illecite e l'accordo in merito al trattamento dei dati personali.

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

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

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

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

22) Segnalazione illeciti dalla società civile. Misura di prevenzione trasversale e ulteriore.

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

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

Il Direttore/Responsabile di ufficio, dandone obbligatoria evidenza al Responsabile per la prevenzione della corruzione, procede alla rotazione (cd. funzionale) all'interno della propria UO dei dipendenti coinvolti nella istruttoria e/o attività a ad elevato rischio di corruzione

(responsabili del procedimento), compatibilmente con l'organico assegnato e la capacità e competenza del personale assegnato e, in caso di impossibilità di rotazione ritenuta necessaria e utile, dà evidenza alla Direzione strategica per le possibili rotazioni tra UUOO.

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

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

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

24) *Trasparenza e integrità. Trasparenza degli atti: Accesso civico e accesso civico generalizzato. Misura di prevenzione strategica, obbligatoria e trasversale*

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

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

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

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

I Responsabili delle articolazioni aziendali provvedono a monitorare i rapporti tra l'Azienda e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando o indagando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione, attraverso appositi moduli da somministrare ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni e ai fornitori in relazione agli importi economici in gioco. In caso di conflitto di interessi dovranno essere attivati meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art.6 bis Legge n.241/90 e s.m.i. del personale in conflitto. Con cadenza almeno annuale deve essere data evidenza al Responsabile per la prevenzione della corruzione.

26) PNRR e PNES Piano Nazionale Equità nella Salute 2021-2027, linea "Contrastare la povertà sanitaria" (INMP) e linee "Il genere al centro della cura", "Prendersi cura della salute mentale" e Maggiore copertura degli screening oncologici (PNES).

Nel contesto attuale del settore sanitario, caratterizzato da sfide e opportunità emergenti, la gestione dei rischi corruttivi e la promozione della trasparenza assumono un ruolo cruciale. L'ASP di Siracusa, nell'ambito del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027, si impegna a consolidare un approccio proattivo contro la corruzione, specialmente nell'ambito degli investimenti finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dalle altre fonti di finanziamento quali ad esempio PNES Piano Nazionale Equità nella Salute. Questi investimenti rappresentano un'opportunità significativa per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari, ma introducono anche potenziali rischi corruttivi che necessitano di essere attentamente gestiti. In quest'ottica, l'adozione di politiche e pratiche di anticorruzione diventa un elemento fondamentale per garantire l'integrità e la trasparenza nell'uso dei fondi pubblici. I rischi corruttivi possono manifestarsi in diverse forme, tra cui la gestione inappropriata di fondi e risorse, irregolarità nelle procedure di approvvigionamento e di assegnazione delle gare d'appalto, nonché conflitti di interesse nel processo decisionale. Tali rischi sono amplificati dalla complessità delle reti di fornitura e dalla quantità significativa di transazioni finanziarie che caratterizzano il settore. Per mitigare questi rischi, le aziende sanitarie devono implementare un solido sistema di controlli interni. Questo sistema include la mappatura dei processi, l'identificazione delle aree a rischio e la definizione di protocolli chiari e trasparenti. È essenziale inoltre che vengano istituiti meccanismi di segnalazione e che si promuova una cultura organizzativa basata sull'integrità e la responsabilità. Le politiche di anticorruzione devono essere integrate in tutti i livelli organizzativi e devono essere accompagnate da formazione continua e aggiornamento per i dipendenti. Inoltre, l'interazione con i fornitori e gli altri stakeholder deve essere regolamentata da codici etici e da accordi di integrità, al fine di garantire la massima trasparenza e imparzialità nelle relazioni esterne. La vigilanza e il monitoraggio costante, uniti all'applicazione di sanzioni in caso di non conformità, completano il quadro delle misure anticorruzione. Tutto ciò contribuisce a creare un ambiente in cui la probabilità di corruzione è ridotta e la fiducia nel sistema sanitario viene rafforzata Un elemento chiave nella gestione dei rischi corruttivi è rappresentato dalla tracciabilità dei fondi. È essenziale che ogni spesa venga accuratamente documentata e che esistano sistemi di monitoraggio e verifica per assicurare che i fondi vengano utilizzati esclusivamente per gli scopi previsti. Inoltre, è importante promuovere la cultura dell'integrità e della responsabilità, incoraggiando la segnalazione di eventuali irregolarità e garantendo la protezione dei whistleblower. Infine, la collaborazione e il coordinamento con gli organi di controllo nazionali e regionali, come l'ANAC e gli enti di revisione, sono fondamentali per garantire una supervisione efficace e per condividere le migliori pratiche nella gestione dei rischi corruttivi associati agli investimenti PNRR. Attraverso queste misure, l'Asp di Siracusa può assicurare che gli investimenti del PNRR siano gestiti con integrità, contribuendo così a rafforzare la fiducia del pubblico nel sistema sanitario.

PNRR

Nell'ambito dei progetti finanziati dal PNRR, l'Azienda ha in carico i seguenti investimenti di cui si rappresentano le principali informazioni anagrafiche ed economiche, tra cui la missione di riferimento, CIG, CUP, Responsabili e il fabbisogno aziendale, oltre allo stato di avanzamento.

Mappatura progetti finanziati con fondi PNRR - UOC SIFA e CdG

Fonte finanziamento: Missione 6 "Salute", Componente 2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale, 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, 1. Digitalizzazione DEA I livello

CUP	Presidio Ospedaliero	CIG AQ	CIG derivato	Intervento - Titolo AQ - Convenzioni -	Numero Lotto	Fabbisogno da delibere aziendali (IVA inclusa)	RUP	DEC	Avviato
J57H21008420006	19034300 - Giuseppe di Maria - Avola	8765585592	953730838A	Accordo quadro consip Sanità Digitale 1 "Servizi applicativi sanità digitale - sistemi informativi clinico-assistenziali"	Lotto 2	1.822.579,96 €	Dott .Ing .Santo Michele Pettignano	Dott. Ing. Marco Garro	Si
		8992398993	97837226CD	Adesione convenzione CONSIP "PC desktop e workstation (ed.2)"	Lotto 6	12.200,00 €		Dott. Ing. Stefano Salemi	Si
		8992365E56	9778457DFA	Adesione convenzione CONSIP "PC desktop e workstation (ed.2)"	Lotto 2	92.513,82 €			Si
		91016062E0	978016604E	Adesione convenzione CONSIP "Stampanti 19" personali	Lotto 1	38.342,16 €			Si
		91016138A5	978370264C	Adesione convenzione CONSIP "Stampanti 19" di rete	Lotto 3	16.944,53 €			Si
		9224167768	97976257EB	Adesione convenzione CONSIP "Tecnologie server 4"	Lotto 3	35.900,06 €			Si
		88980918FA	989732394F	Accordo quadro consip "Cybersecurity 2 - Prodotti e servizi connessi"	Lotto 3	46.049,02 €			Si
		903054517C		Accordo quadro CONSIP Sanità digitale - Sistemi informativi sanitari e servizi al cittadino	Lotto 2	808.231,95 €			No
		88846293CA	9759784C88	Adesione accordo quadro consip "servizi di sicurezza da remoto, compliance e controllo per le pubbliche amministrazioni	Lotto 1	198.827,89 €	Dott .Ing .Santo Michele Pettignano	Dott. Ing. Stefano Salemi	Si
		876562890D	A01452C7F0	Accordo Quadro CONSIP - Sanità Digitale 1 - Servizi di supporto Sanità Digitale - sistemi informativi clinico-assistenziali	Lotto 6	366.000,00 €		Dott. Ing. Marco Garro	SI

CUP	Presidio Ospedaliero	CIG AQ	CIG derivato	Intervento - Titolo AQ - Convenzioni -	Numero Lotto	Fabbisogno da delibere aziendali (IVA inclusa)	RUP		Avviato
J37H21009210006	19034500 - Umberto I - Siracusa	8765585592	9537331684	Accordo Quadro CONSIP - Sanità Digitale 1 - Servizi di supporto Sanità Digitale - sistemi informativi clinico-assistenziali	Lotto 2	2.899.265,85 €	Dott .Ing .Santo Michele Pettignano	Dott. Ing. Marco Garro	Si
		8992398993	9783728BBF	Adesione convenzione CONSIP "PC desktop e workstation (ed.2)"	Lotto 6	30.988,00 €		Dott. Ing. Stefano Salemi	Si
		8992365E56	977850666C	Adesione convenzione CONSIP "PC desktop e workstation (ed.2)"	Lotto 2	154.189,70 €			Si
		91016062E0	9780189348	Adesione convenzione CONSIP "Stampanti 19" personali	Lotto 1	60.873,12 €			Si
		893944468E	9966932C78	Adesione AQ per l'affidamento di servizi di system management	Lotto unico	699.696,64 €			Si
		91016138A5	9783713F5D	Adesione convenzione CONSIP "Stampanti 19" di rete	Lotto 3	23.298,73 €			Si
		9013132FCE	9750054F14	Adesione convenzione consip "microsoft enterprise agreement 7"	Lotto unico	829.400,51 €			Si
		88980918FA	9759822BE4	Accordo quadro consip "Cybersecurity 2 - Prodotti e servizi connessi"	Lotto 3	208.742,91 €			Si
		88846293CA	9759757642	Adesione accordo quadro consip "servizi di sicurezza da remoto, compliance e controllo per le pubbliche amministrazioni	Lotto 1	355.702,37 €			Si
		876562890D	A014507967	Accordo Quadro CONSIP - Sanità Digitale 1 - Servizi di supporto Sanità Digitale - sistemi informativi clinico-assistenziali	Lotto 6	204.954,06 €		Dott. Ing. Marco Garro	Si

Fonte finanziamento: Missione 1 "Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo" - Componente 1 "Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA" - Investimento 1.4 "Servizi e Cittadinanza Digitale"- Misura 3 " Piattaforme e applicativi "

CUP	Presidio Ospedaliero	CIG AQ	CIG derivato	Intervento - Titolo AQ - Convenzioni -	Numero Lotto	Fabbisogno da delibere aziendali (IVA inclusa)	RUP	DEC	Avviato
J51F23000270006		876560888C	A038E210BB	Accordo Quadro Consip "Sanità Digitale 1" - Adozione piattaforma PagoPA	Lotto 4	501.922,03 €	Dott. Ing. Marco Garro	Dott. Ing. Stefano Salemi	Si

CUP	Presidio Ospedaliero	CIG AQ	CIG derivato	Intervento - Titolo AQ - Convenzioni -	Numero Lotto	Fabbisogno da delibere aziendali (IVA inclusa)	RUP	DEC	Avviato
J31F22001660006			9851900D0F	Adozione APP IO		14.000,00 €	Dott. Ing.Santo Pettignano	Dott. Ing. Marco Garro	Completato

Fonte finanziamento: Missione 1 "Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo" - Componente 1 "Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA" 1.4 "Servizi e Cittadinanza Digitale" - Misura 4 "Estensione dell'utilizzo delle piattaforme nazionali di identità digitale - SPID CIE"

CUP	Presidio Ospedaliero	CIG AQ	CIG derivato	Intervento - Titolo AQ - Convenzioni -	Numero Lotto	Fabbisogno da delibere aziendali (IVA inclusa)	RUP	DEC	Avviato
J31F22001680006			9851900D0F	Estensione dell'utilizzo delle piattaforme nazionali di identità digitale - spid cie		118.080,00 €	Dott. Ing.Santo Pettignano	Dott. Ing. Marco Garro	Si

Fonte finanziamento: Missione 6 "Salute", Componente 2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale - Investimento 1.3.1 Piattaforma digitale nazionale dati

CUP	Presidio Ospedaliero	CIG AQ	CIG derivato	Intervento - Titolo AQ - Convenzioni -	Numero Lotto	Fabbisogno da delibere aziendali (IVA inclusa)	RUP	DEC	Avviato
J51J23001320006			A01F5CDA2F	Adeguamento software Laboratorio di Analisi		24.400,00 €	Dott. Ing. Marco Garro	Dott. Ing. Stefano Salemi	Completato
			A01F74A49A	Adeguamento software Laboratorio di Analisi		24.400,00 €			Completato
			A01F3C2A97	Adeguamento software Anagrafe Vaccinale		21.472,00 €			Completato
			A01F44FEF1	Adeguamento software Cartella Clinica ed altro		164.700,00 €			Si
		893944468E	998758825A	System Management 3		1.394.276,56 €			Si

Fonte di finanziamento:Missione 1 "Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo" - Componente 1 "Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA- Investimento 1.1 "Infrastrutture Digitali" e Investimento 1.2 "Abilitazione al cloud per le PA locali"

CUP	Presidio Ospedaliero	CIG AQ	CIG derivato	Intervento - Titolo AQ - Convenzioni -	Numero Lotto	Fabbisogno da delibere aziendali (IVA inclusa)	RUP	DEC	Avviato
J31C23000540006				Infrastrutture Digitali/Abilitazione al Cloud		1.171.320,00 €	Dott. Ing. Stefano Salemi	Dott. Ing. Marco Garro	No

Mappatura progetti finanziati con fondi PNRR- U.O.C PROVVEDITORATO

Fonte finanziamento: Missione 6 "Salute", Componente 2- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale- 1.1. - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero- 2 – Grandi Apparecchiature

CUP	Localizzazione Intervento	Cig AQ	CIG derivato	Intervento – Titolo AQ- Convenzioni	IMPORTO PNRR	RUP	DEC	Fase attuativa
J39I22000020006	P.O. "Umberto I" - Siracusa	9245030819	95012317DA	GAMMA CAMERA - Gamma Camere e Gamma Camere/CT ed.1	€ 498.765,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Concluso
J39I22000030006	P.O. "Rizza Alessandro" - Siracusa	79284560DF	941956354A	Mammografo - Mammografi con Tomosintesi ed. 2	€ 173.545,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Concluso
J39I22000040006	P.O. "Umberto I" - Siracusa	79284560DF	94195098B9	Mammografo - Mammografi con Tomosintesi ed. 2	€ 173.545,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Ordine inviato
J39I22000050006	P.O. "Rizza Alessandro" - Siracusa	90017016A8	93893619CE	Ecotomografo- Ecotomografi (ed. 2)	€ 23.053,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Concluso
J39I22000190006	P.O. "Rizza Alessandro" - Siracusa	79284560DF	9420358558	Mammografo - Mammografi con Tomosintesi ed. 2	€ 137.555,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Concluso
J39I22000200006	P.O. "Rizza Alessandro" - Siracusa	90017016A8	9389353336	Ecotomografo- Ecotomografi (ed. 2)	€ 23.053,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Concluso
J59I22000030006	P.O. "E. Muscatello" - Augusta	79284560DF	9420347C42	Mammografo - Mammografi con Tomosintesi ed. 2	€ 137.545,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Concluso
J59I22000150006	P.O. "E. Muscatello" - Augusta	79284560DF	9420384ACB	Mammografo - Mammografi con Tomosintesi ed. 2	€ 137.555,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Concluso
J69I22000020006	P.O.- Lentini	94080887D1	A04732C3DC	TAC- Tomografi RM e Tomografi CT ed.3	€ 416.784,50	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Concluso
J69I22000060006	P.O. "Di Maria" - Avola	94080822DF	9866123642	RMN- Tomografi RM e Tomografi CT ed.3	€ 900.000,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Ordine inviato
J79I22000030006	Poliambulatorio ex inam Palazzolo	79284560DF	94203720E7	Mammografo - Mammografi con Tomosintesi ed. 2	€ 137.555,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Ordine inviato
J79I22000040006	Centro Senologia Priolo Gargallo	90017016A8	9389332100	Ecotomografo- Ecotomografi (ed. 2)	€ 23.053,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Concluso
J79I22000120006	Centro Senologia Priolo Gargallo	79284560DF	9420407DC5	Mammografo - Mammografi con Tomosintesi ed. 2	€ 137.555,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Concluso
J89I22000070006	P.O. "Trigona" - Noto	79284560DF	9419585771	Mammografo - Mammografi con Tomosintesi ed. 2	€ 173.545,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Concluso
J89I22000080006	P.O. "Di Maria" - Avola	94080887D1	A047341530	TAC- Tomografi RM e Tomografi CT ed.3	€ 413.109,50	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Ordine inviato
J89I24000740006	P.O. "Trigona" - Noto	/	/	TAC- Tomografi RM e Tomografi CT ed.3	€ 498.330,50	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Marina Carrubba	Delib Adesione AQ/ Consip
J39I24000700006	P.O. "Umberto I" - Siracusa	/	/	Angiografo – Angiografo Cardiologico	€ 308.000,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Marina Carrubba	Delib Adesione AQ/ Consip
J39I24000710006	P.O. "Rizza Alessandro" - Siracusa	9502643513	B45A2ADBD	Sistema radiologico fisso – Ortopantomografi e MOC ed.1	€ 46.110,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Ordine inviato
J59I24001020006	P.O. "E. Muscatello" Augusta	9502643513	B459B4D568	Sistema radiologico fisso – Ortopantomografi e MOC ed.1	€ 56.235,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Ordine inviato
J39I24000720006	P.O. "Rizza Alessandro" - Siracusa	/	/	Ecotomografo	€ 61.076,63	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Procedura di gara in istruttoria
J69I24000700006	P.O. Civile - Lentini	/	/	Ecotomografo	€ 61.076,63	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Procedura di gara in istruttoria
J69I24000710006	P.O. "Di Maria" - Avola	/	/	Ecotomografo	€ 61.076,63	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Procedura di gara in istruttoria
J59I24001030006	P.O. "E. Muscatello" - Augusta	/	/	Ecotomografo	€ 61.076,63	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Procedura di gara in istruttoria

J39I24000770006	P.O. "Umberto I" - Siracusa	/	/	Ecotomografo	€ 56.000,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Procedura di gara in istruttoria
J39I24000780006	P.O. "Rizza Alessandro" - Siracusa	/	/	Ecotomografo	€ 56.000,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Procedura di gara in istruttoria
J38H2400071006	P.O. "Umberto I" - Siracusa	/	/	Ecotomografo	€ 56.000,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Procedura di gara in istruttoria
J39I24000760006	P.O. "Umberto I" - Siracusa	/	/	Ecotomografo	€ 31.800,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Procedura di gara in istruttoria
J69I24000750006	P.O. Civile - Lentini	/	/	Ecotomografo	€ 31.800,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Procedura di gara in istruttoria
J39I24000750006	P.O. "Umberto I" - Siracusa	/	/	Ecotomografo	€ 31.800,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Procedura di gara in istruttoria
J69I24000760006	P.O. Civile - Lentini	/	/	Ecotomografo	€ 31.800,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Procedura di gara in istruttoria
J69I24000740006	P.O. "Di Maria" - Avola	/	/	Ecotomografo	€ 31.800,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Procedura di gara in istruttoria
J89I24000750006	P.O. "Trigona" - Noto	/	/	Ecotomografo	€ 31.800,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Procedura di gara in istruttoria
J69I24000720006	P.O. Civile - Lentini	/	/	Ecotomografo	€ 53.000,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Procedura di gara in istruttoria
J39I24000730006	P.O. "Umberto I" - Siracusa	/	/	Ecotomografo	€ 53.000,00	Dott.ssa Nardina Mammino	Ing. Martina Carrubba	Procedura di gara in istruttoria

Aggiornamento stato Avanzamento lavori finanziati con PNR PNC al 31/12/2024

INTERVENTO	CUP	FONTE DI FINANZIAMENTO	RUP	VERBALE CONSEGNA LAVORI	NOTE SULLA CONSEGNA LAVORI	DURATA LAVORI	IMPORTO COMPLESSIVO PROGETTO ESECUTIVO
CDC PALAZZOLO ACREIDE	**J11B22001520001**	**PNRR**	**Francesco Tinè**	12/07/2024		313 giorni n. c.	1 356 600,30 €
CDC ROSOLINI	**J21B22000860001**	**PNRR**	**Gino Cavallo**	15/07/2024		208 giorni n. c.	2 275 401,02 €
CDC HUB SIRACUSA	**J37H22001130001**	**PNRR**	**Francesco Tinè**	15/07/2024		460 giorni n. c.	3 081 049,92 €
CDC SPOKE SIRACUSA	**J38I22000100001**	**PNRR**	**Salvatore Cancemi**	09/07/2024		365 giorni n. c.	2 002 680,39 €
CDC FLORIDIA	**J49J22001720001**	**PNRR**	**Francesco Tinè**	15/07/2024	Consegna completa e frazionata, consegnati i locali del I step.	521 giorni n. c.	1 587 955,60 €
CDC FRANCOFONTE	**J57H22000650001**	**PNRR**	**Gino Cavallo**	15/07/2024		349 giorni n. c.	1 587 955,60 €
CDC AUGUSTA	**J57H22000660001**	**PNRR**	**Pietro Cavallo**	(15/07/2024 Parziale) 26/08/2024	La consegna è relativa al I step. La data di fine lavori tiene conto di 30 giorni lavorativi per l'esecuzione delle opere antisismiche previste nell'ambito del progetto "Ospedale Sicuro".	420 giorni n. c.	1 610 303,91 €
CDC LENTINI	**J67H22001150001**	**PNRR**	**Gino Cavallo**	15/07/2024		463 giorni n. c.	2 713 068,88 €
CDC AVOLA	**J67H22001180001**	**PNRR**	**Paolo Antonuccio**	(15/07/2024 Parziale) 22/07/2024		300 giorni n. c.	1 587 955,60 €

