Regione Siciliana

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CALTANISSETTA

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

2025-2027

Sommario

PREMESSA 1
SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE 4
1.1 DOTAZIONE ORGANICA 18
1.2 PRESIDI OSPEDALIERI 21
1.3 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E INTERNO 36
1.3.1 CONTESTO GENERALE 36
1.3.2 CONTESTO INTERNO 36
1.3.3 CONTESTO ESTERNO 37
1.3.4 CONTESTO ESTERNO: EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO SICILIANO 27
SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE 29
2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE – VALORE PUBBLICO 29
2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE – PERFORMANCE 29
2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE – RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA 29
SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO 30
SEZIONE 4 - MONITORAGGIO 31
4.1 MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA 31

PREMESSA

Il P.I.A.O., Piano Integrato di Attività e Organizzazione, è stato introdotto dall'art. 6 del Decreto Legge n. 80/2021, recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (P.N.R.R.) e per l'efficienza della giustizia", il cosiddetto "Decreto Reclutamento" convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

Il P.I.A.O., che ha durata triennale, ma è soggetto ad aggiornamenti con cadenza annuale, 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, gli obiettivi formativi annuali e pluriennali finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale e allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali, all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito di impiego e alla progressione di carrieradel personale;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità; e le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il Piano definisce, infine, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza.

Di seguito i documenti assorbiti nel PIAO, che riuniti consentono un maggior coordinamento dell'attività programmatoria e una semplificazione :

- Piano dei Fabbisogni di Personale (PFP) e Piano delle azione concrete (PAC);
- Piano per Razionalizzare l'utilizzo delle Dotazioni Strumentali (PRSD);
- Piano della Performance (PdP);
- Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PtPCT);
- Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA);
- Piano di Azioni Positive (PAP).

Attraverso l'integrazione dei principali documenti di pianificazione dell'azienda, in un unico documento integrato, si favorisce e si assicura una migliore qualità e trasparenza dell'attività amministrativa e dei servizi resi ai cittadini e alle imprese che lo possono agevolmente consultare.

I diversi documenti si coordinano tra loro, nell'ottica di una migliore attività programmatoria della Pubblica Amministrazione e di una semplificazione.

Con l'obiettivo di assorbire gli atti di pianificazione cui sono tenute tutte le Amministrazioni, risulta, infatti, un adempimento semplificato che costituisce uno strumento unitario ed omnicomprensivo nel quale confluiscono i vari documenti di programmazione precedentemente previsti, tra i quali anche il Piano della Performance, al fine di consentire un'analisi completa dell'amministrazione e di tutti i suoi obiettivi da pianificare.

Attraverso il PIAO l'Azienda assicura la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, il miglioramento dei servizi ai cittadini e alle imprese e alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di accesso.

Il PIAO è suddiviso in quattro sezioni e precisamente:

1. Scheda Anagrafica dell'Amministrazione;
2. Valore pubblico, performance e anticorruzione, dove sono definiti i risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici;
3. Organizzazione del capitale umano, dove verrà presentato il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione;
4. Monitoraggio, dove devono essere indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alla rilevazione di soddisfazione degli utenti e dei responsabili.

Risulta, pertanto, un documento a doppia valenza, una interna con forte connotazione strategica, poiché è il documento principe per trasformare gli obiettivi strategici in valore pubblico, sotto forma di benessere economico, sociale, ambientale e sanitario a beneficio della collettività, e una valenza esterna poiché diviene una potente leva di comunicazione sociale, attraverso la quale l'Amministrazione comunica al proprio bacino di stakeholders gli obiettivi e le azioni necessari per realizzare i risultati, rispetto gli obiettivi di valore pubblico da realizzare.

Inoltre, l'approvazione del PIAO, in particolare le sezioni Valore Pubblico e Performance, rappresenta come previsto dall'art. 4 del Dlvo 150/2009, il presupposto sostanziale per la realizzazione del ciclo di gestione della Performance.

Pertanto, si configura come l'elemento fondamentale sul quale si sviluppa il ciclo della performance ed in esso si esplicita il mandato politico istituzionale assegnato all'azienda che viene tradotto in obiettivi, scelte e azioni volte ad assicurare e garantire elevato standard qualitativi ed economici del servizio erogato, tramite la valorizzazione dei risultati e delle performance organizzativa e individuale.

La finalità è quella di rendere partecipe l'intera comunità variamente coinvolta, come portatrice di interessi, rispetto al ruolo istituzionale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta:

- Enti locali;
- Utenti;
- Sindacati;

- Dipendenti;
- Fornitori;
- Associazioni di volontariato.

La redazione del PIAO garantisce la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità della rappresentazione delle attività aziendali attraverso il rispetto dei principi generali di trasparenza, veridicità e verificabilità richiesti dalla normativa di riferimento.

SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta si è costituita il 01/09/2009 ai sensi dell'art 8 della L.R. 5 del 14/04/2009.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta è un Ente con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, svolge le funzioni legislativamente assegnatele di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività.

L'ASP ha sede legale in Caltanissetta in Via G. Cusmano, Codice fiscale e Partita IVA n° 01825570854.

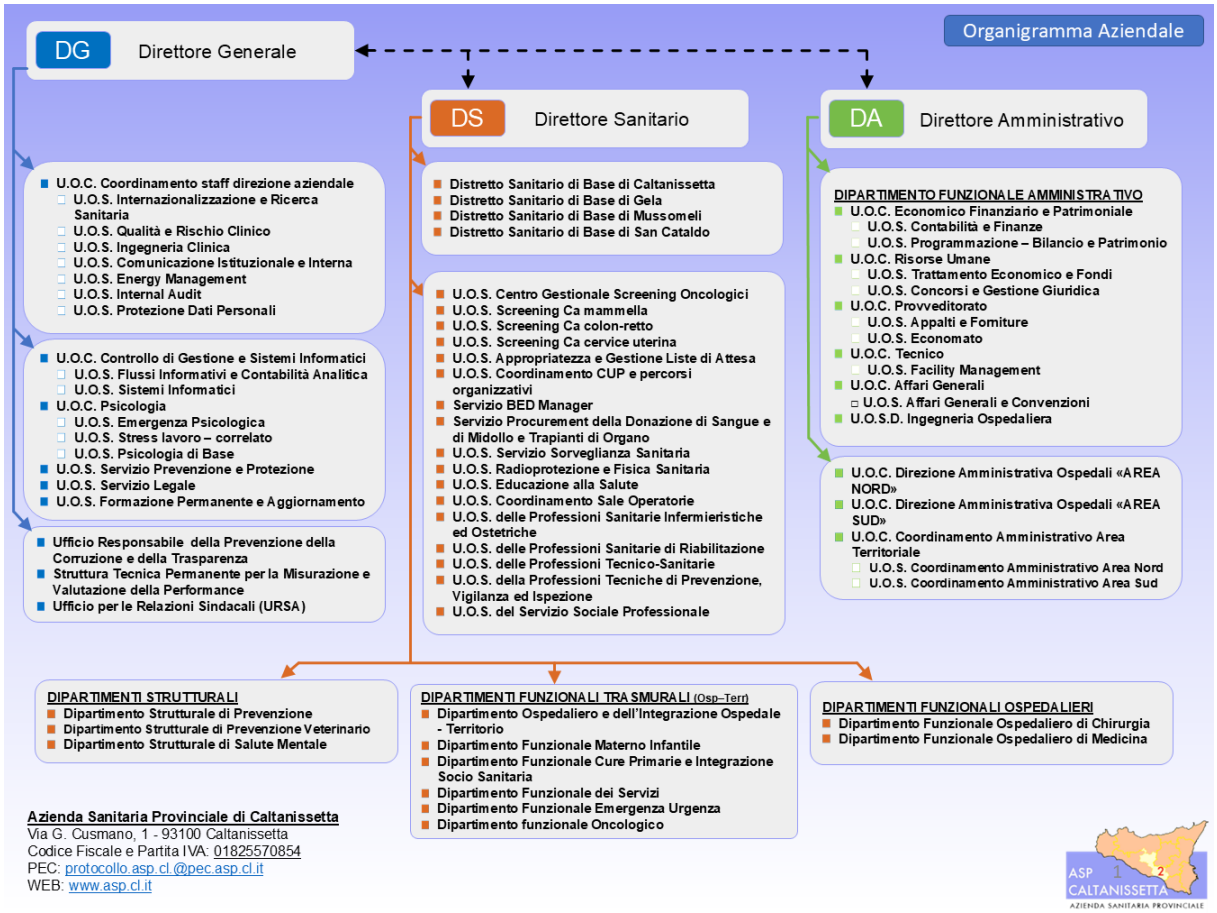
Il logo dell'Azienda, da inserire in tutti gli atti ufficiali, è il seguente:

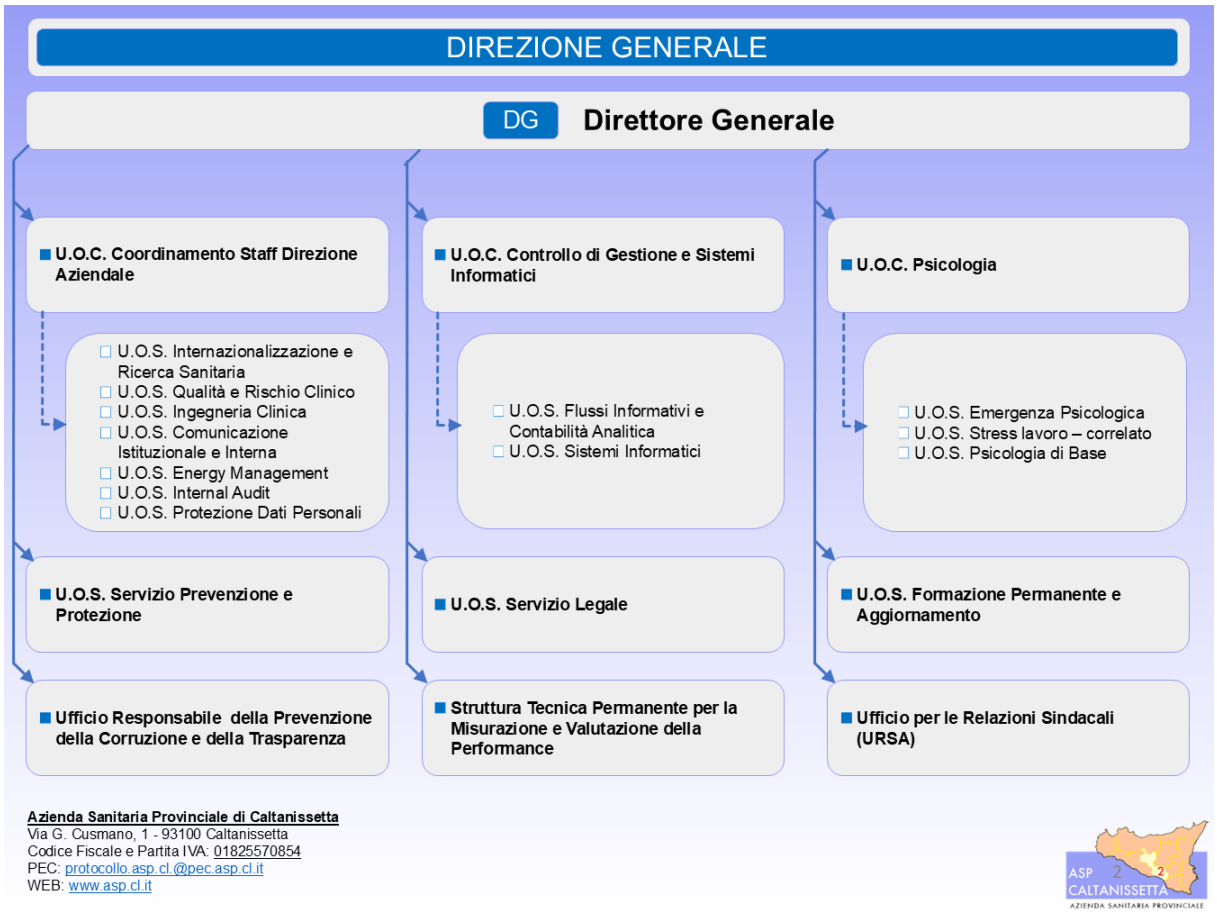
Il sito web ufficiale dell'Azienda è: www.asp.cl.it.