CDC MELILLI	**J74E22000610001**	**PNRR**	**Salvatore Giliberto**	15/07/2024		273 giorni n. c.	1 432 016,00 €
CDC NOTO	**J87H22001060001**	**PNRR**	**Giuseppe Gallo**	(15/07/2024 Parziale) 01/08/2024		260 giorni n. c.	1 460 295,34 €
CDC PACHINO	**J97H22001360001**	**PNRR**	**Emerenzia na Cultrera**	15/07/2024	Consegna parziale nelle more del completamento dei lavori di efficientamento energetico che riguardano l'intero fabbricato. **La consegna definitiva avvenuta il 04/10/2024**	356 giorni n. c.	1 587 955,60 €
COT SIRACUSA	**J37H22001170001**	**PNRR**	**Francesco Tinè**		**LAVORI ULTIMATI COLLAUDATI CONSEGNATI - LOCALI IN USO - COT ATTIVA**		169 254,00 €
COT AUGUSTA	J51B22000970001	**PNRR**	**Giuseppe Gallo**		**LAVORI ULTIMATI COLLAUDATI CONSEGNATI - LOCALI IN USO - COT ATTIVA**		276 986,86 €
COT LENTINI	**J67H22001170001**	**PNRR**	**Pietro Cavallo**		**LAVORI ULTIMATI COLLAUDATI CONSEGNATI - LOCALI IN USO - COT ATTIVA**		311 019,14 €
COT NOTO	**J87H22001070001**	**PNRR**	**Cavallo Gino**		**LAVORI ULTIMATI COLLAUDATI CONSEGNATI - LOCALI IN USO - COT ATTIVA**		169 254,00 €
ODC LENTINI	**J67H22001130001**	**PNRR**	**Emerenzia na Cultrera**	15/07/2024		365 giorni n. c.	1 399 563,00 €
ODC SIRACUSA RIZZA	**J87H22001010001**	**PNRR**	**Vincenzo Rizza**	15/07/2024	Consegna completa e frazionata, consegnati i locali del I step.	352 giorni n. c.	2 823 032,30 €
ODC NOTO	**J87H22001050001**	**PNRR**	**Giuseppe Gallo**	15/07/2024		290 giorni n. c.	2 823 032,30 €
ODC PACHINO	**J92C22000550001**	**PNRR**	**Emerenzia na Cultrera**	15/07/2024		163 giorni n. c.	2 801 667,54 €
OSPEDALE SICURO NOTO	**J81B22001900001**	**PNRR**	**Rosario Breci**	11/09/2024	l'intervento è previsto per fasi e per sotto cantieri per la necessità di garantire per quanto tecnicamente possibile (ma con l'esigenza di adottare importanti misure organizzative e gestionali e/o deroghe temporanee) il parziale esercizio delle attivita' sanitarie del P.O. durante l'esecuzione dei lavori.	425 giorni n. c.	15 510 469,47 €
OSPEDALE SICURO AVOLA	**J61B22001300001**	**EX PNC - Art. 20**	**Rosario Breci**				15 291 366,75 €
OSPEDALE SICURO AUGUSTA	**J51B22000770001**	**EX PNC - Art. 20**	**Pietro Cavallo**			547 giorni n. c.	4 902 240,55 €
OSPEDALE SICURO UMBERTO I	**J31B22000690001**	**EX PNC - Art. 20**	**Rosario Breci**			607 giorni n. c.	17 177 832,10 €
OSPEDALE SICURO RIZZA	**J31B22000700001**	**EX PNC - Art. 20**	**Rosario Breci**			540 giorni n. c.	5 212 346,70 €

Nell'ambito dei progetti finanziati dal PNES e dall'INMP, l'Azienda ha in carico i seguenti interventi di cui si rappresentano le principali informazioni anagrafiche ed economiche:

Progetti INMP	**Codice progetto**	**FESR** max Euro	**FSE+** max Euro	**TOTALE** max Euro	**CUP**
Costituzione delle equipe multidisciplinari per attività clinica	**IN.4k.1_02**		1.449.280,00 €	1.449.280,00 €	***J59G24000230006***
Dotazione di farmaci ed erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitari	**IN.4k.1_04**		763.896,85 €	763.896,85 €	***J59G24000260006***

Co-progettazione realizzata da ETS e ASL funzionale all'erogazione delle prestazioni	**IN.4k.2_02**		68.323,20 €	68.323,20 €	***J59G24000240006***
Mediazione di sistema	**IN.4k.3_01**		15.735,04 €	15.735,04 €	***J59G24000280006***
Investimento strutturale, tecnologico, strumentale e di risorse umane funzionale alla implementazione delle attività di *outreach*	**IN.4.5.1_01**	824.845,81 € di cui Max 568.991,57 € di personale		824.845,81 €	***J59G24000250006***
Acquisizione di protesi odontoiatriche per persone in povertà sanitaria	**IN.4.5.1_03**	650.105,60 €		650.105,60 €	***J59G24000270006***
Produzione di materiale per attività di educazione sanitaria presso la popolazione target	**IN.4.5.2_03**	16.563,20 €		16.563,20 €	***J59B24000180006***
Totale		**1.491.514,61**	**2.297.235,09**	**3.788.749,70**	

Area Tematica PNES	Fondo	Codice Progetto	Codice Progetto ASP	Codice CUP
Il genere al centro della cura	FSE	SI.4k.2_01	SI.4k.2_01_SR	J51J24003100006
Il genere al centro della cura	FSE	SI.4k.2_02	SI.4k.2_02_SR	J53J24000290006
Il genere al centro della cura	FESR	SI.4.5.1_01	SI.4.5.1_01_SR	J94E24000210006
Il genere al centro della cura	FESR	SI.4.5.1_02	SI.4.5.1_02_SR	J55C24000820006
Prendersi cura della salute mentale	FSE	SI.4k.2_04	SI.4k.2_04_SR_01	J51H24000180006
Prendersi cura della salute mentale	FSE	SI.4k.2_04	SI.4k.2_04_SR_02	J51H24000190006
Prendersi cura della salute mentale	FSE	SI.4k.2_05	SI.4k.2_05_SR	J51H24000200006
Prendersi cura della salute mentale	FSE	SI.4k.2_06	SI.4k.2_06_SR	J51H24000210006
Maggiore copertura degli screening oncologici	FSE	SI.4K.2_07	SI.4K.2_07_SR	J54B24000020006
Maggiore copertura degli screening oncologici	FSE	SI.4K.2_08	SI.4K.2_08_SR	J34B24000010006
Maggiore copertura degli screening oncologici	FSE	SI.4K.3_10	SI.4K.3_10_SR	J51H24000220006
Maggiore copertura degli screening oncologici	FESR	SI.4.5.1_03	SI.4.5.1_03_SR	J34E24000390006

Misure di prevenzione dei rischi corruttivi, obiettivi e risultati attesi

La prevenzione dei rischi corruttivi nell'ASP di Siracusa, in relazione agli investimenti del PNRR, richiede l'attuazione di una serie di misure strutturate e integrate. Queste misure non solo salvaguardano i fondi e le risorse, ma contribuiscono anche a creare un ambiente organizzativo basato sulla trasparenza e l'integrità.

- Implementazione di Procedure di Controllo Rigorose: la prima linea di difesa contro la corruzione è l'adozione di procedure di controllo interno rigorose. Questo implica

la mappatura accurata dei processi, l'identificazione delle aree a rischio e la definizione di protocolli trasparenti.

- Formazione e Sensibilizzazione del Personale: Un elemento cruciale nella lotta alla corruzione è rappresentato dalla formazione e dalla sensibilizzazione del personale. È importante che i dipendenti siano consapevoli dei rischi corruttivi e delle pratiche da adottare per prevenirli. La formazione riguarda aspetti quali l'etica professionale, la gestione dei conflitti di interesse, e le procedure per la segnalazione di attività sospette.
- Formazione Specifica sulle Tecnologie Digitali: La formazione del personale riguardo l'uso etico e responsabile delle tecnologie digitali è un altro aspetto importante. Questo non solo migliora le competenze digitali del personale ma aiuta anche a identificare e prevenire potenziali rischi di corruzione legati all'uso di tali tecnologie.
- Monitoraggio e Revisione Continua: Per garantire l'efficacia delle misure anticorruzione, è essenziale un monitoraggio costante. Questo include la verifica periodica dei processi interni, l'analisi delle attività finanziarie e l'attuazione di audit regolari. La revisione continua dei sistemi di controllo consente di identificare e risolvere rapidamente eventuali carenze.
- Monitoraggio e Sicurezza dei Dati: Con l'aumento dell'utilizzo dei dati digitali, la sicurezza e il monitoraggio diventano aspetti critici. È essenziale adottare robuste misure di sicurezza informatica per proteggere i dati sensibili e garantire la loro integrità, prevenendo così abusi e manipolazioni.
- Miglioramento della Trasparenza: La trasparenza è un principio fondamentale della prevenzione della corruzione. L'Asp di Siracusa si impegna a garantire un'adeguata divulgazione delle informazioni relative agli investimenti PNRR, comprese le decisioni di appalto e l'uso dei fondi. Questo è realizzato attraverso la pubblicazione e l'aggiornamento periodico del portale online (albo pretorio) accessibile per la consultazione dei documenti e delle procedure.
- Gestione dei Conflitti di Interesse con la definizione di linee guida chiare su come gestire situazioni in cui potrebbero sorgere conflitti.
- Promozione della Cultura dell'Integrità: Oltre alle misure formali, è fondamentale promuovere una cultura organizzativa che valorizzi l'integrità e la responsabilità. Questo è realizzato attraverso la comunicazione regolare dell'impegno dell'azienda nei confronti dell'etica e della legalità e l'incoraggiamento della segnalazione di comportamenti non etici
- Politiche di Whistleblowing: Gestione di una politica di whistleblowing efficace per incoraggiare la segnalazione di comportamenti scorretti. Questo sistema garantisce la protezione dei segnalanti da ritorsioni, mantenendo l'anonimato e fornendo canali sicuri e accessibili per le segnalazioni.
- Valutazione Periodica dei Rischi: L'azienda sanitaria effettua valutazioni periodiche dei rischi corruttivi, aggiornando le sue strategie in base ai cambiamenti nel contesto operativo e normativo.
- Collaborazione con Esperti di Tecnologia e Sicurezza: Lavorare in collaborazione con esperti di tecnologia e sicurezza informatica per sviluppare e implementare le migliori pratiche nel campo della digitalizzazione può offrire una prospettiva esterna preziosa e aiutare a mitigare i rischi corruttivi.

L'implementazione delle misure anticorruzione nell'Asp di Siracusa, in particolare quelle collegate agli investimenti PNRR, ha l'obiettivo di garantire l'integrità e la trasparenza delle operazioni, oltre a promuovere una cultura organizzativa basata sull'etica e la responsabilità. La

realizzazione di questi obiettivi si traduce in una serie di risultati che migliorano sia la gestione interna dell'ente sia la fiducia pubblica nel sistema sanitario.

- Miglioramento della trasparenza nei confronti degli stakeholders interni ed esterni: garantire trasparenza delle procedure adottate significa indentificare le attività, le procedure, i responsabili delle attività svolte e i risultati attesi
- Rafforzamento dei Controlli Interni e di Audit: L'adozione di sistemi di controllo e audit interni più efficaci ha permesso di identificare e prevenire in modo proattivo le pratiche corruttive. La revisione periodica dei processi interni e la formazione continua dei dipendenti sui rischi corruttivi hanno contribuito a creare un ambiente di lavoro più sicuro e integro.
- Aumento delle Segnalazioni di Corruzione: La promozione di una politica di whistleblowing efficace ha portato a un incremento delle segnalazioni di comportamenti non etici o corruttivi. Questo dimostra una maggiore consapevolezza e impegno da parte dei dipendenti nel contrastare attività illecite, nonché una fiducia rafforzata nei meccanismi di segnalazione.
- Miglioramento nella Gestione dei Fondi PNRR: Grazie alle misure anticorruzione, l'azienda ha ottenuto una gestione più efficiente e trasparente dei fondi PNRR. La tracciabilità e il monitoraggio dei fondi hanno assicurato che questi venissero utilizzati esclusivamente per gli scopi previsti, aumentando l'efficacia degli investimenti in termini di risultati sanitari e infrastrutturali.
- Rafforzamento della Fiducia Pubblica: La trasparenza e l'integrità mostrate nella gestione dei fondi e hanno rafforzato la fiducia dei cittadini nei servizi sanitari. Questo si traduce in un maggior supporto e fiducia nel sistema sanitario, fondamentale per il successo a lungo termine delle iniziative sanitarie.

Si sintetizzano le principali iniziative intraprese e da intraprendere dall'ASP di Siracusa con i relativi risultati attesi:

Ambito dell'iniziativa	Misura	Attività	Risultato atteso
Identificazione e Valutazione del Rischio Corruttivo	Analisi dei rischi	Analisi approfondita dei vari settori operativi dell'ASL, con particolare attenzione dei progetti finanziati dal PNRR dove il rischio di corruzione è più elevato, come gli appalti, la gestione delle risorse umane e la fornitura di servizi. Predisposizione di procedure adottate con identificazione delle attività e responsabili.	Garantire trasparenza delle procedure adottate e indentificare i responsabili delle attività svolte e dei risultati attesi
Implementazione di Misure di Prevenzione	Codice etico	Elaborazione del codice di Condotta e Linee Guida Etiche per i dipendenti, che delinei comportamenti accettabili e inaccettabili. Le linee guida etiche sono regolarmente aggiornate e comunicate a tutto il personale.	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento
	Politiche Digitali di Condotta e Etica	Sviluppare politiche specifiche per i progetti digitali e tecnologici, delineando comportamenti etici attesi e modalità di interazione con fornitori e partner tecnologici. Dotarsi di una " social media policy " , ossia un regolamento interno per l'utilizzo di piattaforme digitali a disposizioni dell'amministrazione o del dipendente.	Rispetto della privacy dei dati sanitari, trasparenza nelle procedure, garantire la sicurezza e la protezione dei sistemi informatici, delle informazioni e dei dati. Garantire la riservatezza nelle comunicazioni. Non nuocere al prestigio e all'immagine dell'amministrazione di appartenenza e della PA.
	Formazione su Tecnologie e Anticorruzione	Workshop, seminari e materiali informativi che enfatizzano l'importanza dell'etica professionale e delle procedure corrette. Organizzare sessioni di formazione specifiche per il personale sull'uso etico delle nuove tecnologie e sulla prevenzione della corruzione nel contesto digitale.	
	Canali di Segnalazione Digitali	Implementare sistemi digitali per la segnalazione di comportamenti non etici, garantendo anonimato e protezione dei whistleblower.	Raccolta e segnalazione di condotte illecite senza rischi. Garantire a dipendenti e stakeholder esterni la possibilità di denunciare in maniera confidenziale atti illeciti o non etici avvenuti all'interno dell'azienda.
Supervisione e Controllo	Audit Interni	Periodici audit interni per identificare eventuali carenze nelle politiche e nelle procedure anticorruzione, consentendo tempestive azioni correttive. Migrazione di un sistema di auditing digitale per implementare un sistema di raccolta ed analisi dei dati, di documentazione delle procedure, nonché adibito alla preparazione dei report e dei relativi piani di remediation.	Monitoraggio periodico delle procedure in atto in azienda e verifica del rispetto di queste ultime.
	Valutazione delle Performance	L'adozione di sistemi di valutazione delle performance basati su indicatori chiari e misurabili permette di monitorare l'efficacia delle strategie anticorruzione e di apportare eventuali modifiche.	verificare il conseguimento degli obiettivi, attraverso la definizione di opportuni indicatori che misurino in modo puntuale l'attività svolta dall'Ente; informare e guidare i processi decisionali, sulla base delle informazioni rese disponibili dal sistema di misurazione e valutazione; gestire in maniera più efficace sia le risorse sia i processi organizzativi, attraverso un costante monitoraggio e controllo degli input
Trasparenza e Responsabilità	Divulgazione Digitale	La pubblicazione regolare di dati e relazioni sulle attività dell'ASL, Pubblicare online dati e relazioni relative alle iniziative PNRR, garantendo accessibilità e comprensibilità delle informazioni relative agli appalti, alle procedure e alle decisioni.	Trasparenza delle procedure aziendali. Sensibilizzazione e partecipazione degli stakeholders interni ed esterni.
	Interazione Digitale con la Comunità	Favorire la partecipazione della comunità e degli stakeholder attraverso piattaforme digitali, per un feedback diretto sulle iniziative PNRR	
Digitalizzazione per l'Anticorruzione	Tecnologie Anticorruzione	Adottare tecnologie come la blockchain per tracciare e registrare le informazioni in modo trasparente. Creazione di registri permanenti di dati con data certa e immodificabile che rappresenta un supporto per gli organismi di vigilanza e per la direzione aziendale che, in modo rapido e veloce, può risalire all'iter amministrativo in quanto permette di individuare eventuali manomissioni di dati.	Creazione di una unica fonte di informazioni affidabili per garantire l'interoperabilità e l'accessibilità dei dati. Conservazione sicura dei dati sanitari. Garanzia sull'integrità dei dati.
Monitoraggio avanzamento lavori progettuali	Attività di monitoraggio dell'avanzamento di Target & Milestone	Documenti di monitoraggio interni per la verifica delle fasi progettuali, mappatura periodica degli interventi per verifica dello stato dell'arte (rispetto delle tempistiche, verifica della documentazione normatica e aziendale, monitoraggio dei pagamenti) per il rispetto degli obiettivi fissati e il corretto utilizzo dei fondi stanziati.	Rispetto di Target & milestone del PNRR, valutate sia a livello aziendale che attraverso il sistema nazionale di monitoraggio (REGIS).

Infine, si rappresentano le attività e le iniziative intraprese dall'ASP di Siracusa nell'ambito dell'anticorruzione, suddivisi per fase operative in cui si evidenziano le principali caratteristiche dei rischi e le misure preventive adottate. Si evidenzia che nell'ambito PNRR e nell'ambito dei progetti finanziati con altre fonti di finanziamento, i rischi sono altamente controllati da procedure centralizzate che limitano le azioni corruttive. Si rende possibile dunque evidenziare, come da tabella seguente, che, in questo ambito, si riscontrano rischi corruttivi non incidenti

	Attività	Rischi corruttivi e di trasparenza	Misure e iniziative	Valore del rischio (Alto/Medio/ Basso)	UOC Coinvolte	Soggetti Coinvolti
Approvvigionamento	Programmazione della fornitura e affidamento di servizi e forniture e lavori	Sovradimensionamento o sottostima dei bisogni, distorsione nella valutazione delle offerte, definizione dei requisiti di accesso alla gara per favoreggiamenti, redazione del cronoprogrammi con insufficiente precisione nella pianificazione delle tempistiche di esecuzione delle prestazioni	Nell'ambito del PNRR, tutti i progetti sono gestiti a livello centralizzato attraverso le formule di adesione ad accordi quadro e convenzioni CONSIP. Le Fasi di programmazione, progettazione, aggiudicazione, selezione e programmazione sono vincolati a determinati parametri e requisiti previsti a livello nazionale. Tutta la documentazione inerente viene resa pubblica nei siti ufficiali dell'azienda (amministrazione trasparente con la pubblicazione degli atti).	Basso	UOC SIFA e CdG UOC Provveditorato UOC Tecnico UOC Economico Patrimoniale	Dott. Ing. Santo Pettignano Dott.ssa Nardina Mammino Ing. Rosario Breci Dott. Vincenzo Bastante
Esecuzione	Esecuzione del contratto e verifica del corretto avanzamento delle attività	Varianti in corso di esecuzione o modifiche del contratto, diverse dalle opzioni contrattualmente previste	Per ogni progetto, nel rispetto di quanto indicato dal nuovo codice degli appalti 2023, è stato nominato un RUP unitamente alla figura di un DEC, ognuno dei quali ha compiti, responsabilità e adempimenti complementari. Ciò contribuisce al controllo e all'indipendenza di gestione delle diverse fasi del progetto.	Basso		
Liquidazione	Gestione delle entrate e delle uscite finanziarie	Errata gestione delle informazioni e verifica dei documenti amministrativi ed economici. Errato calcolo degli importi da liquidare. Mancato rispetto dei termini di pagamento.	Le UOC deputate alla fase di gestione e autorizzazione delle spese (UOC economico, SIFA, tecnico, provveditorato ognuna per le proprie competenze) applicano le procedure previste nelle fasi di gestione delle spese (effettuazione ordini, verifica della fatturazione da parte dei fornitori, compilazione della determina liquidazione, ordinativi di pagamentn e pagamento). Vengono svolte le verifiche di regolarità contributiva e fiscale dei fornitori prima del pagamento.	Basso		
Collaudo	Verifica che la fornitura o il servizio siano stati eseguiti a regola d'arte, secondo il progetto approvato e in conformità del contratto e nel rispetto delle prescrizioni tecniche.	Nomina componenti commissione collaudo con criteri non conformi alla norma. Mancata denuncia di vizi della fornitura.	Verbalizzazione delle attività di collaudo con l'indicazione degli interventi eseguiti, eventuali note aggiuntive con la firma congiunta di tutti i partecipanti alla sessione. Ciò consente un controllo reciproco sulle evidenze del collaudo stesso.	Basso		
Rendicontazione	Relazioni sulle singole fasi progettuali e predispozione di documenti di pianificazione, programmazione e controllo per il rispetto di indicatori e obiettivi.	Mancata o insufficiente verifica dello stato avanzamento.Mancata segnalazione di anomalie.	L'azienda provvede alla stesura di periodici documenti di monitoraggio interni per la verifica delle fasi progettuali (rispetto delle tempistiche , verifica della documentazione normatica e aziendale, monitoraggio dei pagamenti, collaudi) per il rispetto degli obiettivi fissati e il corretto utilizzo dei fondi stanziati. E' monitorato anche il Rispetto di Target & milestone del PNRR anche attraverso il sistema nazionale di monitoraggio (REGIS), periodicamente aggiornato.	Basso		

Le misure adottate nell'ambito del PIAO 2025-2027 per contrastare i rischi in particolare riguardo agli investimenti PNRR, rappresentano passi significativi verso un futuro più trasparente e integro. Queste azioni hanno gettato le basi per una gestione più etica e responsabile, essenziale per guadagnare e mantenere la fiducia del pubblico nel sistema sanitario.

La lotta alla corruzione è un processo dinamico e in continuo sviluppo. L'evoluzione delle normative, le nuove tecnologie e i cambiamenti nel panorama sanitario richiederanno un aggiornamento e un adattamento costante delle strategie anticorruzione. Sarà cruciale per l'azienda sanitaria continuare a monitorare, valutare e rafforzare le proprie politiche e procedure, assicurando che rimangano efficaci nel prevenire e contrastare la corruzione.

27) *Decreto legislativo n. 36 del 31 marzo 2023 "Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici"*

Questa Azienda nel corso dell'anno 2025 è stata e lo sarà anche negli anni a seguire, soggetta alle recenti novità normative discendenti dal Decreto legislativo n. 36 del 31 marzo 2023 "Codice dei

contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici"

Nel 2023 è entrato in vigore il nuovo Codice dei Contratti Pubblici che contiene una profonda riscrittura delle disposizioni già presenti nel vecchio codice (Decreto Legislativo n. 50/2016).

Occorre evidenziare che per quanto riguarda il nuovo Codice, nonostante sia entrato in vigore il 1° aprile 2023, l'intero impianto normativo è diventato efficace dal 1 luglio 2023 mentre altre norme si applicano dal 1° gennaio 2024.

Le novità introdotte dal nuovo Codice degli Appalti hanno conseguentemente reso necessario per questa Azienda procedere all'adeguamento nel corso del 2023 degli atti standard e delle check list compliance e di controllo.

Il D. Lgs. n. 36/2023 agli articoli 62 e 63, il cui contenuto è stato ripreso anche dal Presidente di ANAC nel Comunicato del 17/05/2023, ha introdotto una nuova disciplina in materia di "qualificazione", in particolare ha previsto:

- il blocco del rilascio dei CIG per le stazioni appaltanti non qualificate;
- la qualificazione come necessaria per gli affidamenti dei contratti di lavori di importo superiore a 500 mila euro e di servizi e forniture d'importo superiore alle soglie previste per gli affidamenti diretti.

Tali disposizioni hanno reso necessario per questa ASP presentare ad ANAC la propria domanda di iscrizione all'elenco delle stazioni appaltanti per l'anno 2023.

Il nuovo codice degli appalti ha introdotto novità in materia di digitalizzazione (artt. 19 -36) alle quali questa Azienda si sta adeguando.

Il nuovo Codice, in parte, riprende la via tracciata, ma di fatto non percorsa, dal D. Lgs. n. 50/2016 riproponendo principi quali quelli dell'interoperabilità delle banche dati e dei sistemi e dell'unicità del dato alla base della digitalizzazione, dall'altro compie un significativo balzo in avanti in termini di approccio e di contenuti, prevedendo espressamente che i documenti siano nativi digitali ed enunciando i diritti digitali e i principi fondamentali di neutralità tecnologica quali:

- trasparenza;
- protezione dati personali;
- sicurezza informatica.

Tra le principali novità troviamo la digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici che prevede:

- Digitalizzazione di tutte le fasi (programmazione/progettazione/ pubblicazione / affidamento / esecuzione)
- Gestione dell'intero ciclo attraverso piattaforme e servizi digitali interoperabili; infatti tutti i soggetti pubblici e privati che intervengono nel ciclo di vita dei contratti pubblici devono utilizzare gli strumenti digitali del D.lgs. 36/2023, secondo quanto previsto da codice dell'amministrazione digitale e dalla legge sulla tracciabilità dei flussi finanziari.

Si può parlare quindi parlare di approvvigionamento digitale costituito dalle piattaforme e servizi digitali infrastrutturali abilitanti la gestione del ciclo di vita dei contratti pubblici nonché dalle piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate dalle stazioni appaltanti che consentono:

a. redazione/acquisizione atti in formato nativo digitale;
b. pubblicazione/trasmissione dati e documenti alla BDNCP;
c. accesso elettronico alla documentazione di gara;
d. presentazione DGUE e interoperabilità FVOE;
e. presentazione offerte;
f. apertura/gestione/conservazione fascicolo di gara digitale;
g. controllo tecnico/contabile/amministrativo anche in fase di esecuzione e gestione garanzie.

Infatti, in ossequio agli articoli 25 e 26 del codice, per tutti gli affidamenti sopra e sottosoglia, a partire dal primo gennaio 2024, dovranno essere utilizzate le piattaforme di approvvigionamento digitale che hanno compiuto il processo di certificazione delineato dalle Regole tecniche di AGID (provvedimento AGID n. 137/2023) e dallo Schema operativo (pubblicato sul sito di AGID il 25/09/2023, come modificato in data 14/11/202311).

Questa Azienda ha attivato procedure atte a permettere che la piattaforma o le piattaforme in uso abbiano avviato e concluso il processo di certificazione secondo lo schema operativo pubblicato sul sito di AGID, al fine di svolgere le attività di cui all'articolo 22, comma 2 del Codice.

Quanto sopra al fine di ottimizzare la spesa mediante una programmazione annuale dell'attività contrattuale che razionalizzi gli acquisti ed ottimizzi i costi in modo da garantire:

- coerenza nella definizione di strategie di acquisto di beni e servizi per l'ASP nel rispetto degli atti di programmazione sanitaria e con le strategie regionali;
- unitarietà della gestione dei processi relativi alle funzioni tecniche, amministrative e di supporto;
- ottimizzazione delle risorse all'interno dei dipartimenti interni all' ASP sviluppando le localizzazioni territoriali per tipologia di attività;
- principi di standardizzazione ed omogeneità per la funzionalità operativa dei livelli territoriali di intervento;
- sviluppo di modelli organizzativi per l'individuazione di strutture territoriali ad alta specializzazione e partecipazione ai processi per le innovazioni tecnologiche.

28) A.L.P.I. (Attività Libero Professionale Intramuraria)

L'Attività in regime libero professionali di prestazioni in ALPI è tra gli ambiti aziendali più attenzionati per i possibili rischi di carattere corruttivo.

In merito alle Prestazioni in regime di ALPI e alle misure di prevenzione e correttive in materia di Anticorruzione il Responsabile dell'Ufficio di Coordinamento ALPI ha prodotto, sulla scorta della richiesta effettuata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione giusta nota prot. n. 4656 del 12/1/2024, una dettagliata relazione sui controlli previsti dal vigente Regolamento Aziendale, riferiti alle misure di prevenzione dei rischi sia nella fase autorizzativa che in quella di svolgimento effettivo delle attività di cui si descrive di seguito il processo.

Nella fase autorizzativa, si attua un controllo preliminare sul regime scelto dal Dirigente (se trovasi in regime di esclusività), se le prestazioni da rendere in ALPI siano per la stessa disciplina per cui vengono rese le attività in regime istituzionale, se i tempi delle visite siano coerenti con il Tempario ufficiale e se le tariffe siano conformi al Regolamento aziendale.

Viene inoltre controllato se la fascia oraria prescelta per le prestazioni ambulatoriali che il Dirigente intende offrire in regime di ALPI siano fissate in orari al di fuori dell'orario di servizio.

Nella fase di svolgimento delle attività in ALPI le procedure di controllo e monitoraggio delle prestazioni sono le seguenti:

a) In ottemperanza alle disposizioni della vigente normativa di cui al D.A. n. 337/2014 e del vigente regolamento Aziendale per l'attività libero professionale intramoenia, l'A.L.P.I. viene organizzata funzionalmente per garantire il progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione.;
b) Periodicamente vengono controllati i volumi di attività istituzionale, mediante estrazione (query) dal sottosistema di prenotazione e gestione dell'Attività ambulatoriale (Portale Sanità), dal Flusso C dal Flusso SPI (prestazioni per interni) e dal flusso SDO e in ALPI, mediante estrazione (query) dal sottosistema di gestione della fatturazione. I predetti flussi ed estrazioni consentono di essere organizzati per ambito, unità operativa, branca e prestazione sino al livello di dettaglio del singolo professionista. L'elaborazione dei prospetti periodici ai fini del confronto tra le attività istituzionali e quelle in ALPI avviene utilizzando apposite procedure realizzate in ACCESS con l'utilizzo, altresì, dei dati del sottosistema di Gestione del Personale. La rilevazione ed il confronto vengono fatti trimestralmente.;
c) Come previsto dal Regolamento Aziendale sull'ALPI, adottato con delibera n. 925/2020, in caso di eventuale inosservanza dell'equilibrio tra attività istituzionale e ALPI o di disarmonia nei volumi di attività o in qualunque situazione di comportamenti di rilievo disciplinare o di incompatibilità, il servizio ispettivo aziendale ne dà tempestiva comunicazione alla Direzione Aziendale, ed alla Commissione Paritetica, nonché all'Ufficio Coordinamento ALPI, per l'avvio dei procedimenti sanzionatori previsti dall'art. 26 bis del vigente Regolamento Aziendale. Accerta altresì il rispetto dei tempi d'attesa delle attività istituzionali e in ALPI, unitamente al CUP Aziendale.

In particolare:

- in caso di volumi di attività istituzionale e tempi di attesa superiori a quelli concordati nell'ambito del processo di budget si procede come segue:
  a) diffida formale al Dirigente a riportare, entro un dato termine, i volumi di attività nei limiti concordato;
  b) in caso di comportamenti reiterati l'ALPI viene considerata attività istituzionale fino al raggiungimento dei predetti volumi ed i relativi compensi non verranno corrisposti e confluiranno sul fondo perequativo.

Alla stessa stregua, si procede in caso di carenza di ore lavorative rese in attività istituzionale, accertata dalla competente U.O.C. Gestione Risorse Umane. In tal senso l'accertamento avviene,

per singolo Dirigente, in occasione della liquidazione dei compensi, che, in tal caso vengono sospesi, fino all'adempimento di quanto prescritto in diffida.

- in caso di volumi di ALPI e liste d'attesa superiori a quelli concordati nel processo di budget:
  c) a) diffida formale al Dirigente con invito a riportare i volumi di ALPI e i tempi di attesa nei limiti concordati entro una certa data;
  d) b) in caso di comportamenti reiterati, sanzione pari al valore corrispondente al 50% degli emolumenti riscossi durante l'orario contestato o sospensione dell'attività per un mese.

Le suddette sanzioni vengono inflitte a seguito di procedimento disciplinare, avviato su istanza del Direttore Generale, congiuntamente con i Direttori Amministrativo e Sanitario, formulando la relativa contestazione di addebito.

L'eventuale perdurare di lunghi tempi d'attesa e il mancato rispetto dei volumi e delle modalità d'erogazione concordati, come accertati dall'UOC SIFA e Controllo di Gestione e dal CUP Aziendale comportano, per i Dirigenti sanitari coinvolti, la sospensione dell'A.L.P.I. fino al rientro dei tempi nei valori standard fissati.

L'UOC Gestione Risorse Umane inoltre opera, mensilmente, il controllo e monitoraggio anche delle modalità di svolgimento dell'ALPI per ciascun Dirigente, sotto l'aspetto del rispetto dell'orario, concordato in occasione dell'autorizzazione e reso trasparente dal CUP Aziendale e soprattutto il rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni in ALPI che vanno rese inderogabilmente fuori dall'orario di servizio, e mai durante le ferie o permessi vari, aspettative o comandi, riposi settimanali o compensativi o sciopero, né durante l'astensione per gravidanza o congedi parentali, né tantomeno durante i turni di pronta disponibilità o guardia.

Per tali ultime fattispecie, costituenti anch'esse violazioni disciplinari, potrà essere irrogata, a seguito del procedimento avviato come sopra, sanzione di recupero forzoso della quota pari a quella incassata e contestuale sospensione dell'ALPI per un mese

Il controllo incrociato, in sede di liquidazione, a cura dell'UOC Economico Patrimoniale e UOC Gestione Risorse Umane riguarda altresì la timbratura dedicata per l'attività resa in intramoenia ed il controllo della preventiva autorizzazione.

In caso di attività resa in assenza di timbratura dedicata, a seguito di diffida, si potrà procedere alla sospensione dell'ALPI per un periodo da 1 a 12 mesi.

Nel caso di svolgimento di attività priva di autorizzazione si procederà, a seguito di diffida, alla immediata sospensione dell'attività con recupero di eventuali somme percepite.

Le superiori diffide formulate per le fattispecie sopra richiamate e le eventuali sanzioni sono di competenza del Direttore Generale, congiuntamente al Direttore Amministrativo e Sanitario.

Le sanzioni previste dall'art. 26 bis del regolamento Aziendale, sono irrogate dalla medesima Direzione aziendale

Inoltre l'UOC Economico Patrimoniale, in sede di liquidazione mensile della quota dei proventi, spettanti ai singoli Dirigenti, provvede, in sede istruttoria, al controllo, oltre che della sussistenza

dell'autorizzazione e della coerenza della stessa con la tipologia di prestazioni effettuate, anche del rispetto del tariffario delle prestazioni libero professionali.

2.5.6 Trasparenza e Integrità

Con il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n.150, il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione ha posto l'accento sul tema della trasparenza, introducendo una serie di strumenti obbligatori, atti a garantire la pubblicità e l'accessibilità dei dati e delle informazioni e definendo nuovi ambiti d'intervento, ai quali deve attenersi il piano strategico Aziendale.

In ottemperanza all'art.11, comma 8, lettera a), del D.lgs. n°150/2009, della Legge 6 novembre 2012 n.190, del D.Lgs n°33/2013, come modificato dal D.Lgs n. 97 del 25.05.2016 (F.O.I.A., diventato operativo dal 23.12.2016) "Riordino della discipline riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni" e sulla base delle Linee Guida ANAC (delibera n. 1310 del 28.12.2016) "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 modificato dal D. Lgs. 97/2016", "le Pubbliche Amministrazioni, hanno l'obbligo di adottare come Sezione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione - il Programma per la Trasparenza e l'Integrità (pertanto, con decorrenza 23.12.2016, si ha un unico documento denominato Piano Triennale prevenzione corruzione e trasparenza (adesso P.T.P.C.T.), ex delibera ANAC n. 831/2016 relativa al PNA 2016, previsione confermata dall'art. 10, comma 1, D. Lgs. 33/2013 come modificato da FOIA), da aggiornare annualmente, al fine di garantire un adeguato livello di Trasparenza, intesa come accessibilità totale da parte della collettività (in particolare mediante la pubblicazione on-line delle informazioni concernenti ogni aspetto della Organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse); Integrità, da intendersi in relazione al carattere strumentale che la pubblicazione ha al fine della prevenzione della corruzione nelle PP.AA. (la trasparenza è il mezzo attraverso cui prevenire varie forme di illecito e di conflitto di interessi).

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

Il PNA 2019, approvato da ANAC con deliberazione n°1064 del 13/11/2019, e i successivi Piani adottati dall'ANAC fanno assurgere la trasparenza a "regola per l'organizzazione, per l'attività amministrativa e per la realizzazione di una moderna democrazia".

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

dichiarazione programmatica di intenti, in modo da garantire i seguenti duplici profili di Trasparenza dell'Azione Amministrativa:

1) Un profilo "statico", consistente nella pubblicità di categorie di dati attinenti all'Azienda per finalità di controllo sociale da parte della cittadinanza e degli utenti in generale;
2) Un profilo "dinamico", direttamente collegato alla performance, che comporta l'obbligo di risposta alle decisioni prese ed alle azioni compiute.

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

Il coinvolgimento e l'apporto partecipativo degli stakeholder agevola il raggiungimento del medesimo obiettivo. Per quanto attiene al buon andamento dei servizi pubblici ed alla corretta gestione delle relative risorse, la pubblicazione on-line dei dati consente a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione dell'Azienda e concorre a sollecitare nuove modalità di partecipazione e di coinvolgimento della collettività. In quest'ottica, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia del cittadino, nella doppia veste di destinatario delle attività delle pubbliche amministrazioni, che di utente dei servizi pubblici. L'adozione, da parte dell'Asp di Siracusa, del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità -triennio 2014-2016, giusta deliberazione n°155 del 30/01/2014, ha avuto lo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e di imparzialità. Con deliberazione n. 60 del 27/01/2016, si è provveduto all'aggiornamento annuale del P.T.T.I. per il triennio 2016-2018, integrato nel P.T.P.C. In maniera non dissimile, con deliberazione n. 74 del 31/01/2017, si è provveduto all'aggiornamento per il triennio 2017-2019 come pure, con deliberazione n. 94 del 30/01/2018, si è disposto l'aggiornamento annuale per il triennio 2018-2020. Con deliberazione n. 67 del 29/01/2019, si è predisposto l'aggiornamento per il triennio 2019-2021, con deliberazione n. 87 del 29/1/2020 si è provveduto all'aggiornamento per il triennio 2020-2022, con deliberazione n. 461 del 30.3.2021 per il triennio 2021-2022-2023, per il triennio 2022-2023-2024 integrato nel P.I.A.O. giusta deliberazione n. 489 del 29.3.2023, per il triennio 2024-2025-2026 giusta deliberazione n. 0121 del 30.1.2024 e per il triennio 2025-2026-2027 con la sottoscrizione del presente atto.

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

- Un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione
- Una gestione ottimale delle risorse pubbliche
- Un livello massimo di trasparenza, da attuare anche nelle fasi cruciali e strategiche del ciclo di gestione della performance. La trasparenza, pertanto, è intesa come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sul sito istituzionale aziendale www.asp.sr.it.

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

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

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

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

- Indicazione nominativa dei responsabili della pubblicazione secondo l’atto aziendale;
- Individuazione di referenti per la pubblicazione dei dati nella sezione “Amministrazione trasparente”, con specifica formazione;
- Coinvolgimento degli stakeholder per l’individuazione e gestione delle esigenze di trasparenza.
- Nel presente documento, in continuità con i precedenti, si prende atto delle attività finalizzate al rispetto delle normative vigenti in materia di trasparenza, e specificatamente:
- Nel sito web istituzionale www.asp.sr.it la sezione Amministrazione Trasparente è raggiungibile dalla Home page;

Con deliberazione n. 102 del 29.1.2020, è stato nominato il nuovo Responsabile della Trasparenza, come indicato all’art.3 del presente piano, nonché il referente aziendale per la Trasparenza (art 1, c. 7, 60, 61 legge 6 novembre 2012, n. 190 -Conferenza Unificata n. 79 del 24 luglio 2013 art. 2), nella persona della Dott.ssa Agata di Giorgio – Responsabile dell’Ufficio Stampa e Responsabile della gestione del sito web aziendale titolare dell’incarico di Funzione Professionale denominata “Ufficio Stampa/Responsabile della Trasparenza;

Per tutte le Direzioni/Uffici/Settori dell’Azienda sono state attivate le caselle di posta elettronica, raggiungibili tramite link diretto ed è stato creato un canale di comunicazione dedicato per i portatori d’interesse con l’istituzione della e-mail dedicata alla trasparenza (trasparenza@asp.sr.it).

INDIVIDUAZIONE REFERENTI PER LA PUBBLICAZIONE DEI DATI/DOCUMENTI

I Direttori delle UUOOCC hanno indicato al Responsabile della Trasparenza un proprio Referente per la pubblicazione con il compito di provvedere, dopo adeguata formazione personalizzata effettuata dal Responsabile della Trasparenza, alla pubblicazione e all'aggiornamento di dati/documenti/informazioni nella Sezione del sito internet "Amministrazione Trasparente" e nelle pagine di pertinenza nel rispetto dell'Allegato B "Obblighi di pubblicazione" che individua, sulla base della griglia prevista dal dlgs 33/2013 e 97/2016 la tempistica di pubblicazione e aggiornamento e individua i dirigenti responsabili della pubblicazione. Nell'anno in corso sono stati richiesti alle UU.OO.CC. che ancora non avevano provveduto ad indicare il proprio referente per le attività di pubblicazione e aggiornamento di dati e documenti di competenza con nota prot. n. 0006459 del 17/1/2024 con la quale, tra l'altro, è stato richiesto l'aggiornamento tempestivo della sezione Tipologie di procedimento in relazione agli obblighi di pubblicazione dei procedimenti amministrativi e con successive note, periodicamente, l'aggiornamento delle sezioni secondo gli obblighi di pubblicazione previsti.

OBIETTIVI, INIZIATIVE E PERCORSI DI INTERAZIONE DEL PROGRAMMA

L'ASP di Siracusa al fine di continuare il percorso della promozione e dell'effettiva estrinsecazione dei valori etici dell'integrità, della legalità e della trasparenza, individua i seguenti obiettivi strategici.

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

Gli obiettivi specifici del presente Programma, finalizzati alla comunicazione ed interazione con il cittadino/utente, sono:

- Razionalizzare e migliorare le informazioni esistenti ed assicurare la conoscenza diffusa dei servizi erogati;
- Semplificare il rapporto con l'utenza, migliorando i processi di ascolto;
- Rendere più accessibili e fruibili i dati dell'Azienda;
- Consolidare i rapporti di fiducia e favorire maggiore partecipazione dei portatori d'interesse.

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

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

Il Programma per la trasparenza rappresenta uno degli aspetti fondamentali della fase di pianificazione strategica all'interno del ciclo della performance e permette di rendere pubblici agli stakeholder di riferimento i programmi di attività, il loro stato di attuazione e i risultati

conseguiti, con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività.

Infatti la trasparenza deve essere assicurata, non soltanto sotto un profilo "statico", consistente essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati, così come prevista dalla legge, ma anche sotto il profilo "dinamico" direttamente correlato alla performance.

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

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

IL RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA

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

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

- svolgere un'attività di coordinamento e controllo sull'adempimento da parte dell'Amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa, con particolare riferimento alla continuità, completezza, chiarezza ed aggiornamento delle informazioni;
- predisporre ed aggiornare il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, quale sezione del piano triennale di prevenzione della corruzione;
- controllare e assicurare la regolare attuazione dell'istituto dell'accesso civico;
- segnalare all'Organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione della performance (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) e, nei casi più gravi, all'ufficio procedimenti disciplinari i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

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

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

Per l'anno 2024, secondo gli obblighi contenuti nella deliberazione ANAC n. 213 del 23 aprile 2024, l'OIV aziendale ha provveduto alla validazione della sezione Amministrazione Trasparente dell'ASP di Siracusa attestando il grado di assolvimento degli obblighi di deliberazione chiusa ed acquisita al sistema ANAC con numero di registrazione 47418. La documentazione, completata al 31 maggio 2024 nella piattaforma ANAC, è stata pubblicata in data 3 luglio 2024 nell'area prevista della sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale

Con deliberazione n. 0830 del 18/12/2024 l'ASP di Siracusa ha provveduto alla composizione del nuovo OIV con la nomina del presidente e n. 2 componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione della performance dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa in forma collegiale.

INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA

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

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

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

- Formazione, tramite corsi (webinar) in materia di trasparenza e integrità rivolti ai dipendenti attraverso l'UOS Formazione Permanente.
- Forme di comunicazione e coinvolgimento dei cittadini in materia di trasparenza e integrità sia sul sito istituzionale, sia con altre forme per soggetti che non utilizzano tecnologie informatiche quali diffusione a mezzo stampa e canali social.
- Azioni di comunicazione e Giornate della Trasparenza agli stakeholder esterni ed interni in funzione della evoluzione della curva pandemica.
- Azioni da intraprendere in materia di accessibilità per l'utilizzo sempre più ampio di programmi che producano documenti in formato standard.
- Verifica della accessibilità dei formati dei documenti presenti sul sito e assunzione di iniziative per rimuovere eventuali ostacoli all'accesso. Nel corso dell'anno, saranno pianificati ed organizzati incontri con i cittadini, gli stakeholder con il personale dipendente e, altresì iniziative di formazione in materia di trasparenza ed integrità per la condivisione e l'illustrazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e del programma per la trasparenza e l'integrità nonché del Piano della Performance.

Al fine di rendere ancora più performante e responsive il sito internet aziendale, in concorso con l'UOC SIFA, è stato realizzato un nuovo sito internet aziendale con una nuova piattaforma con l'obiettivo di migliorare la consultazione del sito internet aziendale ottimizzandola anche per la visualizzazione con tablet e cellulari.

Nel mese di dicembre 2024 l'ASP di Siracusa ha messo in rete il nuovo sito web aziendale sviluppato secondo il modello nazionale per le ASL disponibile su Designers Italia distinguendosi come una delle prime due Aziende sanitarie italiane, insieme all'Azienda Sanitaria di Ferrara, per avere completato con successo questo progetto innovativo, segnando un importante traguardo per l'intero sistema sanitario italiano. Il progetto, completato con l'asseverazione del Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri, rientra nella misura 1.4.1 "Esperienza del cittadino nei servizi pubblici" del PNRR.

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

ORGANIZZAZIONE E RISULTATI ATTESI DELLE GIORNATE DELLA TRASPARENZA E DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Le Giornate dedicate alla Trasparenza, costituiscono un momento per fornire informazioni sia sul Piano Anticorruzione e sul Programma per la Trasparenza che sul Piano e Relazione della performance, a tutti i soggetti a vario titolo interessati e coinvolti (stakeholder sia interni che esterni).