L'ASP di Caltanissetta estende la sua competenza su tutto il territorio della Provincia di Caltanissetta, situata nel centro della Regione Sicilia, si estende per una superficie di 2124 Kmq; con una densità di popolazione pari a 128,5 abitanti per Kmq nella Provincia, comprendente 22 Comuni. È evidente che in un territorio così vasto le difficoltà che l'Azienda incontra quotidianamente sono innumerevoli quanto diversificate, pur se, come disposto dalla Legge Regionale n. 30/1993 e dal D.P.R.S. del 22/09/2009 e s.m.i., il territorio di competenza è suddiviso in 4 distretti come di seguito definiti:

- **Distretto Sanitario di Caltanissetta** comprendente i Comuni di: Caltanissetta, Delia Resuttano, Riesi, Santa Caterina Vill.sa, Sommatino.
- **Distretto Sanitario di Gela** comprendente i Comuni di: Butera, Mazzarino, Gela, Niscemi.
- **Distretto Sanitario di Mussomeli** comprendente i Comuni di: Acquaviva Platani, Campofranco, Mussomeli, Sutera, Vallelunga Pratameno, Villalba.
- **Distretto Sanitario di San Cataldo** comprendente i Comuni di: San Cataldo, Bompensiere, Marianopoli, Milena, Montedoro, Serradifalco.

Si riportano nel seguito le tabelle sinottiche dell'organigramma aziendale in ultimo approvato con provvedimento deliberativo n. 330 del 1° febbraio 2022.





DIREZIONE SANITARIA

DS Direttore Sanitario

- **Distretto Sanitario di Base di Caltanissetta**
  - Presidio Sanitario di Caltanissetta
  - Presidio Sanitario di Delia
  - Presidio Sanitario di Resuttano
  - Presidio Sanitario di Riesi
  - Presidio Sanitario di Santa Caterina
  - Presidio Sanitario di Sommatino
- **Distretto Sanitario di Base di San Cataldo**
  - Presidio Sanitario di San Cataldo
  - Presidio Sanitario di Marianopoli
  - Presidio Sanitario di Montedoro - Bompensiere
  - Presidio Sanitario di Serradifalco
- **Distretto Sanitario di Base di Mussomeli**
  - Presidio Sanitario di Mussomeli
  - Presidio Sanitario di Campofranco
  - Presidio Sanitario di Sutera
  - Presidio Sanitario di Vallelunga
  - Presidio Sanitario di Villalba
- **Distretto Sanitario di Base di Gela**
  - Presidio Sanitario di Gela
  - Presidio Sanitario di Butera
  - Presidio Sanitario di Mazzarino
  - Presidio Sanitario di Niscemi

- U.O.S. Centro Gestionale Screening Oncologici
- U.O.S. Screening Ca mammella
- U.O.S. Screening Ca colon-retto
- U.O.S. Screening Ca cervice uterina
- U.O.S. Appropriatezza e Gestione Liste di Attesa
- U.O.S. Coordinamento CUP e percorsi organizzativi
- Servizio BED Manager
- Servizio Procurement della Donazione di Sangue e di Midollo e Trapianti di Organo
- U.O.S. Servizio Sorveglianza Sanitaria
- U.O.S. Radioprotezione e Fisica Sanitaria
- U.O.S. Educazione alla Salute
- U.O.S. Coordinamento Sale Operatorie
- U.O.S. delle Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche
- U.O.S. delle Professioni Sanitarie di Riabilitazione
- U.O.S. delle Professioni Tecnico-Sanitarie
- U.O.S. della Professioni Tecniche di Prevenzione, Vigilanza ed Ispezione
- U.O.S. del Servizio Sociale Professionale

DIPARTIMENTI STRUTTURALI

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

DIPARTIMENTI FUNZIONALI TRASMURALI (Osp–Terr)

- Dipartimento Ospedaliero e dell'Integrazione Ospedale - Territorio
- Dipartimento Funzionale Materno Infantile
- Dipartimento Funzionale Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria
- Dipartimento Funzionale dei Servizi
- Dipartimento Funzionale Emergenza Urgenza
- Dipartimento funzionale Oncologico

DIPARTIMENTI FUNZIONALI OSPEDALIERI

- Dipartimento Funzionale Ospedaliero di Chirurgia
- Dipartimento Funzionale Ospedaliero di Medicina

Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta
Via G. Cusmano, 1 - 93100 Caltanissetta
Codice Fiscale e Partita IVA: 01825570854
PEC: protocollo.asp.cl.@pec.asp.cl.it
WEB: www.asp.cl.it

ASP 3 2 CALTANISSETTA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

DA Direttore Amministrativo

DIPARTIMENTO FUNZIONALE AMMINISTRATIVO

- **U.O.C. Economico Finanziario e Patrimoniale**
  - U.O.S. Contabilità e Finanze
  - U.O.S. Programmazione – Bilancio e Patrimonio
- **U.O.C. Tecnico**
  - U.O.S. Facility Management
- **U.O.C. Affari Generali**
  - U.O.S. Affari Generali e Convenzioni
- **U.O.C. Risorse Umane**
  - U.O.S. Trattamento Economico e Fondi
  - U.O.S. Concorsi e Gestione Giuridica
- **U.O.C. Provveditorato**
  - U.O.S. Appalti e Forniture
  - U.O.S. Economato
- **U.O.S.D. Ingegneria Ospedaliera**

- **U.O.C. Coordinamento Amministrativo Area Territoriale**
  - U.O.S. Coordinamento Amministrativo Area Nord
  - U.O.S. Coordinamento Amministrativo Area Sud
- **U.O.C. Direzione Amministrativa Ospedali «AREA NORD»**
- **U.O.C. Direzione Amministrativa Ospedali «AREA SUD»**

ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE

Dipartimenti Strutturali

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Prevenzione Veterinaria
- Dipartimento Salute Mentale

Dipartimenti Funzionali Trasmurali (Ospedale – Territorio)

- Dipartimento Ospedaliero e Integrazione Ospedale - Territorio
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria
- Dipartimento dei Servizi
- Dipartimento Emergenza Urgenza
- Dipartimento Oncologico
- Dipartimento Funzionale Ospedaliero di Chirurgia
- Dipartimento Funzionale Ospedaliero di Medicina

5

Dipartimenti Strutturali – UU.OO.CC. – UU.OO.SS.DD.

Dipartimento di Prevenzione

- U.O.C. Servizio di Sanità Pubblica Epidemiologica e Medicina Preventiva (SPEMP)
- U.O.C. Servizio di Igiene degli Ambienti di Vita (SIAV)
- U.O.C. Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN)
- U.O.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro (SPRESAL)
- U.O.C. Servizio Impiantistica e Antinfortunistica
- U.O.C. Laboratorio di Sanità Pubblica (LSP)
- U.O.S.D. Igiene Pubblica Area Nord (SIAN+SIAV+SPEMP)
- U.O.S.D. Igiene Pubblica Area Sud (SIAN+SIAV+SPEMP)
- U.O.S.D. Accreditamento
- U.O.S.D. Medicina dello Sport
- U.O.S.D. Medicina Scolastica

Dipartimento di Prevenzione Veterinaria

- U.O.C. Servizio Sanità Animale (Area A)
- U.O.C. Igiene Alimenti di Origine Animale (Area B)
- U.O.C. Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche (Area C)
- U.O.S.D. Randagismo
- U.O.S.D. Sicurezza Alimentare
- U.O.S.D. Gestione e Sistemi Informativi e Flussi Dipartimento Veterinario
- U.O.S.D. Igiene Veterinaria Area Nord
- U.O.S.D. Igiene Veterinaria Area Sud

Dipartimento Salute Mentale

- U.O.C. Modulo DSM (Area Nord)
- U.O.C. Modulo DSM (Area Sud)
- U.O.C. Area delle Dipendenze
- U.O.C. Neuropsichiatria Infantile

6

Dipartimenti Strutturali - 1/3

Dipartimento di Prevenzione - UU.OO.CC. – UU.OO.SS.DD. - UU.OO.SS.

- U.O.C. Servizio di Sanità Pubblica Epidemiologica e Medicina Preventiva (SPEMP)
- U.O.C. Servizio di Igiene degli Ambienti di Vita (SIAV)
- U.O.C. Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN)
- U.O.S.D. Igiene Pubblica Area Nord (SIAN + SIAV + SPEMP)
- U.O.S.D. Igiene Pubblica Area Sud (SIAN + SIAV + SPEMP)
- U.O.S.D. Medicina dello Sport
- U.O.S.D. Accreditamento
- U.O.S.D. Medicina Scolastica
- U.O.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro (SPRESAL)
  - U.O.S. Prevenzione Igienico - Sanitaria (Area Nord)
  - U.O.S. Prevenzione Igienico - Sanitaria (Area Sud)
- U.O.C. Servizio Impiantistica e Antinfortunistica
- U.O.C. Laboratorio di Sanità Pubblica (LSP)

Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta
Via G. Cusmano, 1 - 93100 Caltanissetta
Codice Fiscale e Partita IVA: 01825570854
PEC: protocollo.asp.cl.@pec.asp.cl.it
WEB: www.asp.cl.it

Dipartimenti Strutturali - 2/3

Dipartimento di Prevenzione Veterinaria - UU.OO.CC. – UU.OO.SS.DD. - UU.OO.SS.

- U.O.C. Servizio Sanità Animale (Area A)
- U.O.C. Igiene Alimenti di Origine Animale (Area B)
- U.O.C. Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche (Area C)
- U.O.S.D. Randagismo
- U.O.S.D. Gestione e Sistemi Informativi e Flussi Dipartimento Veterinario
- U.O.S.D. Sicurezza Alimentare
- U.O.S.D. Igiene Veterinaria (Area Nord)
- U.O.S.D. Igiene Veterinaria (Area Nord)

Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta
Via G. Cusmano, 1 - 93100 Caltanissetta
Codice Fiscale e Partita IVA: 01825570854
PEC: protocollo.asp.cl.@pec.asp.cl.it
WEB: www.asp.cl.it

Dipartimenti Strutturali - 3/3

Dipartimento di Salute Mentale - UU.OO.CC. – UU.OO.SS.DD. - UU.OO.SS.

- **U.O.C. Modulo DSM (Area Nord)**
  - U.O.S. Centro Diurno Area Nord
  - U.O.S. Centro Salute Mentale Area Nord (Caltanissetta)
  - U.O.S. S.P.D.C. Area Nord (Caltanissetta)
  - U.O.S. C.T.A. - Caltanissetta
- **U.O.C. Modulo DSM (Area Sud)**
  - U.O.S. Centro Diurno Area Sud
  - U.O.S. Centro Salute Mentale Area Sud (Gela)
  - U.O.S. S.P.D.C. Area Sud (Gela)
- **U.O.C. Area delle Dipendenze**
  - U.O.S. Ser.T. Area Nord
  - U.O.S. Ser.T. Area Sud
- **U.O.C. Neuropsichiatria Infantile**

Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta
Via G. Cusmano, 1 - 93100 Caltanissetta
Codice Fiscale e Partita IVA: 01825570854
PEC: protocollo.asp.cl.@pec.asp.cl.it
WEB: www.asp.cl.it

Dipartimenti Funzionali Trasmurali (Ospedale – Territorio) – UU.OO.CC. – UU.OO.SS.DD.

Dipartimento Ospedaliero e Integrazione Ospedale - Territorio

- U.O.C. Direzione Medica Ospedali Area Nord
- U.O.C. Direzione Medica Ospedali Area Sud
- U.O.C. Ospedalità Pubblica e Privata
- U.O.S.D. Monitoraggio e Prevenzione Terziaria delle Malattie Cronico Degenerative
- U.O.S.D. Centri di Assistenza Limitata (C.A.L.)
- U.O.S.D. Allergologia e Immunologia
- U.O.S.D. Diabetologia
- U.O.S.D. Broncopatite riferite a rischio ambientale
- U.O.S.D. Coordinamento Attività Anestesiologiche
- U.O.S.D. Diagnosi e Riabilitazione Otorino Laringoiatrica
- U.O.S.D. Endocrinochirurgia
- U.O.S.D. Coordinamento Infettivologico Attività H/T

Dipartimento Funzionale Materno Infantile

- U.O.C. Ostetricia e Ginecologia Caltanissetta
- U.O.C. Ostetricia e Ginecologia Gela
- U.O.C. Pediatria Caltanissetta
- U.O.C. Pediatria Gela
- U.O.S.D. Coordinamento dei Consultori
- U.O.S.D. Terapia Intensiva Neonatale (UTIN)

Dipartimento Funzionale Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria

- U.O.C. Cure Primarie
- U.O.C. Medicina Legale
- U.O.C. Riabilitazione
- U.O.C. Integrazione Socio – Sanitaria
- U.O.S.D. Spina Bifida
- U.O.S.D. Diabetologia Pediatrica
- U.O.S.D. Cure Palliative – Hospice Area Nord
- U.O.S.D. Cure Palliative – Hospice Area Sud
- U.O.S.D. Medicina Penitenziaria
- U.O.S.D. RSA Caltanissetta

Dipartimento Funzionale dei Servizi

- U.O.C. Patologia Clinica Caltanissetta
- U.O.C. Patologia Clinica Gela
- U.O.C. Radiologia Caltanissetta
- U.O.C. Radiologia Gela
- U.O.C. Farmacia Ospedaliera
- U.O.C. Farmacie (Territorio)
- U.O.C. Anatomia e Istologia Patologica
- U.O.C. Trasfusionale
- U.O.S.D. Ambulatori di Radiologia Integrazione Ospedale Territorio
- U.O.S.D. Radiologia Mussomeli
- U.O.S.D. Radiologia Mazzarino
- U.O.S.D. Radiologia Niscemi
- U.O.S.D. NeuroRadiologia
- U.O.S.D. Radiologia Vascolare e Interventistica
- U.O.S.D. Thalassemia
- U.O.S.D. Unità Farmaci Antiblastici (UFA)
- U.O.S.D. Assistenza Farmaceutica di Base e Farmacovigilanza

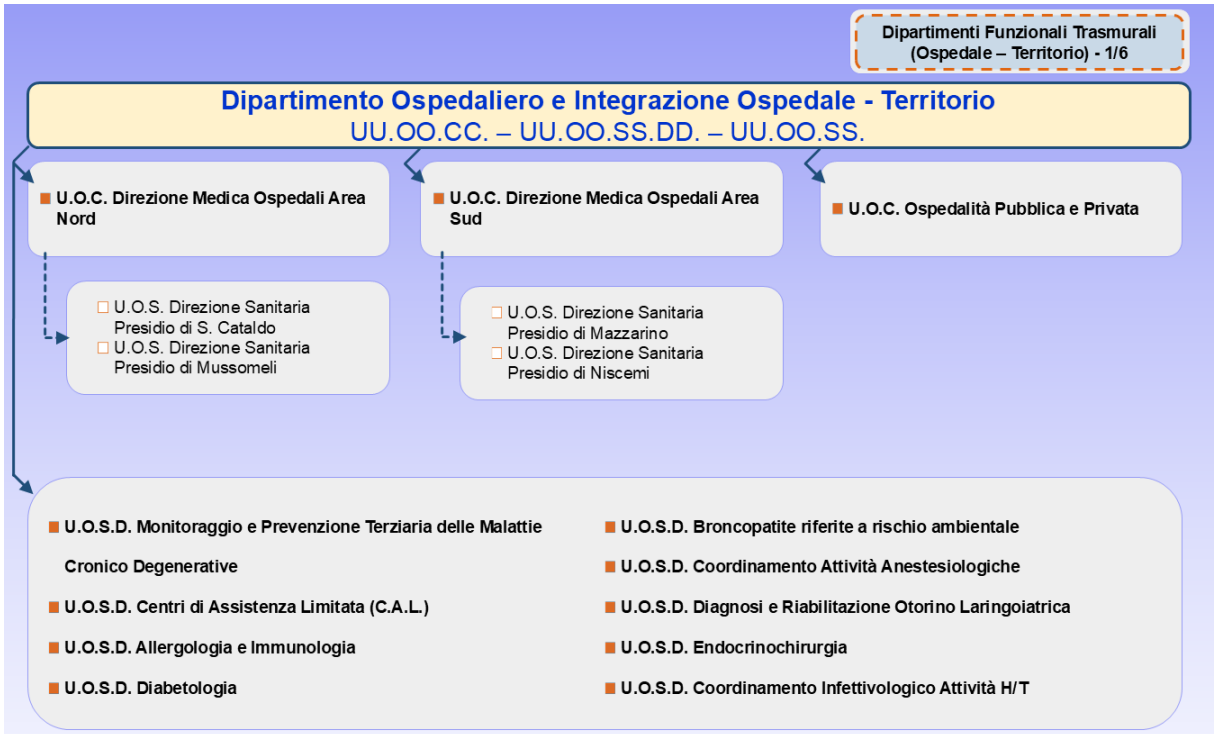
Dipartimento Funzionale Emergenza Urgenza

- U.O.C. Servizio di Anestesia Caltanissetta
- U.O.C. Servizio di Anestesia Gela
- U.O.C. MCAU Caltanissetta
- U.O.C. MCAU Gela
- U.O.C. Centrale Operativa 118
- U.O.S.D. Emodinamica

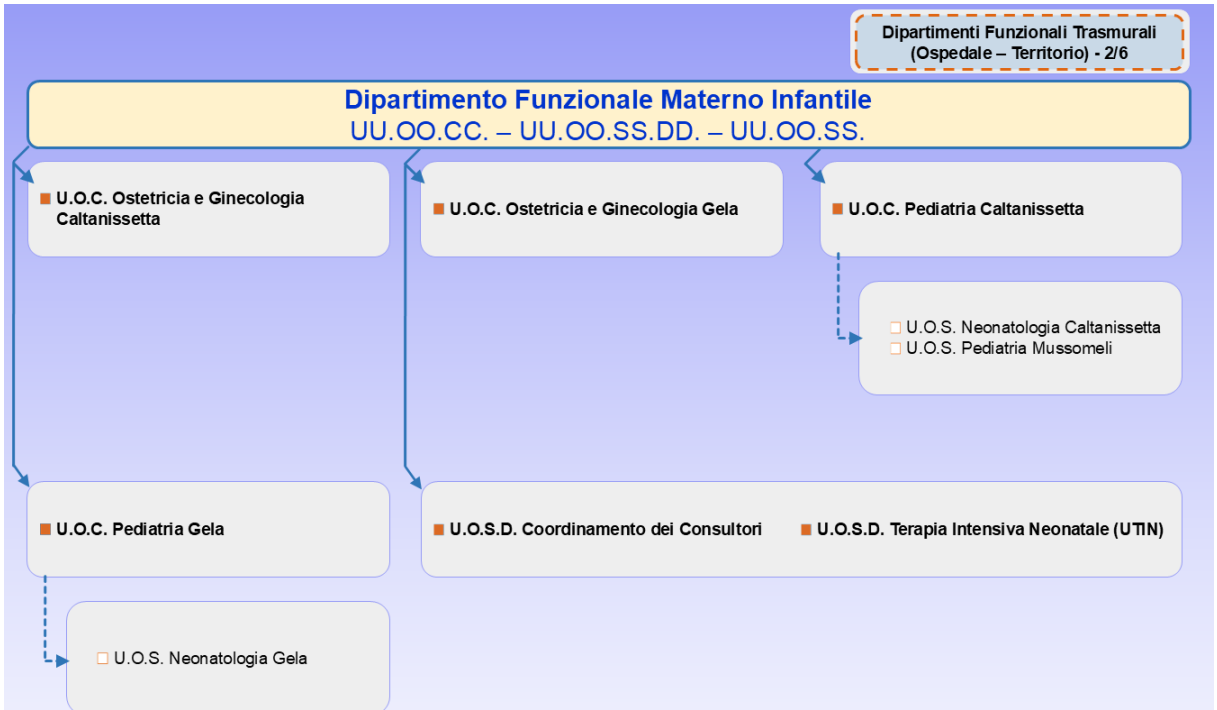
Dipartimento Funzionale Oncologico

- U.O.C. Oncologia Caltanissetta
- U.O.C. Oncologia Clinica Gela
- U.O.C. Ematologia
- U.O.C. Radioterapia Gela
- U.O.C. Medicina Nucleare