Le giornate in argomento costituiscono, altresì l'occasione per condividere esperienze e risultati della valutazione del "clima" lavorativo, del livello dell'organizzazione del lavoro, oltre che del grado di condivisione del Sistema di valutazione.

Gli eventi saranno organizzati con strumenti telematici e in presenza in modo da rendere più diretto ed interattivo il rapporto con associazioni e organismi rappresentativi dei principali fruitori dei servizi dell'Azienda attraverso un focus sui fondamentali risultati raggiunti ed un'analisi delle potenzialità da sviluppare e delle opportunità di miglioramento.

PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA: ATTIVITÀ

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

Fermo restando che la responsabilità del dato e della relativa pubblicazione non afferisce ai referenti per la pubblicazione ma ai Direttori/Responsabili individuati nell'Allegato 1 Elenco Obblighi di pubblicazione allegato al Piano aggiornato al 22/1/2024, i Referenti per la

pubblicazione individuati garantiscono, insieme ai Responsabili di riferimento, il rispetto degli obblighi di pubblicazione, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale. Gli incaricati della pubblicazione ed immissione diretta sul sito, svolgeranno le loro funzioni dopo aver ottenuto il rilascio delle specifiche credenziali dal Responsabile del sito aziendale, a seguito dell'apposita formazione.

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

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

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

MODALITÀ DI PUBBLICAZIONE E AGGIORNAMENTO DATI

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

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

- comunicazioni, informazioni e disposizioni operative, emanate prioritariamente attraverso modalità semplificate (posta elettronica, ecc.)
- qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell'esercizio delle proprie prerogative di vigilanza.
- Il Responsabile del Sito e Responsabile per la trasparenza espleta le proprie funzioni di coordinamento, controllo e monitoraggio sulle attività dei Referenti per la pubblicazione delle diverse UU.OO. attraverso le seguenti modalità:
- Formazione ed aggiornamento dei referenti per la pubblicazione;
- organizzazione e supervisione di specifici gruppi di lavoro;
- messa a disposizione di materiale e documentazione di specifico interesse sulla rete informativa aziendale;
- qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell'esercizio delle proprie prerogative di coordinamento, controllo e monitoraggio dell'attività dei Referenti per la trasparenza.

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

Per garantire la regolarità dei flussi informativi, il Responsabile del Sito e Responsabile della Trasparenza vigilerà sulla attività dei referenti della pubblicazione per il rispetto degli obblighi di

pubblicazione e di aggiornamento nonché sulla tipologia di dati e atti pubblicati, ricadenti sui Responsabili delle Unità Operative.

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

L'attività di vigilanza sarà altresì svolta:

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

ACCESSO AGLI ATTI

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

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

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

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

Tali termini sono sospesi nel caso di comunicazione dell'istanza al controinteressato durante il tempo stabilito dalla norma per consentire allo stesso di presentare eventuale opposizione (10 giorni dalla ricezione della comunicazione). In caso di accoglimento, l'amministrazione provvede a trasmettere tempestivamente al richiedente i dati o i documenti richiesti, ovvero, nel caso in cui l'istanza riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D. Lgs. n. 33/2013, a pubblicare sul sito i dati, le informazioni o i documenti richiesti e a comunicare al richiedente l'avvenuta pubblicazione dello stesso, indicandogli il relativo collegamento ipertestuale. Laddove vi sia stato, invece, l'accoglimento della richiesta di accesso civico nonostante l'opposizione del controinteressato, l'Azienda è tenuta a darne comunicazione a quest'ultimo. I dati o i documenti richiesti possono essere trasmessi al richiedente non prima di quindici giorni dalla ricezione della stessa comunicazione da parte del controinteressato, ciò anche al fine di consentire a quest'ultimo di presentare eventualmente richiesta di riesame o ricorso al giudice amministrativo (cfr. art. 5, commi7-9).

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

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

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

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

Tutela dell'Accesso Civico

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

TIPOLOGIA DEI PROCEDIMENTI

In applicazione del D.lgs 33/2013 art. 35 c.1, 2, come modificato dal dlgs 97/2016 (Obblighi di pubblicazione relativi ai procedimenti amministrativi e ai controlli sulle dichiarazioni sostitutive e l'acquisizione d'ufficio dei dati) e al D.lgs 241/90 e smi (Norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi) nella sezione "Amministrazione Trasparente – Tipologie di procedimento", con richiamo in evidenza nella home page, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa pubblica nel sito internet aziendale in tabelle, distinti per aree amministrativa, sanitaria ospedaliera e sanitaria territoriale, gli uffici ai quali rivolgersi con i rispettivi dati relativi alle tipologie di procedimento di propria competenza, ai responsabili dei procedimenti e dell'istruttoria nonché al responsabile della vigilanza della

posta elettronica assegnata dal nuovo sistema di protocollazione, al nominativo del sostituto in caso di inerzia e tutte le altre informazioni previste dalla normativa.

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Nella tabella, allegata al presente atto (Allegato N.1), "Elenco degli obblighi di pubblicazione aggiornamento al 22/01/2024, sono evidenziate le aree e le strutture dell'Amministrazione coinvolte nella pubblicazione degli obblighi di trasparenza e le relative responsabilità. L'elenco è aggiornato secondo l'Allegato n. 9 al PNA 2022 per la sezione Bandi di gara e contratti.

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

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

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E TRASPARENZA DEI CONTRATTI PUBBLICI, NOVITA' DAL 1/01/2024

Con l'avvio della piena digitalizzazione dei contratti pubblici a partire dal 1 gennaio 2024, sono scattate anche novità dal punto di vista degli obblighi di pubblicazione.

Con la delibera n. 601 del 19 dicembre 2023, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha aggiornato e integrato la delibera n. 264 del 20 giugno 2023 riguardante la trasparenza dei contratti pubblici. Il provvedimento individuava gli atti, le informazioni e i dati del ciclo di vita dei contratti pubblici, oggetto di trasparenza. L'Autorità fornisce ora ulteriori e specifici chiarimenti sulle modalità di assolvimento di tali obblighi di pubblicazione.

DIGITALIZZAZIONE DEI CONTRATTI PUBBLICI

Come è noto dal 1° gennaio 2024 ha acquistato piena efficacia la disciplina del nuovo Codice dei contratti pubblici, approvato con decreto legislativo 31 marzo 2023 n. 36, che prevede la digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici.

La digitalizzazione si applica a tutti i contratti sottoposti alla disciplina del Codice, ossia contratti di appalto o concessione, di qualunque importo, nei settori ordinari e nei settori speciali.

La digitalizzazione dell'intero ciclo di vita di un contratto pubblico comporta che le fasi di programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione vengano gestite mediante piattaforme di approvvigionamento digitale certificate. Di conseguenza, questa

Azienda, qualora intendesse affidare un contratto di appalto o concessione, di qualunque importo, deve ricorrere alla piattaforma di approvvigionamento digitale certificata per provvedere a tale affidamento.

La UOC SIFA ha provveduto, affidando a Ditta esterna, all'acquisizione della suddetta piattaforma per l'approvvigionamento secondo gli standard di certificazione previsti.

Indicazioni dettagliate relativamente all'avvio del processo digitalizzazione sono fornite nel Comunicato adottato, d'intesa con il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, con la delibera n. 582 del 13 dicembre 2023, consultabile sul sito ANAC al seguente link:

https://www.anticorruzione.it/-/delibera-n.-582-del-13-dicembre-2023-adozione-comunicato-relativo-avvio-processo-digitalizzazione

DAL 1° GENNAIO 2024 DIGITALIZZAZIONE INTEGRALE DEGLI APPALTI: INDICAZIONI CONGIUNTE ANAC-MIT

Dal 1° gennaio 2024 la digitalizzazione integrale del ciclo degli appalti ha acquisito piena efficacia, come previsto dal nuovo Codice degli Appalti e dagli impegni presi con il Pnrr.

Sono venuti meno i regimi transitori di pubblicità legale nei contratti pubblici, le attività riguardanti il ciclo di vita dei contratti pubblici e rientranti nell'ecosistema di approvvigionamento digitale e l'utilizzo delle piattaforme di approvvigionamento digitale certificate da parte delle stazioni appaltanti e centrali di committenza qualificate, anche con riserva. La disciplina in tema di digitalizzazione è applicabile anche alle procedure di affidamento comprese nel Pnrr avviate a partire dal 1° gennaio 2024. E' quanto stabilisce la delibera predisposta da Anac, d'intesa con il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, per assicurare alle stazioni appaltanti e agli operatori economici l'esaustività delle indicazioni relative all'intero ciclo di vita dei contratti pubblici.

INTEROPERABILITA' DELLA BANCA DATI NAZIONALE DEI CONTRATTI PUBBLICI

Dal 1° gennaio 2024, la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici di Anac ha reso disponibili, mediante interoperabilità, i servizi e le informazioni necessari allo svolgimento delle fasi dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici, anche per garantire l'assolvimento degli obblighi di trasparenza previsti all'articolo 28 del Codice.

Al fine di consentire il passaggio ai nuovi sistemi, il 31 dicembre 2023, sono state modificate le condizioni di utilizzo del sistema Simog ed è stato dismesso il servizio SmartCIG. A decorrere dal 1° gennaio 2024 è stata attivata da Anac la Piattaforma dei Contratti Pubblici che interopera con le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate dalle stazioni appaltanti per la gestione di tutte le fasi del ciclo di vita dei contratti pubblici, tra cui il rilascio del Cig (codice identificativo gara) per le nuove procedure di affidamento e l'assolvimento degli obblighi di pubblicità in ambito comunitario e nazionale, nonché degli obblighi di trasparenza.

Tale processo di digitalizzazione richiede alle stazioni appaltanti, e quindi all'ASP di Siracusa, e agli enti concedenti la necessità di cambiare le modalità di svolgimento delle procedure di gara, imponendo loro, in primo luogo, l'utilizzo di piattaforme di approvvigionamento digitale certificate e interoperabili, di cui l'ASP di Siracusa si è dotata.

ADEMPIMENTI LEGGE 190/2012 ART. 1, COMMA 32

Considerato che la BDNCP dal 1° gennaio 2024 assicura la pubblicazione dei dati individuati all'art. 28, co. 3, del nuovo codice, tra cui quelli già previsti dall'art. 1, co. 32, della legge 190/2012 pertanto

abrogato dal nuovo codice, l'Autorità ha chiarito che:

- Non è più prevista, per alcuna procedura contrattuale, la predisposizione del file XML e l'invio ad ANAC della PEC, entro il 31 gennaio, con indicazione del luogo di pubblicazione di detto file; di conseguenza, perdono di efficacia le relative specifiche tecniche che disciplinavano le modalità di compilazione e pubblicazione del file XML e di invio ad ANAC della dichiarazione di adempimento.
- Per i contratti conclusi entro il 2023: gli obblighi di pubblicazione dei dati in questione risultano adempiuti pubblicando nella sezione "Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti" le informazioni di cui all'art. 4 della delibera 39/2016 in formato digitale standard aperto, secondo le modalità indicate dalla stessa delibera.
- Per i contratti non conclusi entro il 2023: la trasparenza degli stessi dati già previsti dall'art. 1, co. 32 della l. 190/2012 e ora indicati nell'art. 28, co. 3 del nuovo codice, è assolta mediante comunicazione tempestiva degli stessi, cioè nell'immediatezza della loro produzione, alla BDNCP tramite SIMOG (cfr. Comunicato congiunto ANAC-MIT, delibera 582 del 13 dicembre 2023).

L'ASP Siracusa ha pubblicato in "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Bandi di gara e contratti", il link tramite il quale si accede alla sezione della BDNCP dove sono pubblicate, per ogni procedura di affidamento associata a un CIG, tutte le informazioni che ASP Siracusa quale stazione appaltante ha trasmesso attraverso SIMOG.

Per i contratti la cui procedura si avvia dal 1° gennaio 2024: la trasparenza dei dati già previsti dall'art. 1, co. 32 della l. 190/2012, e ora indicati nell'art. 28 co. 3 del nuovo codice, è assolta mediante la trasmissione degli stessi dati alla BDNCP attraverso la piattaforma di approvvigionamento digitale certificate acquisita dall'Azienda. ASP Siracusa ha provveduto ad inserire sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto e che includono anche quelli indicati all'art. 28, co. 3 del nuovo codice.

SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Assetto Organizzativo

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

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

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

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

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

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

L'Atto Aziendale individua i seguenti dipartimenti:

1 Dipartimenti strutturali

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

2 Dipartimenti funzionali:

A) Ambito Territoriale

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

B) Ambito Ospedaliero

- Dipartimento dell'Area Chirurgica
- Dipartimento dell'Area Medica

- Dipartimento Materno Infantile

- Dipartimento dell'Emergenza

- Dipartimento Oncologico

- Dipartimento dei Servizi Area Radiologica

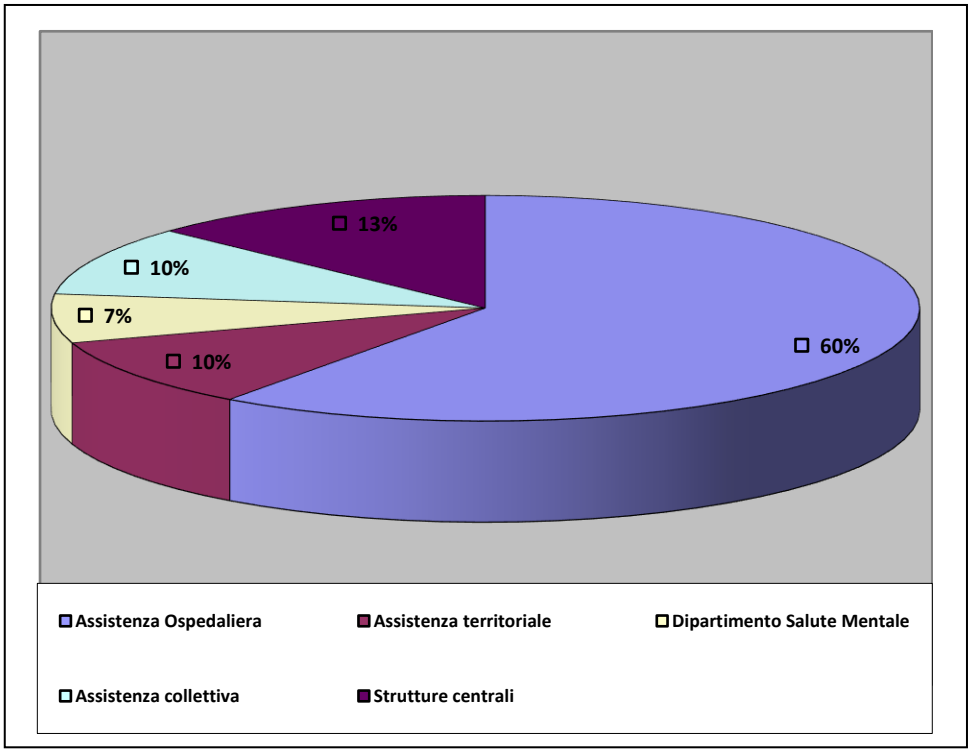
- Dipartimento dei Servizi e dell'Area Igienico Organizzativa

- Dipartimento Amministrativo

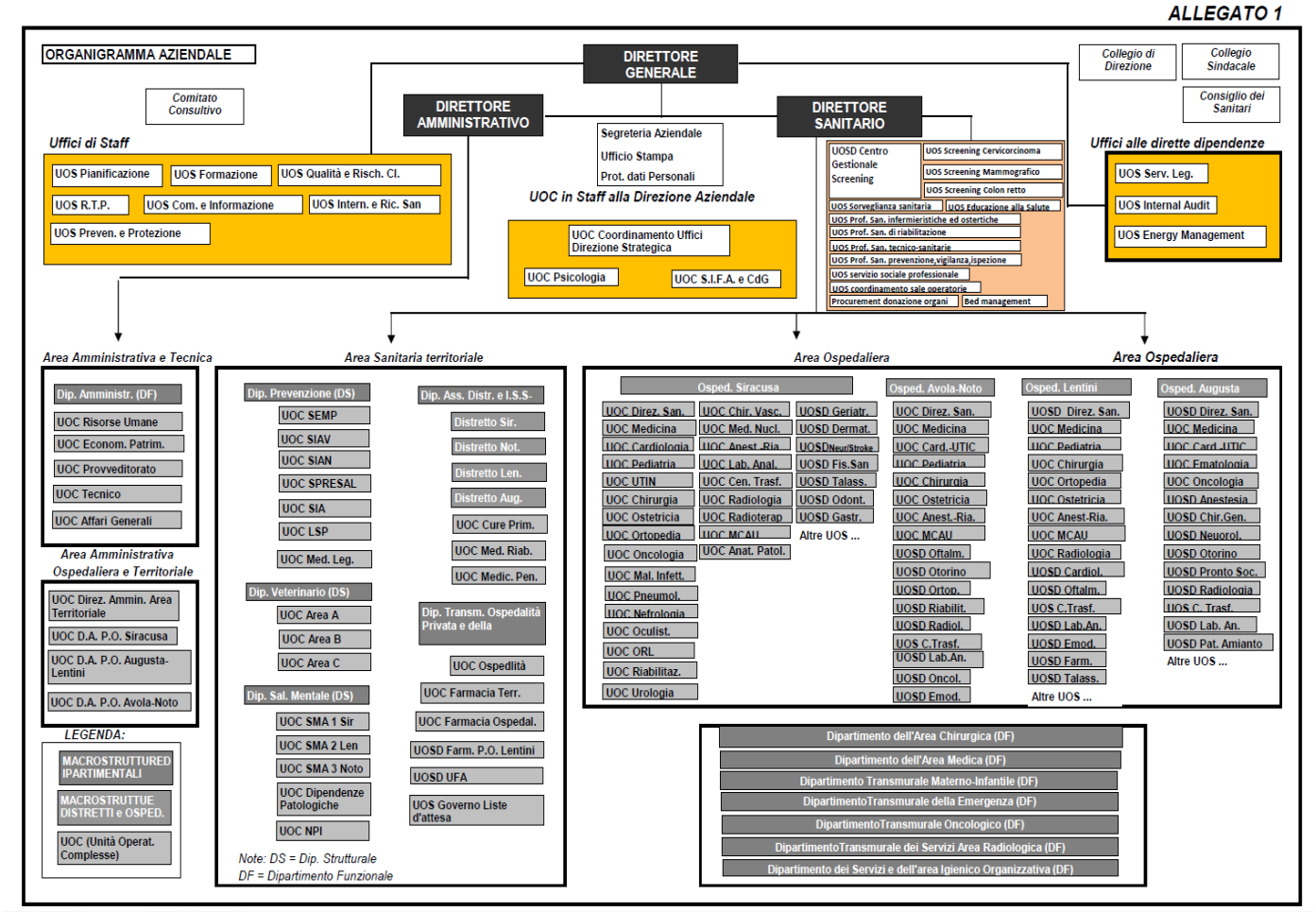
Per il dettaglio delle strutture organizzative complesse e semplici ricadenti ai dipartimenti si rimanda allo scheletro organizzativo dell'atto aziendale (organigramma all. n. 1)

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

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



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



3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Quadro normativo

Il quadro normativo riferito al lavoro agile nelle Pubbliche Amministrazioni, risulta alquanto complesso in relazione anche alle circostanze che hanno determinato interventi necessari in materia in occasione del periodo emergenziale legato alla pandemia da Covid-19.

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

Segue la Legge 22 maggio 2017, n.81, recante "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato" definendo il lavoro agile quale "…modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. Si prevede che la prestazione lavorativa debba essere eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza

una posizione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva". Inoltre, si prevedeva l'estensione del lavoro agile anche al pubblico impiego, in quanto compatibile "nei rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, secondo le direttive emanate anche ai sensi dell'articolo 14 della legge 7 agosto 2015,n.124,e fatta salva l'applicazione delle diverse disposizioni specificamente adottate per tali rapporti".

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

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

A seguito della situazione pandemica dettata dall'emergenza sanitaria COVID-19, le pubbliche amministrazioni si sono viste costrette repentinamente ad adottare una serie di misure efficacia contenere la diffusione del virus. Dal mese di marzo 2020 il lavoro agile nella Pubblica Amministrazione subisce una brusca accelerata.

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

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

Il lavoro agile sarebbe dovuto diventare una modalità necessitata ed ordinaria di svolgimentodellaprestazionelavorativaconunadisciplinasostanzialmentederogatoriarispettoalle previsioni contenute nella Legge n. 81/2017 prevedendo la possibilità di prescindere dalla stipula degli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dalla legge 22 maggio 2017,n.81.

In data 17 marzo 2020 con decreto-legge n. 18 "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" l'art. 87 (come modificato dal decreto legge 14 agosto 2020,n.104) ha previsto che "fino alla cessazione dello stato diemergenzaepidemiologicadaCOVID-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 da18a23,dellalegge22maggio2017,n.81".Lanormaprevedechelaprestazionelavorativain 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 lavoroeall'economia,nonchédipolitichesocialiconnesseall'emergenzaepidemiologicadaCOVID19” , convertito con modificazioni con Legge 17 luglio 2020 n.77, ha disposto all'art. 263comma 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 ottobre2009, n. 150. Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo che, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, almeno il 60% dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative”. L’obiettivo del Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) è dunque la definizione della modalità agile quale modalità ordinaria del lavoro all’interno delle amministrazioni pubbliche con il coinvolgimento dei lavoratori, per tutte quelle attività che possono essere svolte nella modalità a distanza.

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

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

Il presente documento - in applicazione dell'art. 263 comma 4-bis del DL. 34/2020 di modificadell'art.14 della Legge 7 agosto 2015, n.124 è redatto secondo le disposizioni dettate dalle suindicate linee guida e tiene conto del del DPR 24-6-2022 n. 81 art. 4.

Obiettivi del lavoro agile

In linea con la più recenti normative, con il lavoro agile l’ASP di Siracusa intende perseguire i seguenti obiettivi principali:

- Sviluppare maggior autonomia e senso di responsabilizzazione del dipendente nellaproduttivitàenellaqualitàdellavoro.
- Agevolare la conciliazione dei tempi di vita privata e professionale, permettendo unamaggioresoddisfazioneeflessibilitànell’organizzazionedellavoro.
- Sviluppareediffondereunaculturaorientataairisultati,ancheattraversoilbilanciamento dell’usodelletecnologiedigitaliconitradizionalistrumentidi collaborazione.

- Valorizzare le competenze del personale mediante la formazione delle tecnologie digitali,migliorandoilbenessere organizzativo.
- Promuoverel'inclusionelavorativadeidipendentiinsituazionedifragilità.
- Promuovere un miglioramento qualitativo dei servizi resi alla collettività in termini diefficienzaed efficacia.