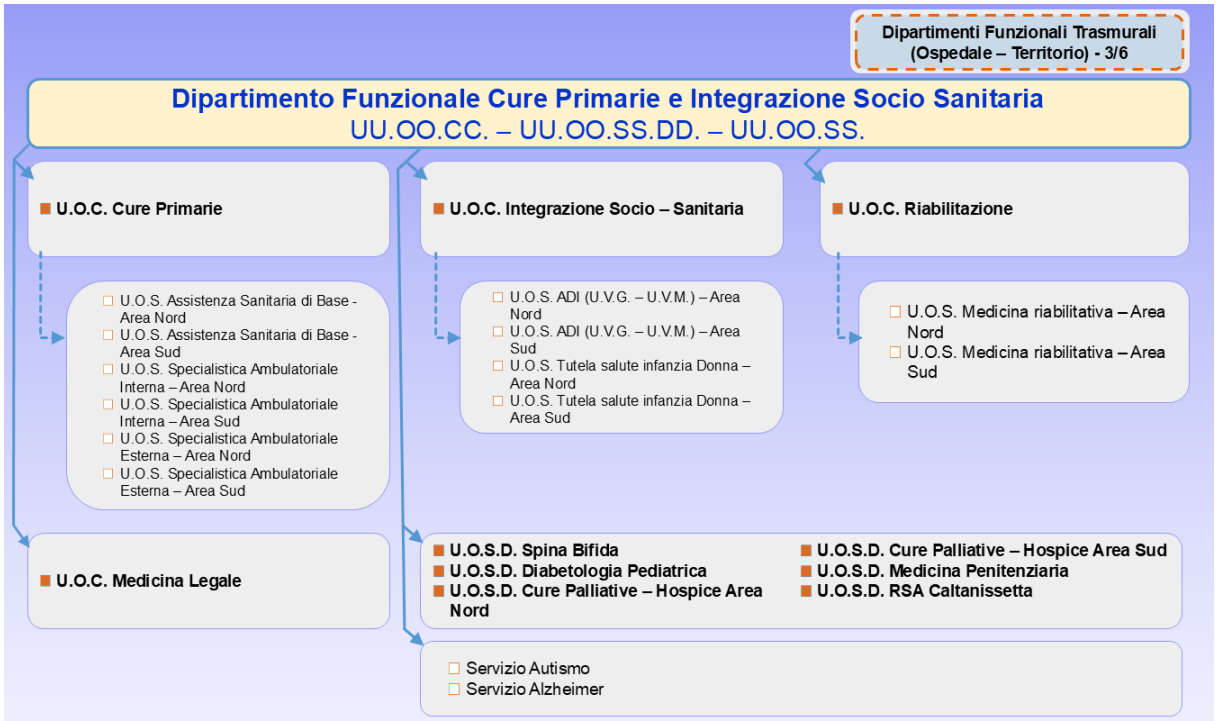
10



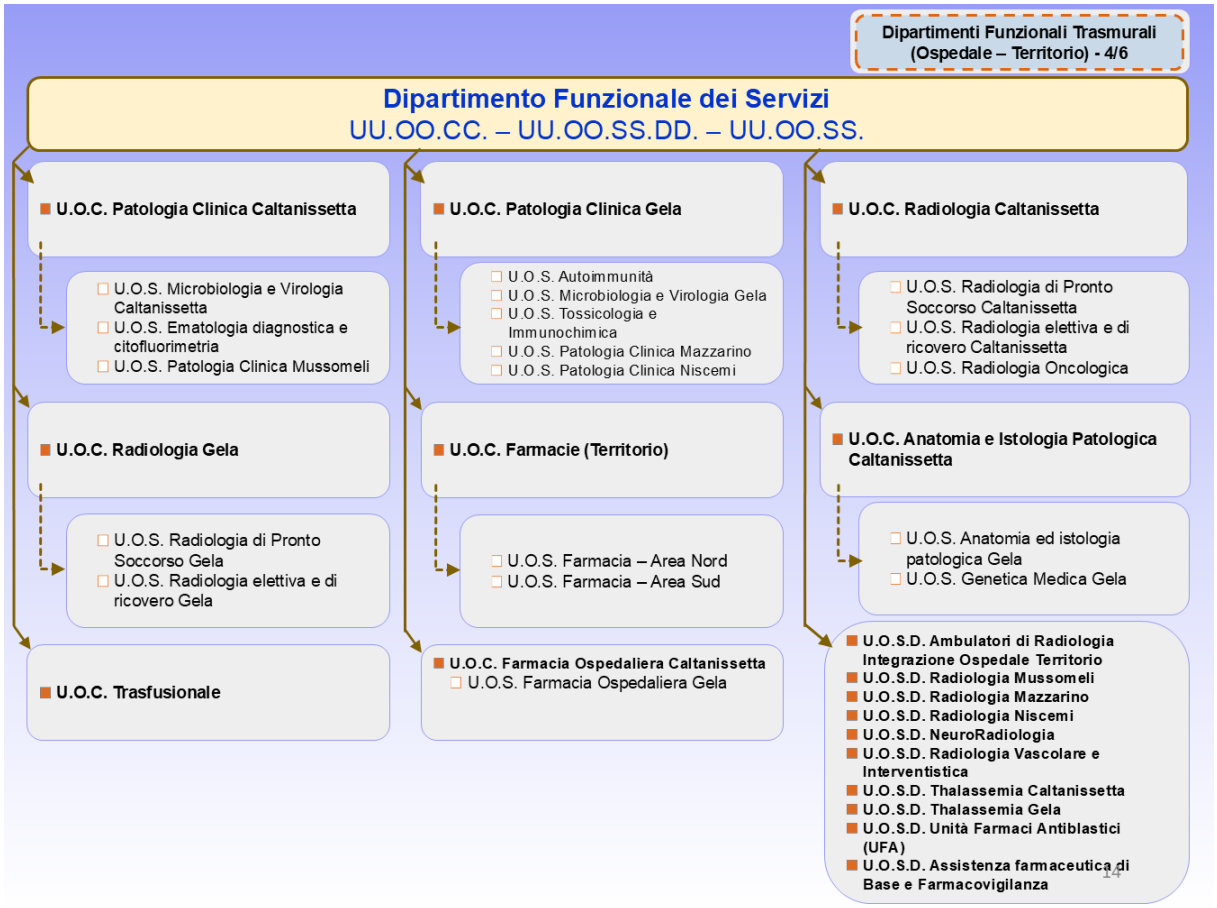
Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta
Via G. Cusmano, 1 - 93100 Caltanissetta
Codice Fiscale e Partita IVA: 01825570854
Mail: protocollo.asp.cl.@pec.asp.cl.it
Web: www.asp.cl.it

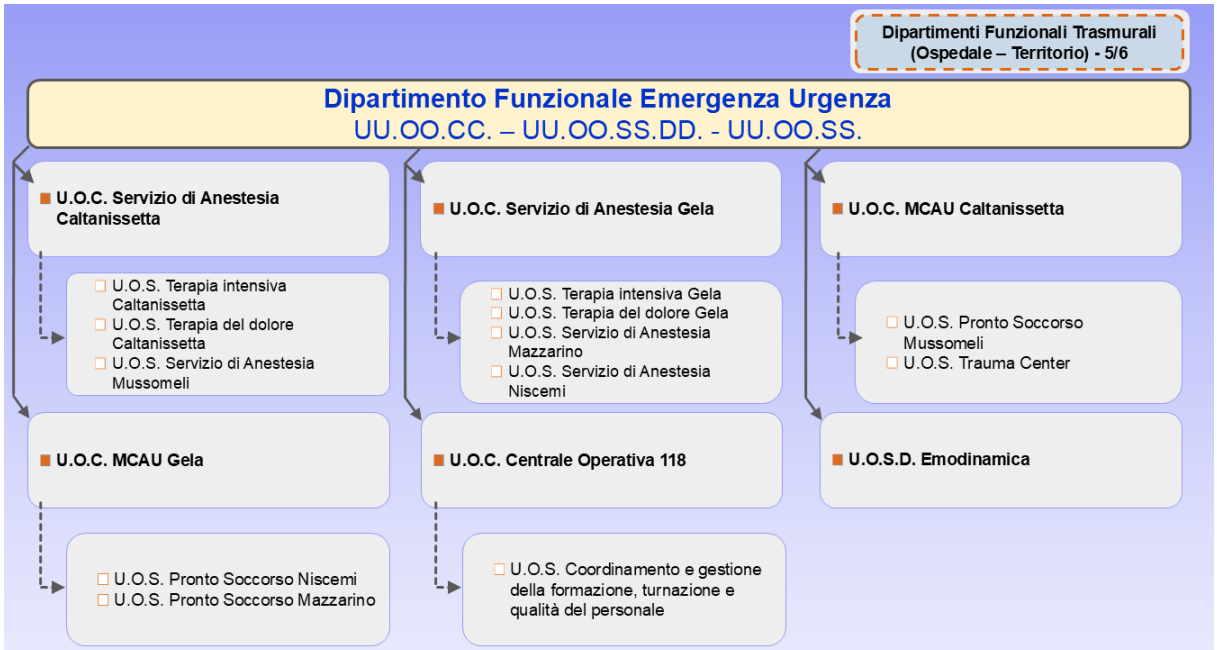


Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta
Via G. Cusmano, 1 - 93100 Caltanissetta
Codice Fiscale e Partita IVA: 01825570854
Mail: protocollo.asp.cl.@pec.asp.cl.it
Web: www.asp.cl.it

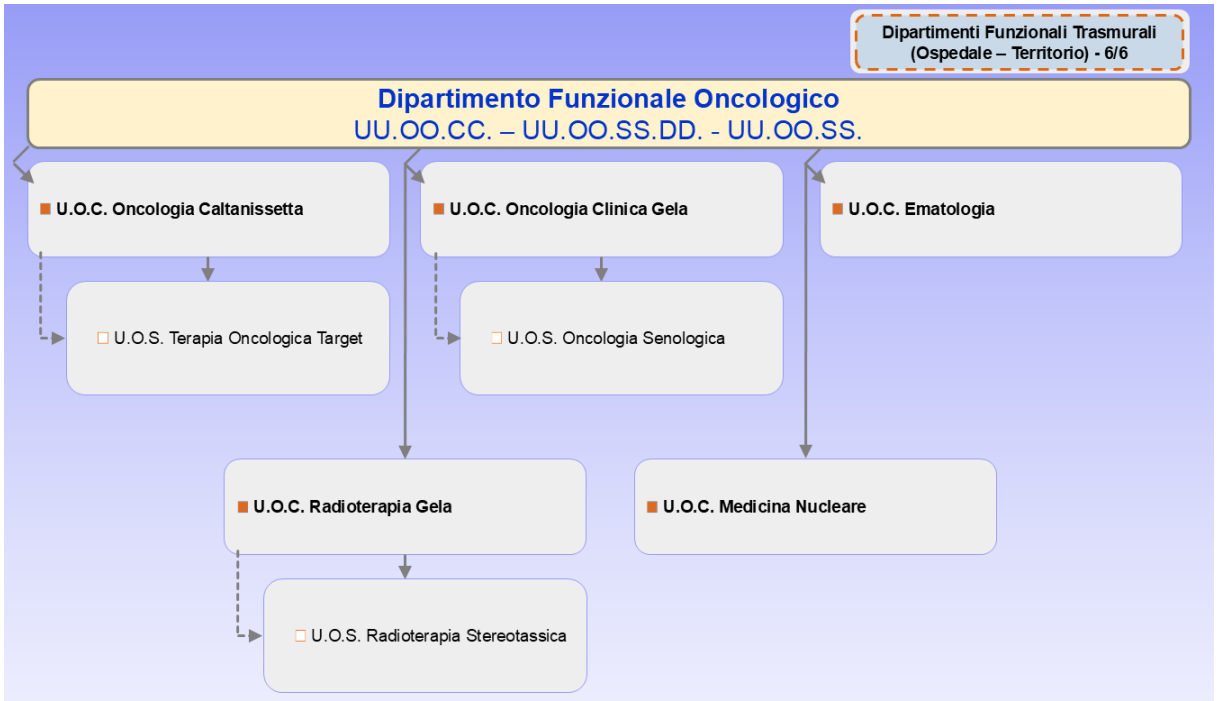


Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta
Via G. Cusmano, 1 - 93100 Caltanissetta
Codice Fiscale e Partita IVA: 01825570854
Mail: protocollo.asp.cl.@pec.asp.cl.it
Web: www.asp.cl.it





Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta
Via G. Cusmano, 1 - 93100 Caltanissetta
Codice Fiscale e Partita IVA: 01825570854
Mail: protocollo.asp.cl.@pec.asp.cl.it
Web: www.asp.cl.it



Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta
Via G. Cusmano, 1 - 93100 Caltanissetta
Codice Fiscale e Partita IVA: 01825570854
Mail: protocollo.asp.cl.@pec.asp.cl.it
Web: www.asp.cl.it

Dipartimenti Funzionali Ospedalieri (UU.OO.SS.DD. – UU.OO.CC. – UU.OO.SS.) - 1/2

Ospedali Area Nord

→ PP.OO. Riuniti S. Elia di Caltanissetta e M. Raimondi di San Cataldo
→ P.O. Maria Immacolata Longo di Mussomeli

- U.O.C. Direzione Medica Ospedali Area Nord
  - U.O.S. Direzione Sanitaria Presidio di San Cataldo
  - U.O.S. Direzione Sanitaria Presidio di Mussomeli

Ospedali Area Sud

→ P.O. Vittorio Emanuele di Gela
→ P.O. Santo Stefano di Mazzarino
→ P.O. Suor Cecilia Basarocco di Niscemi

- U.O.C. Direzione Direzione Medica Ospedali Area Sud
  - U.O.S. Direzione Sanitaria Presidio di Mazzarino
  - U.O.S. Direzione Sanitaria Presidio di Niscemi

Dipartimento Funzionale Ospedaliero di Chirurgia

- U.O.C. Chirurgia Generale P.O. Caltanissetta
- U.O.C. Ortopedia e traumatologia P.O. Caltanissetta
- U.O.C. Oculistica P.O. Caltanissetta
  - U.O.S. Oculistica Gela
- U.O.C. Otorinolaringoiatria P.O. Caltanissetta
  - U.O.S. Otorinolaringoiatria Gela
- U.O.C. Urologia P.O. Caltanissetta
- U.O.C. Chirurgia Vascolare P.O. Caltanissetta
  - U.O.S. Chirurgia Endovascolare
- U.O.C. Neurochirurgia P.O. Caltanissetta
- U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva P.O. Caltanissetta

- U.O.S.D. Chirurgia Toracica
- U.O.S.D. Chirurgia Generale Mussomeli

- U.O.C. Chirurgia Generale P.O. Gela
- U.O.C. Ortopedia e traumatologia P.O. Gela
- U.O.C. Urologia P.O. Gela
- U.O.C. Otorinolaringoiatria P.O. Caltanissetta
  - U.O.S. Otorinolaringoiatria P.O. Gela
- U.O.C. Oculistica P.O. Caltanissetta
  - U.O.S. Oculistica Gela

- U.O.S.D. Breast Unit
- U.O.S.D. Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva
- U.O.S.D. Chirurgia Generale Mazzarino
- U.O.S.D. Chirurgia Generale Niscemi

Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta
Via G. Cusmano, 1 - 93100 Caltanissetta
Codice Fiscale e Partita IVA: 01825570854
Mail: protocollo.asp.cl.@pec.asp.cl.it
Web: www.asp.cl.it

N.B. Le UU.OO. evidenziate con questo colore indicano appartenenza ad altro Presidio Ospedaliero

Dipartimenti Funzionali Ospedalieri (UU.OO.SS.DD. – UU.OO.CC. – UU.OO.SS.) - 2/2

Ospedali Area Nord

→ PP.OO. Riuniti S. Elia di Caltanissetta e M. Raimondi di San Cataldo
→ P.O. Maria Immacolata Longo di Mussomeli

- U.O.C. Direzione Sanitaria Presidio di Caltanissetta
  - U.O.S. Direzione Sanitaria Presidio di San Cataldo
  - U.O.S. Direzione Sanitaria Presidio di Mussomeli

Ospedali Area Sud

→ P.O. Vittorio Emanuele di Gela
→ P.O. Santo Stefano di Mazzarino
→ P.O. Suor Cecilia Basarocco di Niscemi

- U.O.C. Direzione Sanitaria Presidio di Gela
  - U.O.S. Direzione Sanitaria Presidio di Mazzarino
  - U.O.S. Direzione Sanitaria Presidio di Niscemi

Dipartimento Funzionale Ospedaliero di Medicina

- U.O.C. Medicina Generale P.O. Caltanissetta
  - U.O.S. Lungodegenza Mussomeli
- U.O.C. Astanteria P.O. Caltanissetta
- U.O.C. Neurologia P.O. Caltanissetta
- U.O.C. Pneumologia P.O. Caltanissetta
- U.O.C. Malattie infettive e tropicali P.O. Caltanissetta
- U.O.C. Unità Coronarica (UTIC)
  - U.O.S. Cardiologia

- U.O.S.D. Dermatologia
- U.O.S.D. Nefrologia
- U.O.S.D. Stroke Unit
- U.O.S.D. Medicina Generale Mussomeli
- U.O.S.D. Lungodegenza Caltanissetta (P.O. San Cataldo)

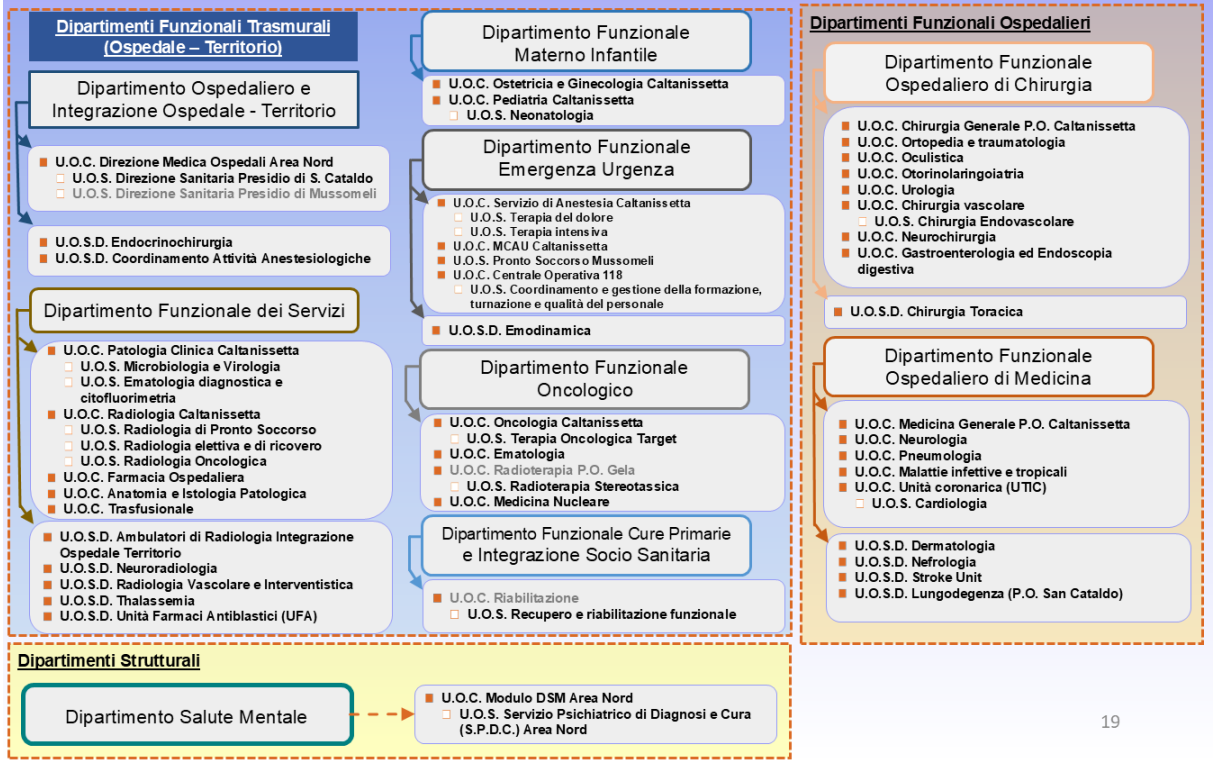
- U.O.C. Medicina Generale P.O. Gela
  - U.O.S. Lungodegenza Gela
  - U.O.S. Lungodegenza Mazzarino
  - U.O.S. Lungodegenza Niscemi
- U.O.C. Astanteria P.O. Gela
- U.O.C. Cardiologia P.O. Gela
  - U.O.S. Unità Coronarica
- U.O.C. Neurologia P.O. Gela
- U.O.C. Malattie infettive e tropicali P.O. Gela
- U.O.C. Nefrologia

- U.O.S.D. Medicina Generale Mazzarino
- U.O.S.D. Medicina Generale Niscemi

Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta
Via G. Cusmano, 1 - 93100 Caltanissetta
Codice Fiscale e Partita IVA: 01825570854
Mail: protocollo.asp.cl.@pec.asp.cl.it
Web: www.asp.cl.it

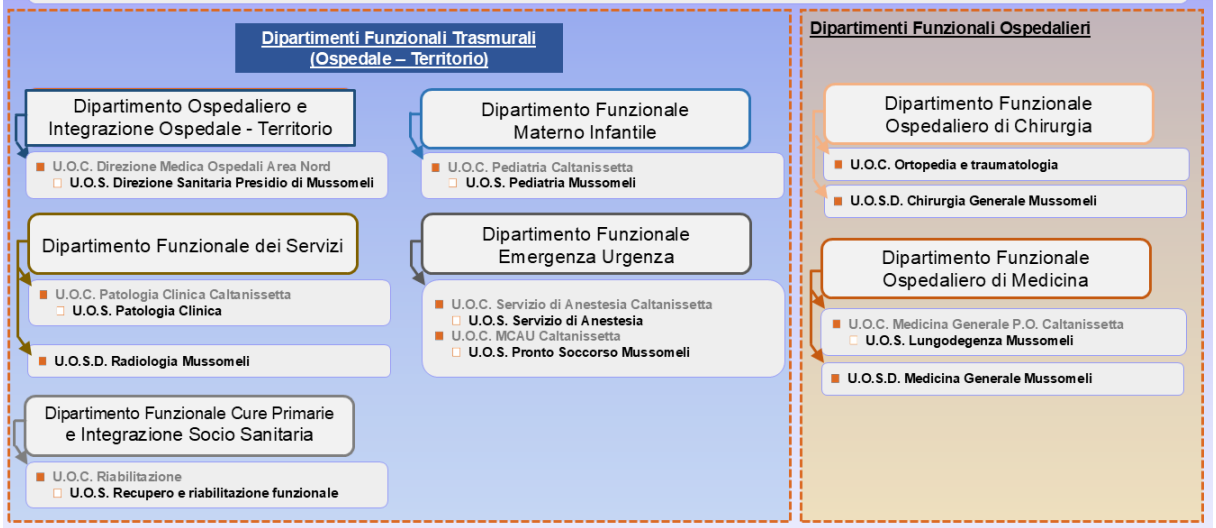
Ospedali Area Nord

PP.OO. riuniti S. Elia di Caltanissetta e M. Raimondi di San Cataldo



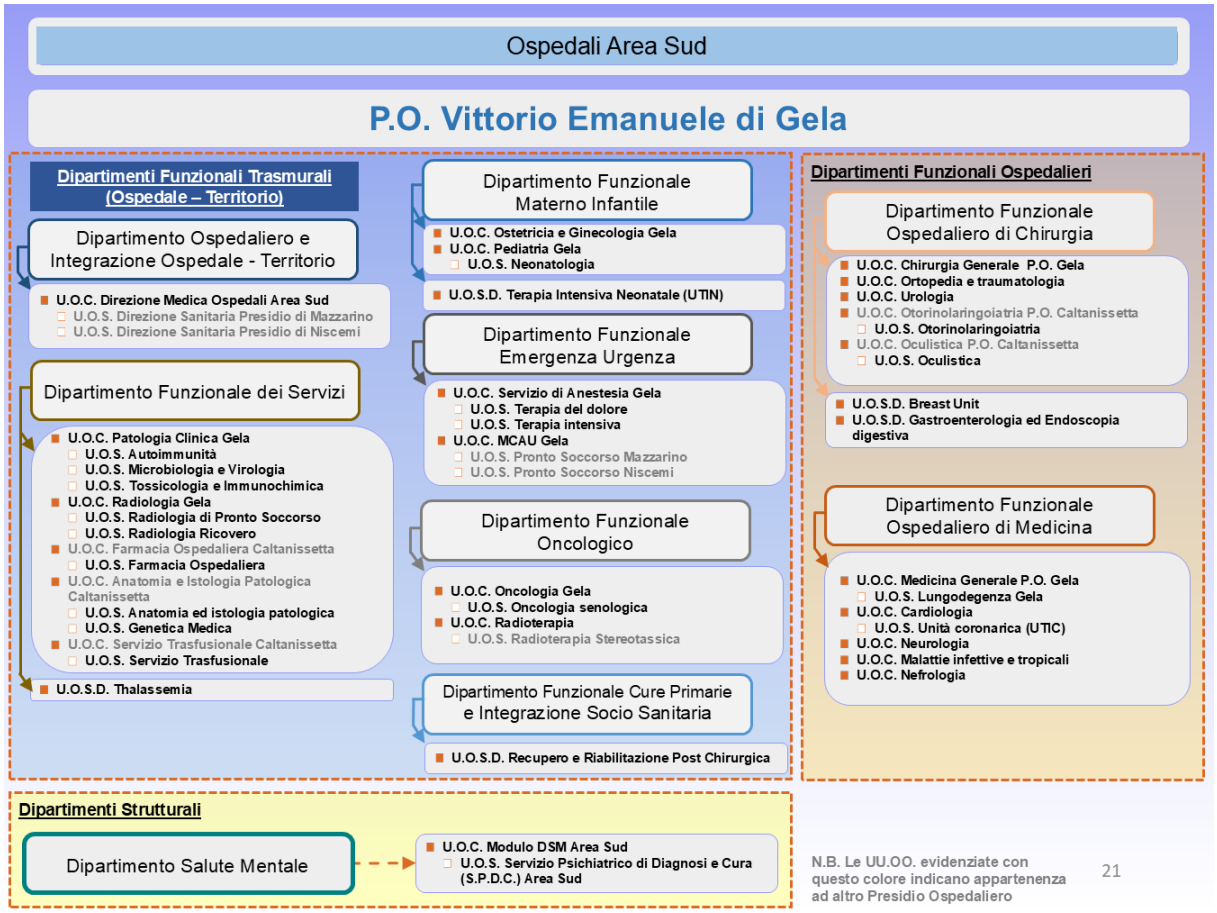
Ospedali Area Nord

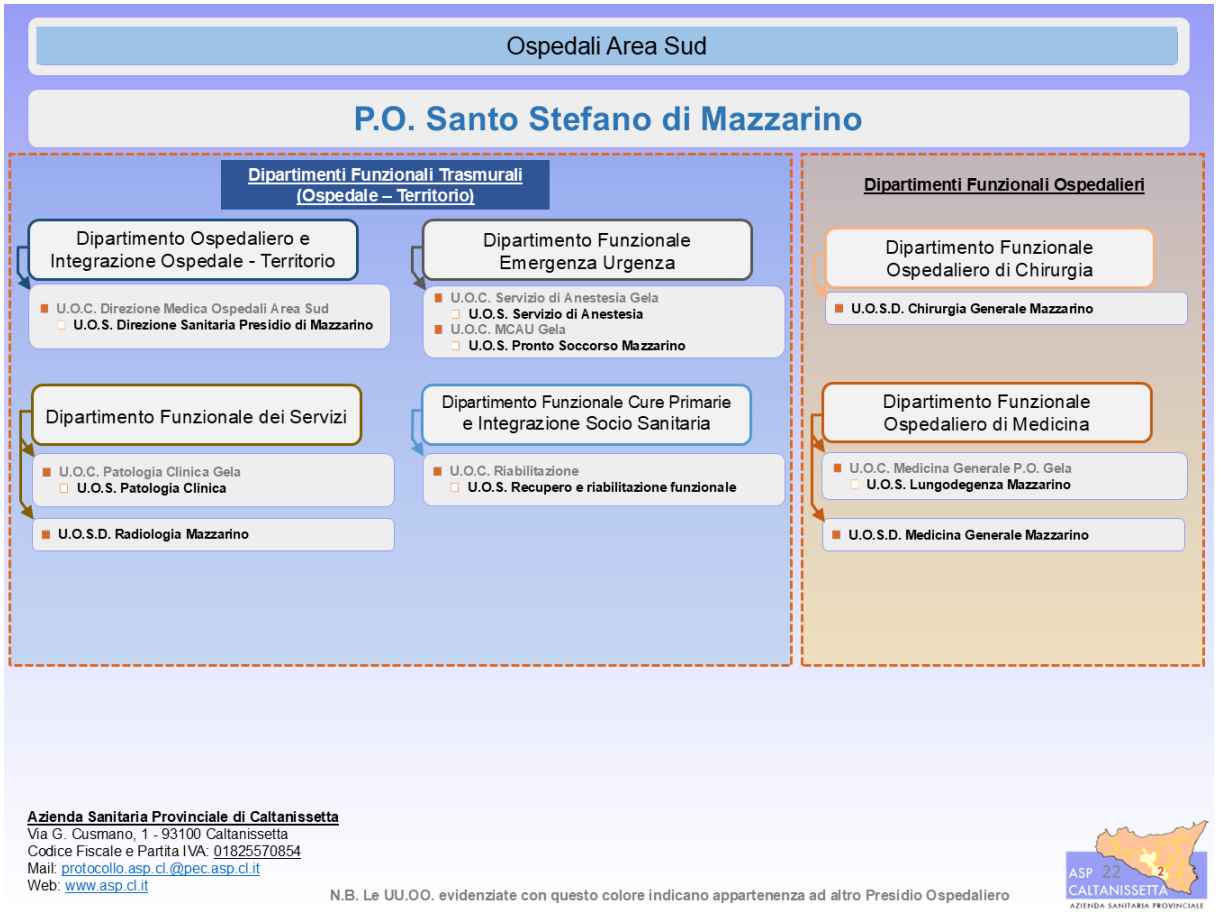
P.O. Maria Immacolata Longo di Mussomeli



Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta
Via G. Cusmano, 1 - 93100 Caltanissetta
Codice Fiscale e Partita IVA: 01825570854
Mail: protocollo.asp.cl@pec.asp.cl.it
Web: www.asp.cl.it

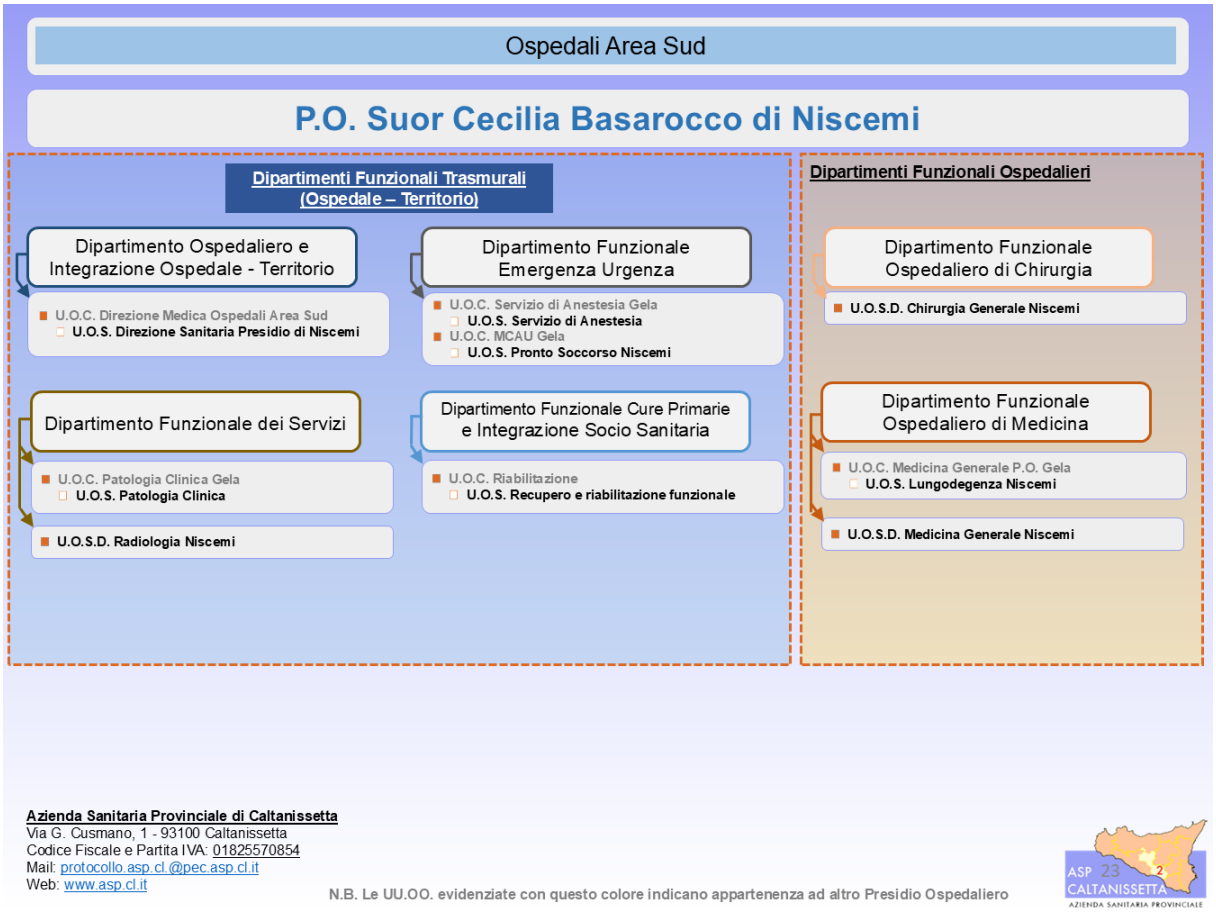
N.B. Le UU.OO. evidenziate con questo colore indicano appartenenza ad altro Presidio Ospedaliero





Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta
Via G. Cusmano, 1 - 93100 Caltanissetta
Codice Fiscale e Partita IVA: 01825570854
Mail: protocollo.asp.cl.@pec.asp.cl.it
Web: www.asp.cl.it

N.B. Le UU.OO. evidenziate con questo colore indicano appartenenza ad altro Presidio Ospedaliero



Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta
Via G. Cusmano, 1 - 93100 Caltanissetta
Codice Fiscale e Partita IVA: 01825570854
Mail: protocollo.asp.cl.@pec.asp.cl.it
Web: www.asp.cl.it

N.B. Le UU.OO. evidenziate con questo colore indicano appartenenza ad altro Presidio Ospedaliero

Distretti Sanitari e popolazione afferente al 31 OTTOBRE 2024

(Dati estratti il 09 gen 2025, 11h03 UTC (GMT) da I.Stat)

Distretto	Comuni afferenti	Maschi	Femmine	Totale
Caltanissetta	Caltanissetta	118 883	126 347	245 230
	Delia	1 811	2 049	3 860
	Resuttano	831	870	1 701
	Riesi	4 916	5 355	10 271
	Santa Caterina Villarmosa	2 149	2 389	4 538
	Sommatino	2 986	3 298	6 284
	Totale	**131.576**	**140.308**	**271.884**
San Cataldo	San Cataldo	9 863	10 612	20 475
	Marianopoli	734	799	1 533
	Serradifalco	2 557	2 848	5 405
	Montedoro	643	693	1 336
	Bompensiere	230	240	470
	Milena	1 286	1 339	2 625
	Totale	**15.313**	**16.531**	**31.844**
Mussomeli	Mussomeli	4 768	5 067	9 835
	Villalba	662	708	1 370
	Vallelunga Pratameno	1 458	1 579	3 037
	Acquaviva Platani	416	427	843
	Sutera	544	598	1 142
	Campofranco	1 199	1 358	2 557
	Totale	**9.047**	**9.737**	**18.784**
Gela	Gela	34 308	36 103	70 411
	Butera	2 010	2 083	4 093
	Mazzarino	5 141	5 561	10 702
	Niscemi	12 197	12 491	24 688
	Totale	**53.656**	**56238**	**109.894**

1.1 DOTAZIONE ORGANICA

Le dotazioni organiche costituiscono strumenti di programmazione ed organizzazione e, pertanto, sono soggette, a loro volta, a un progressivo adattamento alle mutevoli esigenze organizzative e assistenziali, fermo restando che devono comunque prevedere il fabbisogno necessario a soddisfare le esigenze assistenziali inerenti la mission aziendale, in correlazione alle strutture esistenti.

L'Azienda, con atto deliberativo n. 329 del 31/01/2022, modificato con deliberazione n. 971 del 06/04/2022, ha preso atto del Decreto Assessoriale n. 1507/2021 del 31/12/2021, di approvazione della Dotazione Organica e del Piano Triennale del Fabbisogno dell'ASP di Caltanissetta, triennio 2021-2023.

I documenti approvati relativi alla dotazione organica ed alla programmazione del fabbisogno di personale sono stati redatti in linea con le previsioni introdotte dal D.Lgs. n.75/2017, di modifica ed integrazione al D.Lgs n.165/2001, che ha sostituito l'art. 6 del testo unico sull'impiego.

In relazione a quanto sopra, con successivo atto deliberativo n. 528 del 12.06.2024, l'Azienda ha proceduto ad un riallineamento di alcuni profili Professionali- Area Comparto- rispetto a quanto contenuto nella delibera n. 329/2022.

Nel dettaglio, i profili professionali adeguati sono stati i seguenti:

- Ausiliario specializzato (profilo in esaurimento)
- Operatore Socio Sanitario
- Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza (OTA) -profilo in esaurimento
- Operatore Tecnico

Il riallineamento delle sopraindicate figure professionali, ha tenuto conto delle cessazioni per quiescenza nell'anno 2024, il cui costo rientra nei limiti di spesa per i profili di che trattasi, come da prospetto allegato provvedimento

	A		B					
Profili Professionali	**Pianta organica vigente**	**Incremento e Diminuizione**	**Pianta organica a seguito riallineamento**	**Costo base x unità annuo**	**Costo A**	**Costo B**	**Differenza**	**Note**
Ausiliario specializzato	134	-24	110	€ 30.355,39	€ 4.067.621,75	€ 3.339.092,48	-€ 728.529,27	riqualifica per n. 23 e n. 1 cessazione
Operatore socio sanitario	330	9	339	€ 33.060,08	€ 10.909.825,56	€ 11.207.366,25	€ 297.540,70	incremento O.S.S. per cessazioni O.T.A e quiescienza
Operatore tecnico addetto all'assistenza	8	-6	2	€ 34.524,82	€ 276.198,58	€ 69.049,64	-€ 207.148,93	cessazioni per quiescenza
Operatore tecnico	94	18	112	€ 34.648,68	€ 3.256.976,06	€ 3.880.652,33	€ 623.676,27	Cessazioni, riallinemento esuberi e assunzioni n. 4 L. 68/99
Totale	566	-3	563		€ 18.510.621,94	€ 18.496.160,70	-€ 14.461,24	

Con atto deliberativo n. 576 del 08-10-2024, si è proceduto alla Modifica qualitativa della dotazione organica di cui deliberazione n. 329/2022 Area dirigenza medica – relativa a n.3 posti di dirigente medico di Neuroradiologia, con contestuale soppressione di n.2 posti di Dirigente Medico di Medicina d'Urgenza e n.1 posto di Dirigente Medico di Anestesia e Rianimazione.

Con deliberazione n. 655 del 24.10.2024 è stato approvato il Piano Triennale di Riduzione della Spesa per il Personale a Tempo Determinato- Anni 2024- 2026.

La riduzione della Spesa per il Personale a Tempo Determinato rientra tra gli Obiettivi assegnati al Direttore Generale, in sede di firma di Contratto (01.07.2024), secondo lo schema contenuto nella delibera di Giunta n. 197 del 17.06.2024, lettera A.2., che testualmente recita*: "Osservanza delle politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa, con particolare riguardo a: "programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato nel rispetto dell'art.9 comma*

28 D.L. n. 78/2010, conv. in L. n. 122/2010, secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso…".

Nello specifico, il costo del personale a Tempo Determinato, come emerge dalla Tabella D1.2 dell'anno 2024, I semestre, secondo i criteri dettati dalla citata norma di finanza pubblica, L. 122/2010, cioè con esclusione dei costi coperti da "finanziamenti specifici aggiuntivi o da fondi UE", ammonta ad € 9.330.000,00 (18.660.000,00 annui) e il tetto consentito è di € 6.156.000,00;

Alla data del 31.12.2023, la spesa del personale a Tempo Determinato era di € 18.724.000,00. Il percorso da seguire per la riduzione del personale a Tempo Determinato è stato analiticamente indicato all'interno dell'apposita relazione, allegata al sopracitato atto deliberativo n 655 del 24.10.2024 e riepilogato nelle allegate Tabelle A e B) ed è il seguente:

1. Le ulteriori stabilizzazioni previste dalla Legge "Madia" e dalla Legge 234 del 30.12.2021;
2. Lo scorrimento di graduatorie valide;
3. Le assunzioni tramite procedure di mobilità e concorso;

Nella tabella "A" sono stati indicati i numeri del Personale che si prevede di reclutare e/o stabilizzare nel corso degli anni di riferimento.

Nella Tabella "B" è stato indicato l'importo dei costi per il Personale a t.d. che si prevede di sostenere nel triennio di riferimento, alla luce dei reclutamenti a t.i. e delle stabilizzazioni indicati nella tabella A, che tiene conto anche delle dimissioni già notificate dal Personale medico, tecnico e sanitario.

lo Schema di Programma di riduzione della spesa del personale a Tempo Determinato anni 2024-2026 (All. A e B) tenuto conto che le ripartizioni dei risparmi tra Comparto e Dirigenza all'interno delle due macroaree può cambiare, prevedendo comunque il tetto di spesa da raggiungere e salvo blocchi assunzionali imposti dalla legge o dalla Regione.

Tabella A

ASSUNZIONI A TEMPO INDETERMINATO														
		2024				2025				2026				INCARICHI RESIDUI A T.D. AL 31/12/2026
DIRIGENTI	INCARICHI T.D. AL 30/06/2024	MOBILITÀ	CONCORSO AZIENDA	CONCORSO BACINO	LEGGE MADIA	MOBILITÀ	CONCORSO AZIENDA	CONCORSO BACINO	LEGGE MADIA	MOBILITÀ	CONCORSO AZIENDA	CONCORSO BACINO	LEGGE MADIA	DIRIGENZA
MEDICI E VETERINARI	63	0	14	0	0	0	20	0	3	0	24	0	0	0
SANITARI	9	0	0	0	1	0	0	0	4	0	0	0	4	0
SUB TOTALE	**72**	**0**	**14**	**0**	**1**	**0**	**20**	**0**	**7**	**0**	**24**	**0**	**4**	**0**
ALTRI DIRIGENTI														
PROFESSIONALI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TECNICI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AMMINISTRATIVI	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
SUB TOTALE	**4**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**3**
COMPARTO	**INCARICHI T.D. AL 30/06/2024**	**MOBILITÀ**	**CONCORSO AZIENDA**	**CONCORSO BACINO**	**LEGGE MADIA**	**MOBILITÀ**	**CONCORSO AZIENDA**	**CONCORSO BACINO**	**LEGGE MADIA**	**MOBILITÀ**	**CONCORSO AZIENDA**	**CONCORSO BACINO**	**LEGGE MADIA**	**COMPARTO**
TECNICO	215	0	0	0	1	0	30	0	97	0	87	0	0	0
AMMINISTRATIVO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANITARIO	232	0	0	0	2	0	40	0	119	0	71	0	0	0
PROFESSIONALE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
SUB TOTALE	**448**	**0**	**0**	**0**	**3**	**0**	**70**	**0**	**216**	**0**	**159**	**0**	**0**	**0**
TOTALE PERSONALE	**524**	**0**	**14**	**0**	**4**	**0**	**90**	**0**	**223**	**0**	**184**	**0**	**4**	**3**