Livello di attuazione e sviluppo

Come fatto rilevare nel PIAO 2022-2024 e nel PIAO 2023-2025, causa il protrarsi dell'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del Covid-19 fino al 31marzo 2022 ed alle successive scadenze del 2022, l'ASP di Siracusa l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa, il ricorso all'attività di smart working è avvenuto, come per tutte le altre Pubbliche Amministrazione, in coincidenza con l'insorgere dell'emergenza pandemica legata alla diffusione del Covid-19. Non vi è dubbio, pertanto, che tale circostanza ha consentito di testare una modalità di lavoro ancora non attuata per i vincoli di legge all'epoca vigenti.

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

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

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

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

- organizzare il proprio Ufficio assicurando, su base giornaliera, settimanale o plurisettimanale, lo svolgimento del lavoro agile alle percentuali, via via previste dalla normative, di personale preposto alle attività che possono essere svolte secondo tale modalità, dando priorità ai lavoratori fragile cui deve essere garantita ogni soluzione utile ad assicurare lo svolgimento di attività in modalità agile anche attraverso l'adibizione a diversa mansione ricompresa nella medesima categoria;

- favorire la rotazione (secondo i criteri di cui al Decreto Ministero della Pubblica Amministrazione del 19-10-2020) del personale in smart working al fine di assicurare un'equilibrata alternanza tra lo svolgimento dell'attività in modalità agile ed in presenza ed in quest'ultimo caso, deve tenere in debito conto le prescrizioni sanitarie vigenti per il distanziamento interpersonale, adeguando la presenza dei lavoratori negli ambienti di lavoro a quanto stabilito nei documenti di valutazione dei rischi;
- individuare delle fasce temporali di flessibilità oraria, compatibili con il normale svolgimento dell'attività lavorativa, al fine di evitare concentrazioni di personale durante l'accesso agli ambienti di lavoro e l'uscita dal contesto di lavoro;
- monitorare e verificare le prestazioni rese in modalità agile sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo, garantendo che tale modalità assicuri il buon andamento dell'attività da parte dell'Ufficio a cui è preposto e la continuità amministrativa dell'attività aziendale.
- assegnare ai lavoratori da remoto obiettivi specifici e misurabili ed il cui conseguimento risulti tracciabile.

Nella tabella sottostante vengono riportati idati del personale in smartworking presso l'ASP di Siracusa nell'anno 2024, in applicazione della normative a tutela dei fragili.

QualificaPersonale	Quantità
Collaboratore Amministrativo Senior	1
Collaboratore Professionale Ass.San.	1
TOTALE	**2**

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

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

Il primo puntuale intervento di Contrattazione collettiva è rinvenibile nel CCNL 2019-2021 del Comparto Sanità, sottoscritto il 2-11-2022, che al Titolo VI-Lavoro a distanza si occupa al Capo I del Lavoro agile (art. 76-80).

Successivi interventi in di Contrattazione Collettiva sono rinvenibili:

- nel C.C.N.L 2019-2021 dell' Area Sanità, sottoscritto0 il 24-01-2024 che al Titolo IX-Lavoro a distanza si occupa al Capo I del Lavoro agile (art. 92-96).
- nel C.C.N.L 2019-2021 dell' Area Funzioni Locali - Dirigenza PTA, sottoscritta dalle parti il 16-07-2024 che al Titolo III - Lavoro a distanza si occupa, al Capo I, del Lavoro agile (art. 11-12).

La più recente Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri-Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29-12-2023 sottolinea che il lavoro agile "da strumento emergenziale si è progressivamente riappropriato della sua reale natura di strumento organizzativo ed ha dunque trovato disciplina nell'ambito della contrattazione collettiva, che ne ha tratteggiato le caratteristiche necessarie ad un suo armonioso utilizzo nell'ambito delle pubbliche amministrazioni".

Modalità attuative

Nella attuazione delle modalità di svolgimento delle lavoro agile si dovrà tener conto della richiamata intervenuta contrattazione collettiva che con riferimento al personale del comparto e dell'Area Sanità, disciplina la più ampia categoria del "Lavoro a distanza" declinato nelle due diverse tipologie di "Lavoro Agile" e "Lavoro da remoto" come previsto nello specifico:

a) nel Titolo VI del CCNL Comparto 2019-2021 "Lavoro a distanza" declinato nelle due diverse tipolgie del "Lavoro agile" (artt. 76-80) e del "Lavoro da remoto"(art. 81), prevedendo anche un confronto in ordine alla individuazione delle attività che possono essere svolte in lavoro agile.
b) nel Titolo IX del CCNL Area Sanità 2019-2021 "Lavoro a distanza" declinato nelle due diverse tipolgie del "Lavoro agile (artt. 92-96) e "Lavoro da remoto" (art. 97).

Nel CCNL 2019-2021 dell'Area Funzioni Locali-Dirigenza PTA, sottoscritto il 16-7-2024, si fa invece riferimento alla sola categoria del Lavoro Agile (art.11-12)

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, come previsto nei CC.CC.NN.LL. di categoria, il personale dipendente a rapporto di lavoro subordinato.

Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non modifica la natura del rapporto di lavoro in atto. Fatti salvi gli istituti contrattuali non compatibili con la modalità a distanza, il dipendente conserva i medesimi diritti e

gli obblighi nascenti dal rapporto di lavoro in presenza ivi incluso il diritto ad un trattamento economico non inferiore a quello complessivamente applicato nei confronti dei lavoratori che svolgono le medesime attribuzioni esclusivamente

all'interno dell'Azienda o Ente.

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

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

Coinvolti, infine, nei diversi ambiti di competenza, anche alcuni organismi aziendali quali Comitato Unico di Garanzia, per gli aspetti relative alla utilizzazione del lavoro agile come strumento di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata in funzione del benessere organizzativo, l'OIV, per la valutazione della performance che con riguardo al lavoro agile

privilegia il raggiungimento degli obiettivi alla prestazione in se considerate, ed Responsabile della Transizione digitale con riferimento alle infrastrutture digitali a consentire e favorire lo sviluppo del lavoro agile, gli Organismi paritetici per l'innovazione e le delegazioni trattanti delle diverse aree contrattuali in sede di confronto.

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, avvalendosi della esperienza di quanto è già stato parzialmente testato nel periodo pandemico, mediante l'utilizzo di basilari misure organizzative, con la necessaria implementazione delle attività da svolgere in modalità agile a seconda delle effettive dotazioni tecnologiche, ecc.; andranno altresì implementati e attuati i percorsi formativi delle risorse umane, cui fanno espresso e specifico riferimento le norme dei CCNL già firmati e in fase di sottoscrizione. Punti di partenza , pertanto, sono: la valutazione dell'esperienza pregressa rispetto a forme di lavoro a distanza; l'analisi del contesto interno; la raccolta ed elaborazione delle informazioni in merito al fabbisogno aziendale, ai bisogni dei dipendenti nonché analisi sulla più recente normativa in materia;
- Una seconda fase di sviluppo intermedio, con il recepimento delle richiamate disposizioni dei CC.CC.NN.LL. che riguardano il Lavoro a distanza nei Contratti Integrativi Aziendali e con la redazione di un apposito regolamento, frutto di confronto aziendale con i diversi soggetti coinvolti, in primis le delegazioni trattanti delle diverse aree, laddove i CCNL prevedono che i criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi, siano oggetto di confronto aziendale. A tal riguardo il CIA del comparto Sanità sottoscritto il 31-10-2024, già introduce una prima regolamentazione del lavoro a distanza in ordine ai soggetti destinatari;
- Una terza fase di sviluppo avanzato, con l'implementazione della modalità lavorativa in lavoro agile, anche al fine del miglioramento dell'impatto ambientale ed economico generale andando ad evolvere verso un modello di adozione organico e funzionale a tutta l'Azienda indotto da una macroprogrammazione triennale che porti al coinvolgimento di tutti i settori e le UOC e che influenzi in modo determinante e innovativo il Piano della Performance implementando il lavoro agile con nuovi modelli organizzativi.

Gli effetti positivi attesi per l'implementazione del lavoro agile potrebbero svilupparsi anche sull'innovazione organizzativa e sul miglioramento dei servizi che l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa si prefigge di offrire sul territorio. Occorre tener conto che la modalità applicativa del lavoro agile in un'Azienda Sanitaria ha delle caratteristiche ovviamente differenti rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, non soltanto per la tipologia di attività che, nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, ma anche, nel caso specifico, per le dimensioni del territorio e per la complessità organizzativa dell'Azienda che naturalmente condizionano le modalità di applicazione.

La messa a regime dello strumento "lavoro agile" costituisce un'ulteriore leva organizzativa per il miglioramento dell'attività amministrativa dell'ASP di Siracusa, in coerenza con la finalità

dell'Azienda di valorizzare il lavoro per obiettivi, come ormai il processo di budget ha da tempo stimolato a fare.

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

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

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

Come previsto nelle richiamate disposizioni dei CC.CC.NN.LL. del personale della Sanità, rimangono esclusi dal lavoro agile i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili, attività ispettive, di polizia giudiziaria.

L'individuazione della modalità "Lavoro da remoto", attiva quanto meno con il CCNL Comparto Sanità 2019-2021 e con il CCNL dell'Area Sanità 2019-2021, determinerà la necessità di definire anche i contorni di distinzione rispetto alla modalità Lavoro Agile. Per il Lavoro da remoto si possono sin d'ora individuare le principali distinzioni tenuto conto che, in linea di massima, presenta i caratteri del vecchio telelavoro; pertanto può essere utilizzato per svolgere attività ordinaria al domicilio del dipendente con supporti tecnologici forniti dall'azienda e nel rispetto dell'orario ordinario.

3.3 Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale

Con D.A. n. 22/2019 l'Assessorato della Salute ha emanato la Nuova Rete Ospedaliera Siciliana, che ha comportato modifiche all'Atto Aziendale.

L'ASP di Siracusa, pertanto, con delibera n. 1006 del 30/12/2019, ha adeguato il proprio Atto Aziendale alla Nuova Rete, approvato con D.A. n. 163 del 5/3/2020.

Con successivo D.A. n. 2201/2019, l'Assessorato della Salute ha emanato Linee guida per la rideterminazione dei Piani del Fabbisogno e Dotazioni Organiche stabilendo a tal uopo precise metodologie, criteri e standard, l'Azienda ha predisposto Nuova Dotazione Organica e Piano del Fabbisogno secondo lo schema tipo Assessoriale.

Le suddette Linee Guida sono state successivamente integrate con nota n. 5462 del 29/1/2021 al fine di aggiornare le stesse in relazione agli interventi normativi adottati a seguito dell'emergenza pandemica da COVID-19, adeguando così le stesse alla misure di potenziamento della rete ospedaliera previste dal D.A. n. 614/2020, attuativo del D.L. n.34/2020 conv. in L.n.77/2020, e rideterminando per l'di Siracusa il tetto di spesa per il personale in € 189.311.000,00, comprensivo dei seguenti incrementi:

- finanziamenti aggiuntivi di cui al D.A. n. 614/2020 (potenziamento dei posti letto di Terapia Intensiva e semintensiva sulla base dei nuovi posti letto previsti con D.A. n.34/2020);

- finanziamento previsto dall'art. 1 D.L. n. 34/2020 conv. in L. n.77/2020 (Infermieri di famiglia o di comunità, il cui numero, proporzionale alla popolazione residente è pari a 64 unità e cioè n.8 infermieri per ogni 50.000 abitanti)
- -potenziamento degli organici di DSM con i terapisti della riabilitazione psichiatrica;
- -finanziamento aggiuntivo per l'istituzione di un team ADI/COVID multi professionale per l'assistenza domiciliare integrata a pazienti COVID positivi o in attesa di esito di tampone.

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

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

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

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

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

La dotazione organica è stato oggetto di successive modifiche ed integrazioni, nell'invarianza di costi e di unità di personale, con deliberazione n. 816 del 16-7-2022, n. 82 del 19-1-2023 e n. 1124 del 25-8-2023, rimanendo adeguata al tetto di spesa di cui alla nota prot. n. 5462 del 29-1-2021.

Nell' anno 2023, si procede all' aggiornamento del piano triennale del fabbisogno. Con delibera n. 750 del 30-5-2023 è adottato il Piano triennale del Fabbisogno 2023-2025, redatto in coerenza alla ricognizione del personale avente i requisiti di stabilizzazione ai sensi delle Direttive assessoriali prot. n. 24514 del 26-4-2023 e successive prot. nn 30047 e 30060 del 23-5-2023.

Con nota prot. n. 37284 del 3-7-2023 l'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento Pianificazione Strategica-Servizio 1, formula osservazioni riscontrate con le note prot. n. 61191 del 10-7-2023 , prot. n. 61477 dell'11-7-2023, con le quali l'Azienda relaziona trasmette anche, per il conseguente esame da parte dell'Assessorato, il Piano triennale del Fabbisogno 2023-2025 aggiornato.

Nel contempo con successiva nota prot. n. 43887 del 4-8-2023 l'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento Pianificazione Strategica-Servizio 1 che fornisce ulteriori chiarimenti in merito all'applicazione dei protocolli d'intesa sottoscritti con le OO.SS. del comparto sanità e della dirigenza sanitaria, nella parte riguardante i criteri di priorità delle procedure di stabilizzazione del personale precario;

L’ Azienda inoltra il Piano triennale del fabbisogno 2023-2025, aggiornato nel rispetto del 50% delle risorse assunzionali da destinare all’esterno per come previsto al punto 1) della richiamata nota assessoriale prot. n. 43887 del 4-8-2023;

Quindi l’Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento Pianificazione Strategica-Servizio 1 nota prot. n. 51405 del 29-9-2023 prende atto del documento programmatorio rimodulato ai sensi della normativa in materia di stabilizzazione del personale precario e, conseguentemente l’azienda con delibera 1278 del 13-10-2023 adotta il Piano del Fabbisogno triennale 2023-2025 di cui alla tabella.

Con il presente documento si procede all’aggiornamento del Pianto del fabbisogno del personale predisponendo quello relativo al triennio 2025-2027 come da tabella che segue:

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO 2025-2027

AREA DIRIGENZIALE SANITARIA

Profilo regione	Profilo	Posti in D.O. attuale (A)	Costo unitario (B)	Costo personale D.O. attuale (C)	Posti coperti al 31/12/24 a T.I. (D)	Costo personale al 31-12-2024 (E)	Vacanti al 31-12-2024 (F)	Cessazioni per limiti di età 2025 (G)	Vacanti nel corso del 2025 (H) (F+G)	Posti coperti nal corso del 2025 (I) (A-H)	costo (L) (IxB)	Vacanti UOC NON STABILIZZABILI	Destinati a Concorso comprensivi di UOC	Destinati a Stabilizzazioni	2025 Destinati a concorso	2025 Destinati a Stabilizzazioni	2026 Destinati a concorso	2026 Destinati a Stabilizzazioni	2027 Destinati a concorso	2027 Destinati a Stabilizzazioni	2025 Destinati a concorso	2025 Destinati a Stabilizzazioni	Costo personale al 31-12-2025	2026 Destinati a concorso	2026 Destinati a Stabilizzazioni	Costo personale al 31-12-2026	2027 Destinati a concorso	2027 Destinati a Stabilizzazioni	Costo personale al 31-12-2027
SDDAMM01	Medico	924	99.125,80	91.592.239	586	58.087.718,80	338	17	355	569	56.402.580	26	353	2	79	2	63		211		7.830.938,20	198.251,60	64.431.770,00	6.244.925,40	-	70.676.695,40	20.915.543,80	-	91.592.239,20
SDDAMA02	Veterinario	37	103.284,07	3.821.511	29	2.995.238,03	8	1	9	28	2.891.954	1	9		6		3		0		619.704,42	-	3.511.658,38	309.852,21	-	3.821.510,59	-	-	3.821.510,59
SDDBAA02	Biologo	23	87.952,39	2.022.905	21	1.847.000,19	2		2	21	1.847.000	1	1	1	1	1					87.952,39	87.952,39	2.022.904,97	-	-	2.022.904,97	-	-	2.022.904,97
SDDBAA03	Chimico	3	93.240,00	279.720	3	279.720,00	-	1	1	2	186.480		1				1				-	-	186.480,00	93.240,00	-	279.720,00	-	-	279.720,00
SDDBAA01	Psicologo	47	78.658,72	3.696.960	41	3.225.007,52	6	1	7	40	3.146.349		3	4		4	3				-	314.634,88	3.460.983,68	235.976,16	-	3.696.959,84	-	-	3.696.959,84
SDDBAA04	Fisico	3	66.210,00	198.630	2	132.420,00	1		1	2	132.420		1				1		0		-	-	132.420,00	66.210,00	-	198.630,00	-	-	198.630,00
SDDBAA05	Pedagogista	6	78.680,00	472.080	6	472.080,00	-	1	1	5	393.400		1						1		-	-	393.400,00	-	-	393.400,00	78.680,00	-	472.080,00
SDDBAA06	Dirigente delle professioni sanitarie	8	64.170,00	513.360	4	256.680,00	4		4	4	256.680		4				2		2		-	-	256.680,00	128.340,00	-	385.020,00	128.340,00	-	513.360,00
SDDBAF01	Farmacista	27	89.402,96	2.413.880	24	2.145.671,04	3	1	4	23	2.056.268	1	3	1	1	1	2				89.402,96	89.402,96	2.235.074,00	178.805,92	-	2.413.879,92	-	-	2.413.879,92
		1078		105.011.285	716	69.441.535,58	362	22	384			29	376	8	87	8	75	0	214	0	8.627.997,97	690.241,83	76.631.371,03	7.257.349,69	-	83.888.720,72	21.122.563,80	-	105.011.284,52

COMPARTO E PTA

Profilo regione	Profilo	Posti in D.O. attuale (A)	Costo unitario (B)	Costo personale D.O. attuale (C)	Posti coperti al 31/12/24 a T.I. (D)	Costo personale al 31-12-2024 (E)	Vacanti al 31-12-2024 (F)	Cessazioni per limiti di età 2025 (G)	Vacanti nel corso del 2025 (H) (F+G)	progressioni verticali in entrata (I)	progressioni verticali in uscita (L)	Posti coperti nal corso del 2025 (M) (A-H+I-L)	Costo (N) (MxB)	Destinati a Concorso	Destinati a Stabilizzazioni	2025 Destinati a concorso	2025 Destinati a Stabilizzazioni	2026 Destinati a concorso	2026 Destinati a Stabilizzazioni	2027 Destinati a concorso	2027 Destinati a Stabilizzazioni	2025 Destinati a concorso	2025 Destinati a Stabilizzazioni	Costo personale al 31-12-2025	2026 Destinati a concorso	2026 Destinati a Stabilizzazioni	Costo personale al 31-12-2026	2027 Destinati a concorso	2027 Destinati a Stabilizzazioni	Costo personale al 31-12-2027
SCCCII01	Infermiere	1313	45.090,93	59.204.391	1268	57.175.299,24	45	25	70			1.243	56.048.025,99	35	35	4	15	51				180.363,72	676.363,95	56.904.753,66	2.299.637,43	-	59.204.391,09	-	-	59.204.391,09
	Infermiere di famiglia	64	45.090,93	2.885.820	0	-	64		64			-	-	64		64						2.885.819,52	-	2.885.819,52	-	-	2.885.819,52	-	-	2.885.819,52
SCCCII04	Infermiere pediatrico	5	45.920,00	229.600	1	45.920,00	4		4			1	45.920,00	3	1	3	1					137.760,00	45.920,00	229.600,00	-	-	229.600,00	-	-	229.600,00
SCCCIA05	Ostetrica	60	43.983,33	2.639.000	47	2.067.216,51	13	1	14			46	2.023.233,18	13	1	11	1	2				483.816,63	43.983,33	2.551.033,14	87.966,66	-	2.638.999,80	-	-	2.638.999,80
SCCCIA03	Dietista	5	43.260,00	216.300	1	43.260,00	4		4			1	43.260,00	4				4				-	-	43.260,00	173.040,00	-	216.300,00	-	-	216.300,00
SCCETD01	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	69	47.865,51	3.302.720	66	3.159.123,66	3	2	5			64	3.063.392,64	5		1		2		2		47.865,51	-	3.111.258,15	95.731,02	-	3.206.989,17	95.731,02	-	3.302.720,19
SCCETD02	Tecnico sanitario di radiologia medica	83	44.734,94	3.713.000	79	3.534.060,26	4	1	5			78	3.489.325,32	5		1		2		2		44.734,94	-	3.534.060,26	89.469,88	-	3.623.530,14	89.469,88	-	3.713.000,02
SCCGAS01	Profilo Atipico Sanitario	1	43.170,00	43.170	1	43.170,00	-		-			1	43.170,00									-	-	43.170,00	-	-	43.170,00	-	-	43.170,00
SCCEAT06	Tecnico di neurofisiopatologia	4	44.730,00	178.920	2	89.460,00	2		2			2	89.460,00	2		2						89.460,00	-	178.920,00	-	-	178.920,00	-	-	178.920,00
SCCEAT05	Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	1	44.730,00	44.730	0	-	1		1			-	-	1		1						44.730,00	-	44.730,00	-	-	44.730,00	-	-	44.730,00
SCCDRR03	Fisioterapista	46	39.390,00	1.811.940	34	1.339.260,00	12	1	13			33	1.299.870,00	13		13						512.070,00	-	1.811.940,00	-	-	1.811.940,00	-	-	1.811.940,00
SCCDRR10	Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale	6	36.620,00	219.720	3	109.860,00	3		3			3	109.860,00	3				2		1		-	-	109.860,00	73.240,00	-	183.100,00	36.620,00	-	219.720,00
SCCDRR11	Terapista della neuro epsicomotricista dell'età evolutiva	2	44.035,84	88.072	2	88.071,68	-		-			2	88.071,68									-	-	88.071,68	-	-	88.071,68	-	-	88.071,68
SCCFTP01	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	64	48.790,04	3.122.563	51	2.488.292,04	13	1	14			50	2.439.502,00	14		10		2		2		487.900,40	-	2.927.402,40	97.580,08	-	3.024.982,48	97.580,08	-	3.122.562,56
SCCDRR01	Educatore professionale	5	38.030,00	190.150	1	38.030,00	4	1	5			-	-	3	2		2	3				-	76.060,00	76.060,00	114.090,00	-	190.150,00	-	-	190.150,00
SCCCIA01	Assistente sanitario	9	44.111,11	397.000	7	308.777,77	2		2			7	308.777,77	2				2				-	-	308.777,77	88.222,22	-	396.999,99	-	-	396.999,99
SCCDRR08	Tecnico audiometrista	2	41.250,00	82.500	2	82.500,00	-		-			2	82.500,00									-	-	82.500,00	-	-	82.500,00	-	-	82.500,00
SCCDRR07	Ortottista – assistente di oftalmologia	6	38.130,00	228.780	5	190.650,00	1	1	2			4	152.520,00	2		2						76.260,00	-	228.780,00	-	-	228.780,00	-	-	228.780,00
SCCDRR04	Logopedista	5	36.150,00	180.750	2	72.300,00	3		3			2	72.300,00	3		2		1				72.300,00	-	144.600,00	36.150,00	-	180.750,00	-	-	180.750,00
	RUOLO SOCIO-SANITARIO					-	-		-			-	-									-	-	-	-	-	-	-	-	-
TCCMTS01	Assistente sociale	40	41.495,00	1.659.800	30	1.244.850,00	10	1	11			29	1.203.355,00	11				7		4		-	-	1.203.355,00	290.465,00	-	1.493.820,00	165.980,00	-	1.659.800,00
TCCMTT01	Operatore socio sanitario	168	35.010,00	5.881.680	117	4.096.170,00	51	4	55	25		138	4.831.380,00	24	6	20	6	4				700.200,00	210.060,00	5.741.640,00	140.040,00	-	5.881.680,00	-	-	5.881.680,00
	RUOLO AMMINISTRATIVO					-	-		-			-	-									-	-	-	-	-	-	-	-	-
ADDNAD01	Dirigenti amministrativi	27	98.950,00	2.671.650	20	1.979.000,00	7	1	8			19	1.880.050,00	8		3		3		2		296.850,00	-	2.176.900,00	296.850,00	-	2.473.750,00	197.900,00	-	2.671.650,00
ACCOAC04	Collaboratore amministrativo	83	43.070,00	3.574.810	53	2.282.710,00	30	1	31	14		66	2.842.620,00	17		17						732.190,00	-	3.574.810,00	-	-	3.574.810,00	-	-	3.574.810,00
ACCOAC01	Assistente amministrativo	74	40.700,00	3.011.800	54	2.197.800,00	20	4	24	4	14	40	1.628.000,00	17	17	17	17					691.900,00	691.900,00	3.011.800,00	-	-	3.011.800,00	-	-	3.011.800,00
ACCOAC03	Coadiutore amministrativo	199	31.170,00	6.202.830	181	5.641.770,00	18	4	22		4	173	5.392.410,00	26		13		13				405.210,00	-	5.797.620,00	405.210,00	-	6.202.830,00	-	-	6.202.830,00
ACCOAC02	Commesso	1	26.970,00	26.970	1	26.970,00	-		-			1	26.970,00									-	-	26.970,00	-	-	26.970,00	-	-	26.970,00
	RUOLO PROFESSIONALE					-	-		-			-	-									-	-	-	-	-	-	-	-	-
PDDHPD02	Ingegnere	7	81.160,00	568.120	7	568.120,00	-		-			7	568.120,00									-	-	568.120,00	-	-	568.120,00	-	-	568.120,00
PDDHPD01	Avvocato	1	81.160,00	81.160	0	-	1		1			-	-							1		-	-	-	-	-	-	81.160,00	-	81.160,00
PDDHPD03	Architetto	1	81.160,00	81.160	0	-	1		1			-	-							1		-	-	-	-	-	-	81.160,00	-	81.160,00
PCCIPC03	Specialista della comunicazione istituzionale	5	43.170,00	215.850	5	215.850,00	-		-			5	215.850,00									-	-	215.850,00	-	-	215.850,00	-	-	215.850,00
PCCIPC04	Specialista nei rapporti con i media, giornalista pubblico	1	43.170,00	43.170	1	43.170,00	-		-			1	43.170,00									-	-	43.170,00	-	-	43.170,00	-	-	43.170,00
PCCIPC01	Assistente religioso	2	30.930,00	61.860	2	61.860,00	-	1	1			1	30.930,00					1				-	-	30.930,00	30.930,00	-	61.860,00	-	-	61.860,00
PCCIPC08	Personale religioso in convenzione	0	0,00	0	0	-	-		-			-	-									-	-	-	-	-	-	-	-	-
	RUOLO TECNICO					-	-		-			-	-									-	-	-	-	-	-	-	-	-
TDDLDT01	Analista	3	81.160,00	243.480	2	162.320,00	1		1			2	162.320,00	1		1						81.160,00	-	243.480,00	-	-	243.480,00	-	-	243.480,00
TDDLDT02	Statistico	1	63.960,00	63.960	1	63.960,00	-		-			1	63.960,00									-	-	63.960,00	-	-	63.960,00	-	-	63.960,00
TDDLDT03	Sociologo	3	77.840,00	233.520	1	77.840,00	2	1	3			-	-	3				3				-	-	-	233.520,00	-	233.520,00	-	-	233.520,00
TDDLDT04	Altro dirigente tecnico	1	64.170,00	64.170	0	-	1		1			-	-							1		-	-	-	-	-	-	64.170,00	-	64.170,00
TCCMTA04	Collaboratore tecnico	15	43.170,00	647.550	10	431.700,00	5		5	1		11	474.870,00	2	2		2	2				-	86.340,00	561.210,00	86.340,00	-	647.550,00	-	-	647.550,00
TCCMTA01	Assistente tecnico	6	28.820,00	172.920	2	57.640,00	4	-	4	2	1	3	86.460,00	3				3				-	-	86.460,00	86.460,00	-	172.920,00	-	-	172.920,00
TCCMTA02	Programmatore	24	35.170,00	844.080	9	316.530,00	15		15			9	316.530,00	7	8	7	8					246.190,00	281.360,00	844.080,00	-	-	844.080,00	-	-	844.080,00
TCCMTA05	Operatore tecnico	103	37.600,29	3.872.830	76	2.857.622,04	27	2	29			74	2.782.421,46	15	14		14	15				-	526.404,06	3.308.825,52	564.004,35	-	3.872.829,87	-	-	3.872.829,87
TCCMTT02	Operatore tecnico addetto all'assistenza	5	35.850,00	179.250	0	-	5		5			-	-									-	-	-	-	-	-	179.250	-	179.250,00
TCCMTA03	Ausiliario specializzato	93	32.548,39	3.027.000	60	1.952.903,40	33	10	43		25	25	813.709,75	68		68						2.213.290,52	-	3.027.000,27	-	-	3.027.000,27	-	-	3.027.000,27
		2613		112.208.745	2204		409	62	471	46	44	2.144	92.762.314,79	374	86	260	66	122	0	16	0	10.430.071,24	2.638.391,34	105.830.777,37	5.288.946,64	-	111.119.724,01	1.089.020,98	-	112.208.745
	COSTO Dotazione organica			217.220.030																			anno 2025	182.462.148,40		anno 2026	195.008.444,73		anno 2027	217.220.029,51
	50 % Massa finanziaria spesa-Risorse assunzionali per procedure stabilizzazione ruolo non dirigenziale												46.381.157,40																	

Gli importi sono rispettosi del tetto di spesa (189.311.000) di cui alla nota prot. n. 5462 del 29-1-2021 e sono coerenti con i prospetti di dotazione organica e fabbisogno del personale di cui alla deliberazione n. 165 del 8-2-2022 e successive integrazioni e modifiche.

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

Per il superamento del precariato e la riduzione dei contratti a termine attraverso la valorizzazione della professionalità acquisita dal personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, si consoliderà il ricorso, ove e nei limiti del consentito, alle procedure di reclutamento speciale previste dall’articolo 20 del decreto legislativo n. 75/2017 e dall’art. 1, comma 268 della L. 234/2021;

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

a. 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;

b. 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;
c. Procedure concorsuali;
d. Assunzioni obbligatorie ex L 68/1999.

In particolare per il comparto, con delibera n. 873 del 24-12-2024 è stato stabilito di predisporre gli atti conseguenziali derivanti dalla definizione del Contratto Integrativo Aziendale 2019/2021 approvato con deliberazione n. 753 del 04/12/2024 relativamente all'avvio delle procedure previste dalle normative vigenti, sia in tema di progressioni verticali sia per l'indizione dei concorsi pubblici che per la definizione delle procedure di stabilizzazione

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

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

Nella redazione del PTFP si è tenuto conto anche dell'andamento delle cessazioni del personale [annuali e nell'arco del triennio) devono essere attentamente monitorate. Tutte le cessazioni di cui e possibile tener conto in anticipo in quanto collegate ad una data certa (es. per collocamento a riposo per limiti di età o per recesso) vanno integrate con le cessazioni che si determinano per motivi non preventivabili (es. mobilità) al fine di consentire gli opportuni aggiornamenti. Così come va effettuato il Monitoraggio degli istituti di assenza: particolare attenzione occorrerà prestare all'andamento delle assenze, in particolare a quelle di medio-lunga durata, cosi come vanno monitorati gli esoneri da alcuni tipi di turnazioni. Si pensi, ad esempio, ai permessi ex L.104/92 e al correlato congedo straordinario biennale per assistenza a familiari disabili, ai permessi e distacchi/aspettative sindacali, alle assenze per maternità/congedi parentali. A seguito della rideterminazione del piano di fabbisogno ed ai fini del monitoraggio e della verifica del rispetto del tetto di spesa, l'Azienda si riserva, anche in connessione con l'andamento dei processi di riorganizzazione, razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, di predisporre un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato, determinato ed altre tipologie di lavoro flessibile.

In tutte le procedure di reclutamento i bandi, in ossequio al principio della parità di genere, saranno predisposti in modo da garantire la parità e le pari opportunità tra unomini e donne per l'accesso al lavoro così come stabilito dall normativa vigente quale la Legge n. 125 del 10-4-1991.-

Trattenimento in Servizio

Come noto, l'articolo 1, comma 165, della legge di bilancio per il 2025, ha introdotto la possibilità, per tutte le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, di trattenere in servizio, non oltre il compimento del settantesimo anno di età e nel limite massimo del 10 per cento delle facoltà assunzionali disponibili a legislazione vigente, il personale, dirigenziale e non dirigenziale; alla suddetta norma è seguita la recente circolare del Ministro della Pubblica Amministrazione del 20-1-2025. Con riferimento all'applicazione di tale istituto, tenuto conto, come precisato dalla suddetta circolare, che la norma non ha attribuito alcun diritto o automatismo al trattenimento in sevizio, l'Azienda si

riserva di individuare il personale di cui ritiene necessario il trattenimento in Servizio sulla base dei criteri esplicitati dalla norma quali le esigenze organizzative e/o funzionali non diversamente assolvibili che dovessero emergere nell'ambito del Settore in cui il personale interessato opera.

Qualora sussistenti tali condizioni, l'Azienda potrà individuare il personale cui richiedere il trattenimento in Servizio, valutata l'entità delle esigenze stesse e commisurando conseguentemente anche la durata del trattenimento in Servizio. In tali casi, l'Azienda procederà alla revisione annuale della consistenza del personale dipendente a tempo indeterminato, come già avviene nelle ipotesi di "mantenimento in Servizio" previsto dalla normative vigente per la Dirigenza Sanitaria e gli operatori sanitari.

FORMAZIONE DEL PERSONALE

Per l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa, la formazione continua e l'aggiornamento professionale, rappresentano uno strumento necessario per favorire il cambiamento di comportamenti individuali e collettivi, nell'ambito delle attività che ogni operatore svolge nel contesto organizzativo dell'azienda e nel promuovere lo sviluppo professionale a garanzia della qualità e dell'innovazione dei servizi. Svolge un ruolo prioritario in tutti gli ambiti organizzativi in cui la qualità delle "prestazioni" dipende essenzialmente dalle risorse umane e dall'organizzazione delle relative attività, migliorando la qualità delle prestazioni rivolte ai cittadini, la qualità dell'assistenza erogata e garantendo il rispetto dei livelli minimi assistenziali indicati nel Piano Sanitario Nazionale.

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

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

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

- le scelte strategiche e i programmi mirati allo sviluppo delle professionalità in linea con i cambiamenti organizzativi e il miglioramento della cultura relazionale;
- la trasversalità dei momenti formativi aziendali di aree e lo sviluppo dell'interazione tra le varie professionalità;
- i bisogni tecnico-scientifici di settore;

- l'interscambio culturale con le Aziende Sanitarie, la Regione, la Provincia e le altre istituzioni;
- l'effettuazione di un maggior numero di momenti formativi interni in grado di introdurre una maggiore flessibilità dell'organizzazione e di rispondere in modo più adeguato agli obiettivi strategici aziendali;
- la diffusione delle conoscenze acquisite per il miglioramento delle varie attività aziendali;
- la valutazione dell'efficacia dell'apprendimento individuale e del cambiamento organizzativo.

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

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

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

Con il D.D.G. 1380/12 – "Decreto accreditamento provvisorio Aziende del SSR", la Regione Sicilia ha istituito il "sistema Regionale ECM" ed ha accreditato provvisoriamente come "Provider ECM Regionale" l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa con il codice identificativo n°423.

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

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

A livello strutturale, attualmente è dotata di due aule di formazione attrezzate di computer, videoproiettori, lavagne Lime interattive, a fogli mobili, amplificazione audio e collegamento internet. L'unità operativa, inoltre si avvale di un software per la governance di tutti i processi formativi.

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

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

- si relazionano con il Responsabile dell'U.O.S. Formazione Permanente e seguono le direttive inerenti la formazione;
- Collaborano con il Responsabile della struttura in cui operano ed attuano le eventuali specifiche indicazioni ove richieste dall'U.O.S. Formazione Permanente in merito alle segnalazioni;
- Danno opportuna diffusione a tutte le comunicazioni attinenti il processo formativo;
- Collaborano con i propri Direttori nella rilevazione dei bisogni formativi e nella stesura delle proposte formative;
- attraverso il "portale web della formazione":
    - procedono all'iscrizione degli operatori, alle attività formative;
    - informano il personale interessato dell'iscrizione ai corsi;
    - monitorano l'andamento dei crediti ECM conseguiti annualmente dagli operatori, garantendone pari opportunità.

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

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

Per facilitare e rendere più efficace il processo di individuazione delle figure professionali necessarie per la realizzazione delle attività formative è stato deliberato (n°705 del 14.05.2021) è approvato il Regolamento di accesso e funzionamento dell'Albo docenti interni/esterni. Sono stati costituiti due elenchi, il primo interno ed è rivolto al personale dipendente dell'Azienda, il secondo è finalizzato alla selezione di professionisti esterni in qualità di docenti, laddove si verifichi l'impossibilità di ricorrere a personale interno per mancanza delle specifiche professionalità richieste. Gli elenchi vengono periodicamente aggiornati. Le procedure di individuazione e nomina dei Docenti per le attività formative sono descritte nel Regolamento di accesso e funzionamento dell'Albo docenti interni/esterni". Sia il regolamento che i moduli per la presentazione delle istanze e gli elenchi aggiornati sono reperibili presso la sezione "Documentazione" sul "Portale web della Formazione" all'indirizzo https://serviziweb.inaz.it/formaz_aspsr/Index.aspx.

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

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

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

Oltre alla tradizionale modalità di formazione in "aula", verranno ulteriormente implementate le attività di formazione sul campo:

- Training on the job, tecnica formativa operata sul campo, ossia nel proprio posto di lavoro, attraverso l'affiancamento, l'assistenza e la riflessione organizzata, con i propri strumenti di lavoro e su casi e problemi reali, pratici e quotidiani;
- Internal Audit, saranno ampiamente sviluppate con la funzione di generare nelle organizzazioni un dialogo orientato a migliorare l'efficacia e la velocità di apprendimento delle comunità di lavoro e di pratica;

- Comunità di pratica nella gestione per PDTA, per l'effettiva buona riuscita di un percorso clinico, la multidisciplinarità è un aspetto determinante, per cui è necessario che i professionisti si uniscano in un team di lavoro e operino in maniera collegiale, confrontandosi e scambiandosi esperienze, per arrivare ad un prodotto finale che sia il più possibile condiviso.

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

Destinatari esterni sono soggetti a vario titolo interessati quali, ad esempio, personale dipendente di altri Enti e Aziende Sanitarie, professionisti della Sanità e dei Servizi Sociali che partecipano ai corsi di formazione rivolti al personale dipendente o ad altri corsi organizzati su richiesta di clienti esterni.

L'A.S.P. di Siracusa intende garantire equità di accesso agli eventi formativi, che devono essere realizzati nel rispetto delle pari opportunità tra generi e secondo un calendario che consenta la partecipazione dei destinatari, senza alterare il corso della normale attività lavorativa. In tale prospettiva, in base al numero dei destinatari, laddove necessario è previsto lo svolgimento in più edizioni di uno specifico evento formativo.

È necessaria una distinzione tra la formazione che deriva da poteri discrezionali da quella obbligatoria, laddove disposizioni di legge prevedano specifici interventi formativi collegati allo svolgimento di particolari attività. In tale ambito il quadro normativo più articolato in tal senso è quello previsto dal d. lgs n. 81/2008, inerente la sicurezza sul lavoro, con particolari disposizioni contenute negli articoli 36 e 37, e dal D.M. del 02.09.2021, inerente la formazione dei lavoratori incaricati di attuare le misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze nei luoghi di lavoro, rischio alto e rischio medio. Le Amministrazioni devono assicurare altresì la formazione obbligatoria anche ai responsabili del trattamento dei dati personali (art. 19, comma 6, all. b del d.lgs. n. 196/2003 - GDPR n. 2016/679) ed agli operatori deputati a gestire tali dati. Va anche assicurato che gli adempimenti previsti per l'applicazione della legge 190 del 6 novembre 2012 in materia di "prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione", siano realizzati al fine di individuare tutti gli interventi idonei a prevenire, nelle strutture sanitarie regionali, i rischi specifici di corruzione e di illegalità. Tali temi saranno tutti oggetto di formazione anche nell'anno 2025.

L'A.S.P. di Siracusa ha, inoltre, aderito al "Fondo Paritetico Interprofessionale per la formazione continua del terziario" – Fon.Ter. – che promuove, secondo le modalità fissate dall'art. 1178 della L. n°388/2000, piani formativi aziendali, territoriali o settoriali concordati tra le parti sociali, rivolti al personale a tempo determinato. Nell'ambito delle attività formative proposte e da realizzare con la collaborazione dell'U.O.S.

Formazione Permanente, alla luce dell'analisi del fabbisogno formativo aziendale, nell'ambito dell'avviso n.3/2024 Generalista, saranno svolti nell'anno 2025 i seguenti percorsi formativi realizzati in più edizioni:

- Digital Health: fascicolo sanitario elettronico e cartella clinica digitale
- Uso appropriato del farmaco e dell'antibiotico
- Prevenzione e sorveglianza delle infezioni correlate (ICA)
- Gender Equality: verso la certificazione di parità UNI/PdR 125:2022
- Il ruolo delle Azienda Sanitarie nella transizione green
- Innovazione e digitalizzazione nella sanità: PNRR e strutture di comunità nell'ASP di Siracusa
- La normativa sulla gestione dei rifiuti sanitari
- La responsabilità professionale tra le linee guida, Legge Gelli-Bianco e riscontro autoptico
- Contrattualistica: le novità contrattuali e il nuovo "infermiere di comunità"

Il principio guida nell'elaborazione del presente Piano di Formazione Annuale, è quello di dare priorità alle nuove sfide formative valorizzando le professionalità interne, alle quali associare esperienze scientifiche e professionali.

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

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

Nel mese di ottobre 2024 ai Direttori di Dipartimento, Direttori dei Presidi Ospedalieri, Direttori dei distretti, Responsabili UOSD/UOS e ai Referenti per la Formazione, è stata inviata una nota al fine di presentare proposte formative, in linea con il reale bisogno formativo delle specificità professionali presenti nelle singole unità operative. Per la presentazione delle proposte formative, è stato utilizzato il format pubblicato sul portale web della Formazione alla voce "documentazione", che rappresenta uno strumento di sintesi in cui vengono esplicitati tra gli altri gli obiettivi di apprendimento, i contenuti didattici, la metodologia di insegnamento, le professioni coinvolte e il Responsabile Scientifico. L'inserimento delle proposte nel Piano Formativo Aziendale è stato quindi attuato attraverso un processo di analisi delle stesse, dei bisogni rilevati nelle strutture organizzative (criticità individuate come suscettibili di miglioramento attraverso interventi formativi), delle competenze professionali da acquisire e/o sviluppare.

Il Piano Formativo Aziendale per l'anno 2025 è così strutturato (vedi "Quadro sinottico"):

- Progetti formativi aziendali n°43
- Edizioni previste n°132
- Giornate di formazione n°182
- Ore di formazione n°1288
- Operatori coinvolti n°3575

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

- Sviluppare e sostenere le conoscenze e le competenze relative alla sicurezza e prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, per migliorare ed aumentare:
  - la cultura della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro e del benessere dei lavoratori;
  - la consapevolezza dei problemi legati alla salute e sicurezza sul lavoro e della comprensione del valore dell'impegno verso la sicurezza;
  - il cambiamento dei modelli comportamentali dei lavoratori e dei datori di lavoro nonché abitudini di vita che migliorino le condizioni di salute in generale;
- Sviluppare e sostenere le capacità comunicativo-relazionali, viste come componente fondamentale della professionalità, necessarie ad affrontare positivamente e costruttivamente i rapporti interpersonali, inevitabili in ambito sanitario, con le persone assistite e con gli altri operatori. In particolare si ritiene necessario sviluppare comportamenti che pongano l'attenzione sulla centralità della persona, improntati al rispetto, capacità di condivisione e compartecipazione alle scelte e decisioni, capacità di valorizzazione del contributo individuale.
- Sviluppare e sostenere le competenze nella gestione dell'emergenza-urgenza, anche attraverso l'addestramento alle tecniche rianimatorie del personale sanitario selezionato.
- Sviluppare le competenze per garantire la qualità assistenziale attraverso l'utilizzo di strumenti conoscitivi e metodologici per la costruzione integrata di Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), all'interno dei quali vengono esplicitati i livelli di stratificazione per intensità assistenziale e diversi ambiti di competenza delle professionalità coinvolte.

- Sviluppare e aggiornare le competenze tecnico-professionali per rispondere efficacemente alla domanda di diagnosi, terapia ed assistenza, coerentemente con le continue innovazioni scientifiche basate sull'evidenza e le linee guida di riferimento.
- Sviluppare e diffondere la cultura della centralità del paziente e della personalizzazione delle terapie nella prassi medica multidisciplinare, negli ambiti della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, che tengano conto delle variabili biologiche, ambientali, culturali, psicologiche e socioeconomiche, determinate dal genere in considerazione del loro impatto sulla fisiologia, sulla patologia e sulle caratteristiche cliniche della malattia (sinteticamente medicina di genere).
- Sviluppare conoscenze e competenze sui nuovi modelli organizzativi dell'assistenza territoriale, in particolare a quelle poste dal recente D.M. 77/22, quale strumento operativo per la realizzazione della Missione 6 Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Le aree tematiche della formazione sono:

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

QUADRO SINOTTICO ATTIVITA' FORMATIVE ANNO 2025

AREA SICUREZZA DEI LAVORATORI E DEI PAZIENTI

STRUTTURE PROPONENTI	TITOLO	OBIETTIVO FORMATIVO ECM	TARGET	EDIZIONI	PARTECIPANTI PER EDIZIONE	PARTECIPANTI TOTALI	IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	SALUTE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO D. LGS. 81/2008	27	OPERATORI IN POSSESSO DELL'ATTESTATO DI 4 ORE IN MODALITA' FAD	7	35	245	12
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	SALUTE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO D. LGS 81/08	27	PREPOSTI	5	35	175	12
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	AGGIORNAMENTO CORSO DI FORMAZIONE PER RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA	27	RAPPRESENTANTI LAVORATORI PER LA SICUREZZA AZIENDALI (RLS)	1	4	4	8
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO BASE FORMAZIONE PER RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA	27	RAPPRESENTANTI LAVORATORI PER LA SICUREZZA AZIENDALI (RLS)	1	4	4	32
DIPARTIMENTO TRANSMURALE DEI SERVIZI AREA RADIOLOGICA E SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	RADIOPROTEZIONE AI SENSI DEL D. LGS 101/2020	27	OPERATORI SANITARI E NON ESPOSTI AL RISCHIO DI RADIOPROTEZIONE	6	35	210	6
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	RISCHIO CONNESSO ALLA MANIPOLAZIONE DI SORGENTI RADIOATTIVE NON SIGILLATE E ALL'UTILIZZO DI ACCELLERATORI LINEARI MEDICALI	27	OPERATORI DELLE U.O.C. DI MEDICINA NUCLEARE E DI RADIOTERAPIA	2	15	30	4
U.O.S. FORMAZIONE PERMANENTE	SALUTE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO D. LGS 81/08 IN MODALITA FORMAZIONE A DISTANZA	27	PERSONALE DIPENDENTE, NEO ASSUNTI, LIBERI PROFESSIONISTI, CONVENZIONATI, SPECIALIZZANDI E TIROCINANTI	1	CLASSE VIRTUALE DI 250	250	4

AREA EMERGENZA/URGENZA

STRUTTURE PROPONENTI	TITOLO	OBIETTIVO FORMATIVO ECM	TARGET	EDIZIONI	PARTECIPANTI PER EDIZIONE	PARTECIPANTI TOTALI	IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA-URGENZA	BASIC LIFE SUPPORT – D (BLS-D) ADULTO, BAMBINO, LATTANTE	6	PRIORITARIAMENTE MEDICI E INFERMIERI DELL'AREA EMERGENZA – URGENZA; PERSONALE SANITARIO DELLE ALTRE UNITA' OPERATIVE	16	12	192	8
DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA-URGENZA U.O.C. ANESTESIA P.O. AVOLA-NOTO UOSD CARDIOLOGIA P.O. LENTINI UOC CARDIOLOGIA P.O. AVOLA-NOTO	TARGETING ZERO: GESTIONE DEGLI ACCESSI VASCOLARI	6	INFERMIERI DELLE UNITA' OPERATIVA DI: MCAU; ANESTESIA E RIANIMAZIONE; RADIOLOGIA; ONCOLOGIA; MEDICINA, CHIRURGIA, CARDIOLOGIA E NEUROLOGIA DEI PP.OO. AZIENDALI	6	30	180	5
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA-URGENZA UOC MCAU P.O. UMBERTO I UOC MCAU P.O. LENTINI	TRIAGE INTRAOSPEDALIERO	6	INFERMIERI DELLE UU.OO.CC. DI MCAU	2	30	60	16
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE UOC NEONATOLOGIA/UTIN PO UMBERTO I	CORSO TEORICO-PRATICO RIANIMAZIONE NEONATALE IN SALA PARTO	6	PERSONALE SANITARIO DELLE UU.OO.CC. DI: GINECOLOGIA, PEDIATRIA, NEONATOLOGIA E ANESTESIAE E RIANIMAZIONE	5	30	150	8
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE UOCO PEDIATRIA PO LENTINI	EMERGENZA IN SALA PARTO E STABILIZZAZIONE DEL NEONATO CRITICO PRE-TRASPORTO	6	PERSONALE SANITARIO DELLE UU.OO.CC. DI: GINECOLOGIA, PEDIATRIA, NEONATOLOGIA E ANESTESIAE E RIANIMAZIONE	5	25	125	8

AREA TECNICO/SCIENTIFICA/SANITARIA

STRUTTURE PROPONENTI	TITOLO	OBIETTIVO FORMATIVO ECM	TARGET	EDIZIONI	PARTECIPANTI PER EDIZIONE	PARTECIPANTI TOTALI	IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE
U.O.C. MEDICINA TRASFUSIONALE DEL P.O. UMBERTO I	AFERESI TERAPEUTICA E PRODUTTIVA	3	PERSONALE DELLE UNITA' OPERATIVE COINVOLTE NEL PROCESSO	2	30	60	16
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE U.O.C. NPIA	MODELLI DI INTERVENTO E TRATTAMENTO IN FASE EVOLUTIVA E DELL'ADOLESCENZA DEI DISTURBI DIROMPENTI, DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI E DELLA CONDOTTA	22	OPERATORI DELLA NPIA	1	35	35	16
DIPARTIMENTO DELL'OSPEDALITA' E DELLA FARMACEUTICA UOC FARMACIA P.O. UMBERTO I	GESTIONE DELLE FERITE CHIRURGICHE E DELLE PIAGHE DA DECUBITO	29	PERSONALE SANITARIO DELL'AREA CHIRURGICA E DELL'AREA MEDICA	2	30	60	5
DIPARTIMENTO DELL'OSPEDALITA' E DELLA FARMACEUTICA UOC FARMACIA P.O. UMBERTO I	CORRETTA GESTIONE DEI REGISTRI AIFA COME STRUMENTO DI VALUTAZIONE DEGLI ADEMPIMENTI LEA	25	MEDICI DEI CENTRI PRESCRITTORI ABILITATI ALLA PIATTAFORMA AIFA	2	30	60	5
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE U.O.C. NPIA	LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL FUNZIONAMENTO E DELLA DISABILITA' SECONDO LA CLASSIFICAZIONE ICF. REDAZIONE DEL PROFILO DI FUNZIONAMENTO SU BASE ICF	22	PERSONALE SANITARIO DELL'UOC NPIA	1	35	35	16
UOC RADIODIAGNOSTICA P.O. UMBERTO I	INFORMARE SULLE NORMATIVE E SULLE LINEE GUIDA DI GESTIONE DEI SERVIZI DI TELEMEDICINA	29	MEDICI RADIOLOGI E TSRM DELLE UU.OO.CC. DI RADIODIAGNOSTICA DEI PP.OO. AZIENDALI E TERRITORIAL	4	30	120	8

AREA TECNICO/SCIENTIFICA/SANITARIA

STRUTTURE PROPONENTI	TITOLO	OBIETTIVO FORMATIVO ECM	TARGET	EDIZIONI	PARTECIPANTI PER EDIZIONE	PARTECIPANTI TOTALI	IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE
DIPARTIMENTO ADISS MEDICINA PENITENZIARIA	EVENTI SENTINELLA DEI CASI CRITICI A RISCHIO SUICIDIARIO	22	MEDICI E INFERMIERI DELLA MEDICINA PENITENZIARIA	2	15	30	8
UOC PSICOLOGIA	VIOLENZA DI GENERE MINORI MALTRATTATI: NORMATIVE VIGENTI E LINEE DI INTERVENTO IN AMBITO PSICOLOGICO	18	PSICOLOGI DEL SERVIZIO DI PSICOLOGIA; NEUROPSICHIATRIA INFANTILE, CSM, SERT, CONSULTORI FAMILIARI	2	25	50	16
UOC PSICOLOGIA	MMP1 – 3: NOVITA' INTRODOTTE DALLA TERZA EDIZIONE DEL TEST	18	PSICOLOGI DELL'AZIENDA	2	25	50	12
UOC SIAN	L'ATTIVITA' DI POLIZIA GIUDIZIARIA E ATTI CONSEQUENZIALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE 625/2017)	23	MEDICI E TPALL DELLE UNITA' OPERATIVE SIAN E S.I.A.O.A.	2	35	70	12
UOC SIAN	CAMPIONAMENTO DELLE MATRICI ALIMENTARI: CONTROPERIZIE, CONTROVERSIA, NORMATIVA DI RIFERIMENTO	23	MEDICI E TPALL DELLE UNITA' OPERATIVE DI SIAN, S.I.A.O.A. E LABORATORIO DI SANITA' PUBBLICA	3	35	105	16
DIPARTIMENTO ADISS UOS ASSISTENZA SOCIO SANITARIA	D.M. 77/2022 NUOVI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL S.S.N.: COT, OSPEDALE DI COMUNITA', CASE DI COMUNITA'	9	OPERATORI SANITARI E NON OSPEDALIERI E TERRITORIALI, PER L'ATTIVAZIONE DEL D.M. 77/2022	2	30	60	8
DIPARTIMENTO ADISS UOS ASSISTENZA SOCIO SANITARIA	ASSISTERE IL PAZIENTE IN CURE DOMICILIARI, II° EDIZIONE	3	OPERATORI DEI DISTRETTI SANITARI AZIENDALI CHE SI OCCUPANO DEL SERVIZIO	2	30	60	8

AREA PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI/PROTOCOLLI/PROCEDURE

STRUTTURE PROPONENTI	TITOLO	OBIETTIVO FORMATIVO ECM	TARGET	EDIZIONI	PARTECIPANTI PER EDIZIONE	PARTECIPANTI TOTALI	IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE
DIPARTIMENTO ADISS UOSD CURE PALLIATIVE UOC RIANIMAZIONE PO LENTINI	CURARE E PRENDERSI CURA DEI PAZIENTI FRAGILI A DOMICILIO	22	MEDICI DI MEDICINA GENERALE, PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, MEDICI E INFERMIERI DI CURE PALLIATIVE	3	30	90	8
DIPARTIMENTO ADISS UOSD CURE PALLIATIVE UOC RIANIMAZIONE PO LENTINI	LA FORMAZIONE DEI CAREGIVER DI PAZIENTI CRONICI AD ALTA DISABILITA'	NO ECM	CAREGIVER	3	20	60	8
DIPARTIMENTO CHIRURGICO UOC CHIRURGIA UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE P.O. LENTINI	PROTOCOLLO ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)	3	PERSONALE SANITARIO DELL'UOC DI: CHIRURGIA; ORTOPEDIA; OSTETRICIA E GINECOLOGIA, ANESTESISTI, FISIOTERAPISTI E DIETISTI DEL P.O. DI LENTINI	2	30	60	6
DIPARIMENTO TRANSMURALE DEI SERVIZI AREA RADIOLOGICA UOC RADIOTERAPIA	IMPLEMENTAZIONE DELLE TECNICHE RADIOTERAPICHE COMPLESSE NELLA PRATICA CLINICA: I TUMORI DELLA MAMMELLA, PROSTATA, POLMONE	29	MEDICI E TSRM DELLE U.O.C. AZIENDALI: RADIOTERAPIA; ONCOLOGIA; CHIRURGIA; RADIOLOGIA; UROLOGIA; PNEUMOLOGIA E COMPONENTI DEL GRUPPO GOM	2	30	60	8

AREA EPIDEMIOLOGIA, PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

STRUTTURE PROPONENTI	TITOLO	OBIETTIVO FORMATIVO ECM	TARGET	EDIZIONI	PARTECIPANTI PER EDIZIONE	PARTECIPANTI TOTALI	IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE
DIPARTIMENTO DELL'OSPEDALITA' E DELLA FARMACEUTICA	LA GESTIONE DELL'ANTIMICROBIAL STEWARDISHIP	10	TEAM AZIENDALE ANTIMICROBIAL STEWARDISHIP REFERENTI DELLE UNITA' OPERATIVE OPEDALIERI/TERRITORIALI E DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	3	35	105	8
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE UOC NEONATOLOGIA P.O. UMBERTO I	I PRIMI MILLE GIORNI DI VITA: STRATEGIE DI PROMOZIONE DEL BENESSERE NEONATALE E FAMILIARE	13	OPERATORI SANITARI DELL'AREA MATERNO INFANTILE	5	35	175	12
UOSD CENTRO GESTIONALE SCREENING	L'IMPORTANZA DELLA VACCINAZIONE HPV NELLO SCREENING GINECOLOGICO	31	PERSONALE DELL'UOSD CENTRO GESTIONALE SCREENING; PERSONALE SANITARIO DEL DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE; MEDICI DI MEDICINA GENERALE; PERSONALE SANITARIO DEI CENTRI DI VACCINAZIONE	1	60	60	6
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO	VALUTAZIONE GESTIONE DELLE NON CONFORMITA' NEL CAMPO DELLA SICUREZZA ALIMENTARE	23	MEDICI, VETERINARI, TPALL AFFERENTI AL DIPARTIMENTO MEDICO E VETERINARIO	2	30	60	7

AREA COMUNICAZIONE – UMANIZZAZIONE

STRUTTURE PROPONENTI	TITOLO	OBIETTIVO FORMATIVO ECM	TARGET	EDIZIONI	PARTECIPANTI PER EDIZIONI	PARTECIPANTI TOTALI	IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE
UOS QUALITA' E RISCHIO CLINICO	STRATEGIE COMUNICATIVE E COMPORTAMENTALI PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE AGGRESSIONI	12	MEDICI E INFERMIERI DELLE UNITA' OPERATIVE DI MCAU E SPDC	3	30	90	8
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE P.O. UMBERTO I U.O.S.D. HOSPICE	L'ETICA CLINICA E DECISIONI DI CURA	16	OPERATORI DELLE UOC DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE AZIENDALI, DELLE MEDICINE, GERIATRIE, HOSPICE	4	20	8	8
UOSD CENTRO GESTIONALE SCREENING	COMUNICAZIONE E IL LAVORO DI SCREENING	12	OPERATORI SANITARI – FRONT OFFICE DEGLI SCREENING	1	30	30	6
DIPARTIMENTO CHIRURGICO U.O.S.D. OFTALMOLOGIA P.O. LENTINI	VIPROM: VICTIM PROTECTION IN MEDICINE, TRAINING SULLA VIOLENZA DOMESTICA	18	MEDICI ED INFERMIERI DELL'AREA EMERGENZA-URGENZA	5	25	125	8
DIPARTIMENTO ADISS UOS ASSISTENZA SPECIALISTICA	COMUNICAZIONE EFFICACE CON GLI UTENTI E GLI OPERATORI	7	PERSONALE MEDICO, INFERMIERISTICO ED AMMINISTRATIVO ADDETTO AL SERVIZIO PUBBLICO DEL PTA DEL DISTRETTO DI SIRACUSA	4	25	100	12

AREA MANAGEMENT E CLINICAL GOVERNANCE

STRUTTURE PROPONENTI	TITOLO	OBIETTIVO FORMATIVO ECM	TARGET	EDIZIONI	PARTECIPANTI PER EDIZIONE	PARTECIPANTI TOTALI	IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE
U.O.C. MEDICINA TRASFUSIONALE DEL P.O. UMBERTO I	SISTEMI DI GESTIONE DELLA QUALITA' NEI SERVIZI TRASFUSIONALI E NELLE UNITA' DI RACCOLTA	14	PERSONALE DELLE UNITA' OPERATIVE COINVOLTE NEL PROCESSO DI GESTIONE	2	30	60	16
DIREZIONE MEDICA DEL P.O. UMBERTO I	DOCUMENTAZIONE SANITARIA: DIGITALIZZAZIONE, CODIFICA SDO	3	DUE MEDICI CODIFICATORI SDO PER UNITA' OPERATIVA	4	25	100	6

AREA GIURIDICO – AMMINISTRATIVA

STRUTTURE PROPONENTI	TITOLO	OBIETTIVO FORMATIVO ECM	TARGET	EDIZIONI	PARTECIPANTI PER EDIZIONI	PARTECIPANTI TOTALI	IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO UOC TECNICO	CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI, E-PROCUREMENT PUBBLICO, PROJECT MANAGEMENT, PROCEDURE DI GARA ATTRAVERSO L'USO DI PIATTAFORME TELEMATICHE (MEPA) E I CRITERI MINIMI AMBIENTALI (CAM) FORMAZIONE BASE E SPECIALISTICA	NO ECM	RUP, DIRIGENTI E PERSONALE DEL RUOLO AMMINISTRATIVO DELL'UOC TECNICO, PROVVEDITORATO, DIREZIONI AMMINISTRATIVE DEI PP.OO. AZIENDALI E LA UOS ENERGY MANAGEMENT	1	40	40	80

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

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

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

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

Il Piano della qualità trova applicazione oltre che da parte dell'Unità Operativa Formazione Permanente, anche da parte di tutte quelle articolazioni aziendali che hanno la responsabilità di proporre attività formative ECM per il personale del ruolo sanitario, e vincola anche i singoli professionisti sanitari che partecipano ad eventi formativi ECM.

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

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

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

- identificazione partecipata dei bisogni formativi;
- utilizzo di metodi didattici coerenti agli obiettivi formativi identificati per una concreta fruibilità delle conoscenze e abilità, funzionali alla centralità dei destinatari, favorendo processi di integrazione, partecipazione e consenso;

- criteri di scelta e valutazione dei docenti (applicazione del “Regolamento di accesso e di funzionamento dell’albo docenti interni ed esterni per l’attività di formazione interna” dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa; giusta delibera n°705 del 14.05.2021);
- valutazione dell'efficacia della formazione.

Il Piano è consultabile presso la sezione “Documentazione”, sul portale web della formazione, raggiungibile attraverso il seguente indirizzo: https://serviziweb.inaz.it/formaz_aspsr/Index.aspx

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

L’UOS Formazione utilizza quali indicatori di risultato:

- Grado di partecipazione: la presenza all’evento formativo con registrazione di firma all’ingresso e all’uscita;
- Gradimento dell’evento/progetto formativo: il risultato del questionario di gradimento;
- Apprendimento dei contenuti: il risultato del test di apprendimento, in genere a scelta multipla o a risposte aperte, e/o scheda di rilevazione di abilità tecniche acquisite;
- Ricaduta organizzativa: la relazione del soggetto preponente (Dipartimenti, Distretti, Presidi Ospedalieri etc…), in merito alle modifiche dei comportamenti e delle performance individuali, di gruppo e aziendali, a fronte della formazione ricevuta e comprovate da evidenze oggettive, da redigersi entro sei mesi dalla fine dell’evento/progetto formativo.

La Direzione Aziendale assegna annualmente all’U.O.S. Formazione Permanente, il budget economico, al fine di sostenere la realizzazione delle attività formative inserite nel Piano di riferimento.

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

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

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

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

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

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

Il piano formativo può subire integrazioni o modifiche relativamente ad esigenze specifiche, ad indicazioni provenienti dalla Direzione Aziendale o all'entrata in vigore di nuove normative quindi deve intendersi per alcuni aspetti flessibile e può comportare variazioni nel corso dell'anno. Sarà ammessa l'attivazione di eventi formativi non inseriti nel PFA 2025, previa autorizzazione da parte del Direttore Generale.

La realizzazione di tutte le attività formative previste nel Piano di Formazione 2025, è subordinata all'assegnazione adeguata di risorse umane ed economiche.

SEZIONE 4 - MONITORAGGIO

4.1 PRINCIPI E STRUMENTI DEL PROCESSO

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

L'Azienda, ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. 150/2009 e s.m.i., e del Decreto dell'Assessore alla Salute Regione Sicilia n.1821 del 26/9/2011, ai fini di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, redige annualmente i seguenti documenti:

a) Documento programmatico, (ex piano della performance oggi Sez.2 del PIAO, che per comodità continueremo a chiamare *"Piano della Performace"*) da adottare in coerenza con i contenuti del ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di periodo e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;
b) Un documento, denominato "Relazione sulla performance" che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

Processo

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

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

4.2 DEFINIZIONE DI PIANO DELLA PERFORMANCE

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

4.3 I SOGGETTI DEL PROCESSO DI STESURA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

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

1. La Direzione Aziendale recepisce gli indirizzi della Regione in merito ai programmi di sviluppo del sistema di offerta di servizi sanitari ed alle risorse economico-finanziarie a disposizione dell'Azienda e definisce gli obiettivi strategici aziendali. Sulla base degli obiettivi e delle risorse, la Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa, congiuntamente, predispongono il Piano della Performance.

2. I Dipartimenti sanitari, l 'Area territoriale e i Distretti Ospedalieri partecipano alla stesura del Piano della performance fornendo indicazioni circa gli obiettivi triennali da perseguire in riferimento agli specifici livelli di assistenza e alle strutture interne.

3. I Dipartimenti amministrativi curano, in particolare, le dinamiche del personale, il programma pluriennale degli investimenti e la quantificazione finanziaria ed economica utile per la realizzazione dei programmi e dei progetti.

4. Il Controllo di gestione supporta il processo di programmazione e l'interazione tra gli attori sopra indicati.

5. L'O.I.V. garantisce l'obiettività e l'accuratezza metodologica di tale processo.

4.4 IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

Il processo di definizione del Piano segue cinque fasi logiche:

Definizione dell'identità dell'organizzazione;

Analisi del contesto esterno ed interno;

Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie;

Definizione degli obiettivi operativi;

Comunicazione del Piano all'interno e all'esterno.

4.4.1 **Definizione dell'identità**

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

4.4.2 **Analisi del contesto esterno ed interno**

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

4.4.3 **Definizione degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi**

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

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

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

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

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

4.4.5 ***Il processo di definizione del Piano della performance***

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

a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;

b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;

c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;

d) misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;

e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;

f) rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché' ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

4.4.6 **Definizione e assegnazione degli obiettivi**

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

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

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

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

4.5 I SOGGETTI DEL PROCESSO DI BUDGET

I soggetti coinvolti nel Processo di Budget sono i seguenti:

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

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

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

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

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

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

FUNZIONI COMITATO DI BUDGET

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

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

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

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

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

4) **U.O.S. Programmazione strategica** supporta la Direzione Aziendale nella formulazione delle proposte di obiettivi, da parte della Direzione medesima, per singolo Centro di Responsabilità e li formalizza attraverso la predisposizione delle Schede Obiettivi;

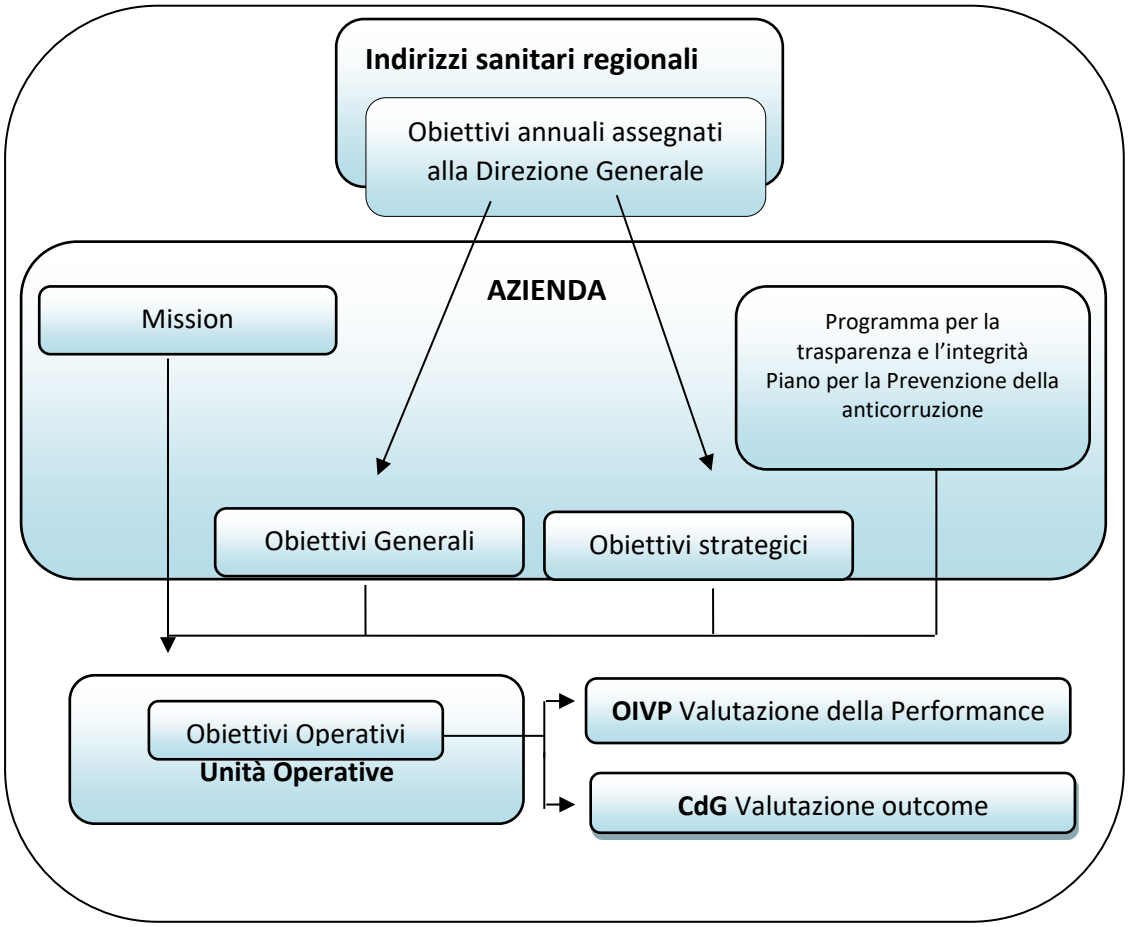
5) Centri di Responsabilità individuati nei dipartimenti, nelle UOC e UOSD rappresentano le strutture Aziendali con titolarità di Budget e sono direttamente responsabili rispetto ai risultati raggiunti ed alle risorse impiegate. Essi costituiscono articolazioni organizzative, generalmente di tipo complesso, con assegnazione di Budget.
I Centri di Responsabilità partecipano al processo di Budget tramite i Direttori di Struttura; gli stessi negoziano, si confrontano sulle attività di seguito riportate:

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

4.6 FASI DEL PROCESSO DI BUDGET

Fasi e Tempi del Processo di Budget

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



Per l'anno 2025, vengono riportati gli obiettivi assegnati da parte dell'Assessorato alla Salute nel 2024, essendo collegati con gli obiettivi aziendali contrattati dal Direttore generale con l'Assessorato alla Salute e validi per trimestre 2024-2026.

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

FASI PROCESSO DI BUDGET.

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

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

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

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

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

Fase 2 - Elaborazione delle Schede di Budget e Schede Obiettivi

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

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

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

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

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

Fase 3 -Assegnazione obiettivi per Centri di Responsabilità.

La Scheda di Budget di tipo quantitativo viene accompagnata da una Scheda Obiettivi, la quale definisce le categorie di obiettivi anche in relazione a quanto disposto dalla mission aziendale e per ciascuna di esse vengono predisposti uno o più obiettivi specifici, a ciascuno dei quali è correlato il risultato dell'anno precedente, le azioni da porre in essere, il risultato atteso, il risultato raggiunto, gli strumenti probatori di verifica, percentuale di raggiungimento degli obiettivi, il peso dell'obiettivo, il punteggio ed il responsabile della verifica.

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

- importanza dell'obiettivo nell'ambito della programmazione dell'Azienda;
- grado di complessità tecnica organizzativa;
- rilevanza sotto l'aspetto economico e finanziario;
- innovatività e miglioramento di efficacia, efficienza e qualità.

Gli obiettivi concordati in sede di budget saranno trasmessi all'Organismo Indipendente di Valutazione ai fini del monitoraggio del processo.

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

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

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

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

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

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

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

Fase 7 - Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi

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

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

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

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

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

Fase 8 - Monitoraggio consuntivo del grado di raggiungimento degli obiettivi

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

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

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

All'esito dell'esame da parte del Comitato di Budget viene determinata la percentuale totale di raggiungimento degli obiettivi del Centro di Responsabilità che rappresenta per la valutazione della performance organizzativa del personale afferente al Centro di Responsabilità. Tale valutazione viene riportata nell'atto dispositivo del Direttore Generale per i successivi adempimenti amministrativi contabili.

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

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

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

Metodologia monitoraggio raggiungimento obiettivi e scheda monitoraggio obiettivi

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

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

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

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

4.7 I DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE E MODULISTICA

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

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

I piani di azione sono i documenti mediante i quali ciascuna struttura organizzativa pianifica, insieme alle articolazioni aziendali coinvolte, le attività da effettuare per il raggiungimento di ciascun obiettivo, individua i soggetti responsabili coinvolti nel suo conseguimento e fissa le scadenze per ciascuna delle azioni individuate. Il Piano di azione predisposto a livello di U.O. è lo strumento con il quale vengono definiti gli obiettivi operativi dei Dirigenti e viene monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante verifiche periodiche nel corso dell'anno, per consentire l'attuazione di provvedimenti correttivi appropriati e tempestivi, qualora si rendesse necessaria una revisione dell'obiettivo assegnato.

4.8 Coerenza con la programmazione economica-finanziaria e di bilancio

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

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

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

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

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

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

- ad inizio esercizio, la redazione del conto economico preventivo contiene la traduzione in termini quantitativi delle linee di azione connesse agli obiettivi specifici ed agli obiettivi operativi;
- contestualmente vengono elaborati i budget economico – finanziari, contenenti i tetti di spesa per centro di responsabilità;
- il bilancio preventivo viene inserito nel NSIS e costituisce la base per la negoziazione delle risorse con la Regione;
- la successiva negoziazione delle risorse con la Regione può determinare il riallineamento dai valori e la rimodulazione dei programmi eventualmente non compatibili con le risorse negoziate;
- segue la verifica di compatibilità delle azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati nel Piano: le linee di intervento fissate nel Piano vengono effettivamente attivate solo se è garantita la effettiva congruità con le risorse disponibili;
- il sistema dei controlli garantisce la coerenza delle azioni intraprese con le risorse: dal costante monitoraggio scaturiscono le eventuali azioni di riequilibrio.

4.9 AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

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

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

- implementazione delle attività di monitoraggio continuo sullo stato di attuazione degli obiettivi, anche attraverso un piattaforma informatica
- rispetto della tempistica relativa alla valutazione annuale delle Unità Operative
- evidenza dell'assegnazione di obiettivi individuali a tutti i dipendenti.
- individuazione di strumenti di monitoraggio intermedio sullo stato di attuazione degli obiettivi individuali
- implementazione del processo di integrazione fra il ciclo della performance e il ciclo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

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

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

Molti metodi di valutazione, anche sofisticati, non riconoscono agli *stakeholder* autonomia nella valutazione. Il punto di vista dei cittadini è considerato oggetto di indagine, ovvero uno dei tanti punti di vista da tenere in considerazione durante la valutazione. Nella valutazione partecipativa, invece, tale prospettiva si ribalta. Il cittadino e/o l'utente cessa di essere esclusivamente oggetto di indagine, diventando co-valutatore delle attività e dei servizi di cui beneficia, anche ai fini del miglioramento organizzativo.
E' svolta in collaborazione con i cittadini e/o gli utenti, mediante l'utilizzo di metodologie dichiarate e controllabili aventi anche lo scopo di ridurre l'asimmetria informativa, per la formulazione di giudizi motivati sull'operato dell'amministrazione. Sono dunque i cittadini e/o gli utenti stessi, dotati di adeguati strumenti, a produrre informazioni rilevanti per la valutazione dei servizi. L'attività di valutazione partecipativa consente così di monitorare e verificare, ad esempio, il rispetto di determinati *standard* quanti-qualitativi previsti da impegni contrattuali o carte dei servizi o il grado di rispondenza di determinate attività e servizi alle attese dei cittadini e/o utenti.

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

Principali benefici che la valutazione partecipativa apporta all'amministrazione:

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

Riferimento normativo:

Con il D.Lg.s 74/17 il legislatore ha dato maggiore concretezza al principio astratto della partecipazione (l'art. 7 comma 2 lettera c) declinando su tre aspetti fondamentali i profili di partecipazione (Soggettivo, Oggettivo e Procedimentale) e con le linee guida n.4/2019, la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica – ai sensi D-Lgs 150/2009 e DPR 105/16 (art. 3 comma 1) ha inteso rafforzare il ruolo dei cittadini utenti nel ciclo di gestione della performance e introdotto con il nuovo art. 19 bis:

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

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

L'art. 8 prevede:

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

L'art. 19 bis prevede:

- la partecipazione dei cittadini alla valutazione della performance organizzativa anche in "forma associativa"
- coinvolge l'OIV quale interlocutore dei cittadini e degli utenti a cui comunicare "il proprio grado di soddisfazione" per le attività e i servizi erogati

- dare uno specifico ruolo anche agli utenti interni, cioè ai settori delle strutture amministrative che si avvalgono di servizi strumentali e di supporto dell'amministrazione valutata

- pubblicare i risultati della rilevazione del grado di soddisfazione dei soggetti su attività dei servizi con cadenza annuale

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

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

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

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

L'amministrazione, già dal 2024, ha inteso avviare un'azione di coinvolgimento per migliorare l'apertura in chiave partecipativa sia al loro esterno che al loro interno, attivando strumenti quali:

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

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

- eliminare le autorefenzialità

- rafforzare il sistema di gestione della performance

- rafforzare i requisiti normativi minimi.

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

Riferendosi alle linee guida n. 4/2019 sarà imprescindibile adottare un modello che si rifaccia a quanto previsto per i requisiti minimi riportati secondo la “scala di sviluppo della valutazione partecipativa”.

SCALA DI SVILUPPO DELLA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA		**FASE DI AVVIO** (I ANNO)	**FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO** (II ANNO)	**FASE DI SVILUPPO AVANZATO** (III ANNO)
CONTENUTISTICI	1) ESPLICITAZIONE MODELLO NEL SMVP	X		
	2) EFFETTI	X (PO)	X (riprogettazione servizio o attività)	X (altri effetti decisi dall’amministrazione)
METODOLOGICI	1) ANNUALITÀ	X		
	2) INCLUSIONE		X	
	3) RESPONSABILIZZAZIONE		X	
	4) PRIVACY E SICUREZZA	X		
	5) VERIFICABILITÀ	X		
	6) RILEVANZA	X attività/servizi selezionati per prima attuazione	X ulteriori attività/servizi	X tutte le attività/servizi *(poi rotazione)*
TECNOLOGICI	1) SUPPORTO DIGITALE			X
INFORMATIVI	1) TRASPARENZA		X	X

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE AGGIORNATO AL 22/1/2024 - LA SOTTO SEZIONE DI 1° LIVELLO BANDI DI GARA E CONTRATTI AGGIORNATA SECONDO L'ALLEGATO N. 9 AL PNA 2022								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Ambito soggettivo (vedi foglio 2)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Unità operativa**	**Dirigente responsabile funzionario**
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza		Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (*link* alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	Responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza	Sig.ra Giuseppina Salvo Dott.ssa Agata Di Giorgio
	Atti generali	**A**	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi *link* alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della U.O. proponente	Responsabile U.O.
				Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Aziendale	Resp. Uffici di Staff Responsabile sito WEB Dott.ssa Agata Di Giorgio
				Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Aziendale	Resp. Uffici di Staff Responsabile sito WEB Dott.ssa Agata Di Giorgio
		D	Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Aziendale	Responsabile sito WEB Dott.ssa Agata Di Giorgio
		A	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
	Oneri informativi per cittadini e imprese		Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	Servizi e Strutture Aziendali cui fa riferimento il singolo obbligo	Responsabile delle singole strutture
	Articolazione degli uffici	**A**	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
			Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale, UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.

			Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	informazioni previste dalla norma)	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UO di Riferimento	Resp. UO di Riferimento
	Telefono e posta elettronica	**A**	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SIFA Responsabile sito WEB	Ing. Santo Pettignano
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	**T** (ex A)	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU UOC Affari Generali	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio Dott.ssa Maria Carmela Liali
					Per ciascun titolare di incarico:			
			Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU UOC Affari Generali	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio Dott.ssa Maria Carmela Liali
			Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU UOC Affari Generali	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio Dott.ssa Maria Carmela Liali
			Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU UOC Affari Generali	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio Dott.ssa Maria Carmela Liali
			Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU UOC Affari Generali	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio Dott.ssa Maria Carmela Liali
		A	Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	UOC GRU UOC Affari Generali	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio Dott.ssa Maria Carmela Liali
					Per ciascun titolare di incarico:			
			Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
					Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio

	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
		P	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
					Per ciascun titolare di incarico:			
			Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
					Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio

Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
		P	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
		A	Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
		N	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
	Dirigenti cessati		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
					Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio

		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichairazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	**T**	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assuzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
Posizioni organizzative		Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
Dotazione organica	**A**	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
Personale non a tempo indeterminato	**A**	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
Tassi di assenza	**A**	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	**A**	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
Contrattazione collettiva	**A**	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
Contrattazione integrativa	**A**	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4,d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio

	OIV	**A**	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permamente	Responsabile Dott.ssa Alessia Rubino
			Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permamente	Responsabile Dott.ssa Alessia Rubino
			Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permamente	Responsabile Dott.ssa Alessia Rubino
Bandi di concorso		**A**	Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	**A**	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Struttura Tecnica Permamente	Responsabile Dott.ssa Alessia Rubino
	Piano della Performance		Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permamente	Responsabile Dott.ssa Alessia Rubino
	Relazione sulla Performance			Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permamente	Responsabile Dott.ssa Alessia Rubino
	Ammontare complessivo dei premi	**A**	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
					Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
	Dati relativi ai premi		Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
					Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
					Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
	Enti pubblici vigilati	**A** (ex C, sopppresso e confluito in A)	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A
					Per ciascuno degli enti:			
			Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A
					2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A
					3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A
					4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A
					5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A

					6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A
					7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A
		P	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	N/A	N/A
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (*l ink* al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	N/A	N/A
		A (ex C, sopppresso e confluito in A)	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A
Enti controllati	Società partecipate	**A** (ex C, sopppresso e confluito in A)	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
					Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
					2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
					3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
					4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
					5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
					6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
					7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (*l ink* al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante

		Art. 22, c. 1. lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
Rappresentazione grafica	**A** (ex C, sopppresso e confluito in A)	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
Dati aggregati attività amministrativa	A	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016		
				Per ciascuna tipologia di procedimento:			
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.

Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	**A**	Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
			Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
			Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
			Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
			Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) *link* di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
			Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
			Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.

					Per i procedimenti ad istanza di parte:		UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
			Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
			Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
	Monitoraggio tempi procedimentali	**B**	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedimentali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	**A**	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizi e Strutture Aziendali cui fa riferimento il singolo obbligo	Responsabile delle singole strutture
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	**B**	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (*link* alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Affari Generali, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	**B**	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
			Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture

Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	(da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG)/smartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4) Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni., compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016						UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative	Responsabile delle singole strutture
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	**SETTORI ORDINARI** Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016 **SETTORI SPECIALI** Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture

		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016	Avvisi e bandi	**SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA** Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC) Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b) **SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA** Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 70, c. 2 e 3) Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4) Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153) Bando per il concorso di idee (art. 156) **SETTORI SPECIALI** Bandi e avvisi (art. 127, c. 1) Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3) Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1) Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3) **SPONSORIZZAZIONI** Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 19, c. 1)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi relativi all'esito della procedura	**SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA** Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2 Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2 **SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA** Avviso di appalto aggiudicato (art. 98) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2) **SETTORI SPECIALI** Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141, c. 2)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e **art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016**; **DPCM n. 76/2018**	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1) Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 *"Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"*	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture

Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti, il compenso dei singoli commissari e il costo complessivo sostenuto dall'amministrazione per la procedura di nomina.	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verbali delle commissioni di gara	Verbali delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimenti di esclusione e di ammissione	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Contratti	Testo dei contratti (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Concessioni e partenariato pubblico privato	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, **i<u>n quanto compatibili,</u>** ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre: Bando di concessione, invito a presentare offert**e** (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi) Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2) Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187) Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 3**3**/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture

		Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	<u>Obbligo previsto per i soli enti gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione</u> Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Fase esecutiva	Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - quinto d'obbligo Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica conformità Accordi bonari e transazioni Atti di nomina del: direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissione di collaudo	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
		D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Collegi consultivi tecnici	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti, costo complessivo sostenuto dall'amministrazione per la procedura di nomina	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato e nel caso di scostamento, il dettaglio delle voci che lo hanno determinato con l'indicazione dei singoli importi	Tempestivo (non oltre 6 mesi dal termine dell'esecuzione del contratto)	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
		d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
		d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attivita' di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006 alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture

			Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016		Pubblicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economoi nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
			Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziata (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europe	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	**B**	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
	Atti di concessione	**B**	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
					Per ciascun atto:			
			Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) *link* al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
	Bilancio preventivo e	**B**	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante

Bilanci	consuntivo		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	**A**	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	**A**	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
	Canoni di locazione o affitto		Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe			Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Struttura Tecnica Permamente	Dott.ssa Alessia Rubino
					Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Struttura Tecnica Permamente	Dott.ssa Alessia Rubino
					Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Struttura Tecnica Permamente	Dott.ssa Alessia Rubino
					Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permamente	Dott.ssa Alessia Rubino

Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organi di revisione amministrativa e contabile	**A**	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
	Corte dei conti			Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Unità Operativa destinataria del rilievo	Responsabile delle singole strutture

Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	**A**	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOS Comunicazione ed Informazione	Dott.ssa Adalgisa Cucè
	Class action	**R**	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	UOS Servizio Legale	Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio
			Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	UOS Servizio Legale	Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio
			Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	UOS Servizio Legale	Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio
	Costi contabilizzati	**B**	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante

	Liste di attesa	**I**	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Coordinamento CUP	Dott.Cosimo Dell'Arte
	Servizi in rete		Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	UOS Comunicazione e Informazione	Dott.ssa Adalgisa Cucè
	Dati sui pagamenti		Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	UOC Economico Patrimoniale	Dott.. Vincenzo Bastante
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale		Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	UOC Economico Patrimoniale	Dott.. Vincenzo Bastante
		A			Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott.. Vincenzo Bastante

indicatori di tempestività dei pagamenti	Indicatore di tempestività dei pagamenti		Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott.. Vincenzo Bastante
				Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott.. Vincenzo Bastante
	IBAN e pagamenti informatici	**A + M**	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott.. Vincenzo Bastante
	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici		Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni realtive ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Tecnico	Ing. Rosario Breci

Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche		Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (*link* alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Tecnico	Ing. Rosario Breci
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Tecnico	Ing. Rosario Breci
			Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Tecnico	Ing. Rosario Breci
				Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SIAV LSP	Dott.ssa Maria Beatrice Pellegrino/dott. Corrado Buonora

Informazioni ambientali		**G**	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SIAV LSP RTP	Dott.ssa Maria Beatrice Pellegrino/dott. Corrado Buonora/Dott. Anselmo Madeddu/Dott. Rosario Tumino
				Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SIAV LSP RTP	Dott.ssa Maria Beatrice Pellegrino/dott. Corrado Buonora/Dott. Anselmo Madeddu/Dott. Rosario Tumino
				Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'àmbito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SIAV LSP RTP	Dott.ssa Maria Beatrice Pellegrino/dott. Corrado Buonora/Dott. Anselmo Madeddu/Dott. Rosario Tumino
				Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'àmbito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SIAV LSP	Dott.ssa Maria Beatrice Pellegrino/dott. Corrado Buonora/Dott. Anselmo Madeddu
				Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SIAV LSP	Dott.ssa Maria Beatrice Pellegrino/dott. Corrado Buonora/Dott. Anselmo Madeddu
				Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SIAV LSP RTP	Dott.ssa Maria Beatrice Pellegrino/dott. Corrado Buonora/Dott. Anselmo Madeddu/Rosario Tumino
				Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SIAV LSP RTP	Dott.ssa Maria Beatrice Pellegrino/dott. Corrado Buonora/Dott. Anselmo Madeddu/Rosario Tumino

Strutture sanitarie private accreditate		**D**	Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Affari Generali, Distretti Sanitari, UOC Cure Primarie, DSM, UOC Medicina Riabilitativa, Ospedalità	Responsabile delle singole strutture da organigramma
					Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Affari Generali, Distretti Sanitari, UOC Cure Primarie, DSM, UOC Medicina Riabilitativa, Ospedalità	Responsabile delle singole strutture da organigramma
Interventi straordinari e di emergenza		**A**	Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Competenti	Responsabile dell'U.O. Competente
			Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Competenti	Responsabile dell'U.O. Competente
			Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Competenti	Responsabile dell'U.O. Competente
Altri contenuti	**Prevenzione della Corruzione**	**A**	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	Responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza	Sig.ra Giuseppina Salvo Dott.ssa Agata Di Giorgio
			Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza	Sig.ra Giuseppina Salvo Dott.ssa Agata Di Giorgio
				Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	Responsabile dell'Anticorruzione	Sig.ra Giuseppina Salvo
			Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	Responsabile dell'Anticorruzione	Sig.ra Giuseppina Salvo
			Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Responsabile dell'Anticorruzione	Sig.ra Giuseppina Salvo
		P	Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Responsabile dell'Anticorruzione	Sig.ra Giuseppina Salvo
Altri contenuti	**Accesso civico**		Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice"concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione/Responsabile della Trasparenza	Sig.ra Giuseppina Salvo, Dott.ssa Agata Di Giorgio
			Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabili UU.OO. su cui ricade la richiesta come da regolamento	Responsabili UU.OO. su cui ricade la richiesta come da regolamento

			Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Responsabili UU.OO. su cui ricade la richiesta come da regolamento	Responsabili UU.OO. su cui ricade la richiesta come da regolamento
Altri contenuti	**Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati**	**A**	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	UOC Sifa-CdG	Ing. Santo Pettignano
			Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	UOC Sifa - Cdg	Ing. Santo Pettignano
			Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	UOC Sifa-CdG	Ing. Santo Pettignano
Altri contenuti	**Dati ulteriori**	**B**	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	….	UOC Sifa-CdG - Resp. RPD	Ing. Santo Pettignano/Ing. Stefano Salemi

* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)