Tabella B

SPESA DEL PERSONALE A TEMPO DETERMINATO									
OBIETTIVO SPESA 2009 RIDOTTA DEL 50%	SPESA T.D. 2023 AL 30/06/2024		PIANO TRIENNALE DI RIDUZIONE T.D.						
			SPESA T.D. PRESUNTA II SEMESTRE ANNO 2024		SPESA T.D. ANNO 2024	SPESA T.D. ANNO 2025		SPESA T.D. ANNO 2026	
€ 6.156.000,00	€ 9.330.000,00								
DIRIGENTI	N. TOTALE RESIDUO T.D.	COSTO	N. TOTALE RESIDUO T.D.	COSTO		N. TOTALE RESIDUO T.D.	COSTO	N. TOTALE RESIDUO T.D.	COSTO
MEDICI	63	2379	49	1850,24	4229,24	24	1611,12	21	1409,73
SANITARI	9	255	8	226,64	481,64	4	214,04	4	214,04
AMMINISTRATIVI	4	132	4	132	264,00	4	264,00	3	198,00
SUB TOTALE	**76**	**2766**	**61**	**2208,88**	**4974,88**	**32**	**2089,16**	**28**	**1821,77**
ALTRI DIRIGENTI									
PROFESSIONALI	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TECNICI	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUB TOTALE	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
COMPARTO									
TECNICO/OSS	215	2556	214	2544,11	5100,11	123	2917,56	83	1968,76
SANITARIO	232	3991	230	3956,59	7947,59	151	5171,75	63	2157,75
PROFESSIONALE	1	19	1	19	38	1	38	0	0
SUB TOTALE	**448**	**6566**	**445**	**6519,7**	13085,7	**275**	**8127,31**	**146**	**4126,51**
TOTALE PERSONALE	**524**	**9332**	**506**	**8728,58**	**18060,58**	**307**	**10216,47**	**174**	**5948,28**
TOTALE SPESA PERSONALE A T.D. AL NETTO DELLA DIRIGENZA MEDICA E PERSONALE NON DIRIGENZIALE PROFILO SANITARIO E SOCIO SANITARIO					**783,64**		**516,04**		**412,00**

N.B. Il presente prospetto tiene conto delle previsioni di cui all'art. 44 ter del D.L. n. 19 del 02/03/2024 che ha escluso dalle limitazioni di spesa previste per il personale a tempo determinato gli enti del Servizio Sanitario Nazionale *"con riferimento al personale della Dirigenza Medica e al personale non dirigenziale appartenente al profilo sanitario e socio-sanitario"*.

Di seguito si riporta lo stralcio di dotazione organica vigente suddiviso per Comparto e Dirigenza Medica. (Tabella C – Tabella D)

Tabella C - Comparto

				Dati								
Ord.	Ruolo	dirig/comparto	Posiz. Funz. Complessive	_P. Prev.	_P. Cop.	P. Vacanti	T.D.	_T.D. Spe	COMANDI	T.D_CC	_P.Iva	_15 Oct.
20	San.	Comparto	Tecnico Audioprotesista	1	0	1						
21	San.	Comparto	Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicos	6	1	5						
22	San.	Comparto	Infermiere	1087	869	218	100			87		1
23	San.	Comparto	Infermiere Pediatrico	10	0	10						
24	San.	Comparto	Assistente Sanitario	2	2	0						
26	San.	Comparto	Ostetrico	36	25	11	3					
29	San.	Comparto	Dietista	1	1	0						
30	San.	Comparto	Tecnico di Laboratorio Biomedico	59	40	19	16					
32	San.	Comparto	Tecnico di Radiologia	77	59	18	11		3			
33	San.	Comparto	Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione c	10	0	10						
34	San.	Comparto	Tecnico di neurofisiopatologia	4	2	2	2					
35	San.	Comparto	Fisioterapista	58	33	25	4					3
37	San.	Comparto	Logopedista	16	11	5						
38	San.	Comparto	Tecnico audiometrista	5	0	5						
39	San.	Comparto	Tecnico della neuro e psicomotricista dell'età evolutiva	7	3	4						
40	San.	Comparto	Ortottista – Assistente di oftamologia	7	2	5						2
43	San.	Comparto	Massofisioterapista	6	6	0						
44	San.	Comparto	Tecnico della prevenzione	30	24	6	4					
46	San.	Comparto	Educatore professionale	6	3	3						
47	San.	Comparto	Terapista occupazionale	1	1	0						
52	Prof.le	Comparto	Assistente religioso – D	1	1	0						
53	Prof.le	Comparto	Specialista della comunicazione istituzionale	1	0	1	1					
54	Prof.le	Comparto	Specialista nei rapporti con i media, giornalista pubblico	1	0	1						
61	Tecn.	Comparto	Assistente sociale	43	39	4						
63	Tecn.	Comparto	Assistente Informatico	10	9	1						
64	Tecn.	Comparto	Collaboratore Tecnico Prof.le	17	11	6	2					
65	Tecn.	Comparto	Assistente tecnico – C	9	8	1						
66	Tecn.	Comparto	Operatore tecnico	112	105	7	3					
67	Tecn.	Comparto	Profilo Atipico - Tecnico	3	3	0						
68	Tecn.	Comparto	Profilo generico	1	1	0						
69	Tecn.	Comparto	Operatore Socio sanitario + OTA Bs	341	166	175				205		
70	Tecn.	Comparto	Ausiliario specializzato – A	110	121	-11						
82	Amm.	Comparto	Collaboratore amministrativo - prof.le	81	64	17	8		1			
84	Amm.	Comparto	Assistente amministrativo	117	107	10						
85	Amm.	Comparto	Coadiutore amministrativo	156	138	15						
87	Amm.	Comparto	Commesso – A	37	34	3						
Totale				2469	1889	577	154		4	292		6

Tabella D - Dirigenza Medica

				Dati								
Ord.	Ruolo	dirig/comparto	Posiz. Funz. Complessive	_P. Prev.	_P. Cop.	P. Vacanti	T.D.	_T.D. Spe	COMANDI	T.D_CC	_P.Iva	_15 Oct.
1	San.	Dirigenza Medica	Medici: Direttore Ospedale	44	34	10						
			Medici: Dirigente Ospedale	520	283	235	17	19				
2	San.	Dirigenza Medica	Medici: Direttore - prevenzione	6	3	3						
			Medici: Dirigente - prevenzione	36	17	19						
			Medici: Dirigente - distretti	63	38	25	2					
			Medici: Direttore - distretti	6	4	2						
			Medici: Dirigente - DSM	34	16	18	1					
			Medici: Direttore - Servizi generali	1	1	0						
			Medici: Dirigente - Servizi generali	1	0	1						
			Medici: Direttore - DSM	4	1	3						
3	San.	Dirigenza Medica	Odontoiatra	3	0	3						
5	San.	Dirigenza Medica	Veterinario: Direttore - prevenzione	3	1	2						
			Veterinario: Dirigente - prevenzione	24	15	9	10					
7	San.	Dirigenza San.	Farmacista: Direttore	2	1	1						
			Farmacista: Dirigente	19	16	3	1					
9	San.	Dirigenza San.	Biologo: Dirigente	28	21	7	1					1
11	San.	Dirigenza San.	Fisico: Dirigente	6	5	1	1					
12	San.	Dirigenza San.	Psicologo: Dirigente	29	24	5						19
13	San.	Dirigenza San.	Pedagogista: Dirigente	3	2	1						
14	San.	Dirigenza San.	Professioni Sanitarie: Dirigente	5	2	3	3					
15	San.	Dirigenza San.	Psicoterapeuta	0	0	0						1
50	Prof.le	Dirigenza Prof.le	Ingegnere: Dirigente	7	2	5						
51	Prof.le	Dirigenza Prof.le	Architetto: Dirigente	2	1	1						
56	Tecn.	Dirigenza Tecn.	Analista: Dirigente	7	1	6						
57	Tecn.	Dirigenza Tecn.	Statistico	1	0	1						
59	Tecn.	Dirigenza Tecn.	Sociologo: Dirigente	6	5	1						
60	Tecn.	Dirigenza San.	Servizio Sociale Prof.le: Dirigente	1	0	1						
80	Amm.	Dirigenza Amm.va	Amministrativo: Dirigente	17	13	4	4					
4.1	San.	Dirigenza Medica	Medico partita iva	0	0	0					30	
Totale				878	506	370	40	19			30	21

Con note prot. n. 34938 del 27/06/2024 e nota prot. n. 45834 del 21/08/2024 è stato rideterminato il Piano Triennale del fabbisogno del Personale per le annualità 2024.2025.2026 e trasmesso all'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento Regionale per Pianificazione Strategica.
Di seguito si riportano i dipendenti dell'ASP di Caltanissetta in forza al 31/12/2024:

DESCRIZIONE	RUOLO SANITARIO		RUOLO TECNICO		RUOLO AMMINISTR.		RUOLO PROFESS.		TOTALE	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Assistenza Ospedaliera	**1553**	**1432**	**547**	**505**	**89**	**77**	**6**	**6**	**2195**	**2020**
Assistenza Territoriale	**320**	**294**	**81**	**77**	**141**	**138**	**0**	**0**	**542**	**509**
Dipartimento Salute Mentale	**76**	**65**	**34**	**34**	**3**	**1**	**0**	**0**	**113**	**100**
Assistenza Collettiva										
Strutture Centrali	**75**	**57**	**54**	**63**	**182**	**152**	**4**	**3**	**315**	**275**
TOTALE	**2024**	**1848**	**716**	**679**	**415**	**368**	**10**	**9**	**3165**	**2904**

DESCRIZIONE	RUOLO SANITARIO	RUOLO TECNICO	RUOLO AMMINISTR.	RUOLO PROFESS.	TOTALE
Caltanissetta - S.elia	705	247	30	1	983
San Cataldo - Raimondi	66	35	5	1	107
Mussomeli - M.I. Longo	89	38	21	1	149
Gela - Vittorio Emanuele III	443	114	7	1	565
Mazzarino - Santo Stefano	43	29	7	1	80
Niscemi - Suor cecilia Basarocco	86	42	7	1	136
TOTALE	1432	505	77	6	2020

1.2 PRESIDI OSPEDALIERI

L’Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta è suddivisa territorialmente in due aree, Nord e Sud a cui afferiscono rispettivamente gli “OSPEDALI AREA NORD” che comprendono i PP.OO. riuniti Sant’Elia di Caltanissetta - Maddalena Raimondi di San Cataldo - Maria Immacolata Longo di Mussomeli e gli “OSPEDALI AREA SUD” che comprendono i PP.OO. Vittorio Emanuele di Gela - Santo Stefano di Mazzarino - Suor Cecilia Basarocco di Niscemi, per un totale di n. 6 presidi ospedalieri.

Accanto alle strutture pubbliche, sul territorio dell’ASP insistono anche le Case di cura private accreditate, in numero di due: una nella zona sud e l’altra nella zona nord rispettivamente la Casa di Cura Santa Barbara SO.GE.SA. di Gela e la Regina Pacis Skema di San Cataldo
Le Case di Cura Private accreditate sono due: una nella zona sud e l’altra nella zona Nord.
Le due Case di Cura accreditate sono:

Codice	Tipo Istituto Denominazione	Denominazione	Indirizzo	Cap	Comune	Prov
190505	Casa di Cura Privata accreditata	Casa Di Cura Regina Pacis Skema Iniziative Sanitarie s.r.l	Via Lanza Di Scalea 3/5	93017	San Cataldo	CL
190506	Casa di Cura Privata accreditata	Casa di Cura Santa Barbara SO.GE.SA. S.p.A	Via Minerbio 3	93012	Gela	CL

L'assistenza ospedaliera è garantita, secondo il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale (D.A. n.46/2015).

Distretti Ospedalieri e Presidi Ospedalieri afferenti

L’ASP di Caltanissetta è articolata in due distretti ospedalieri distinti in Area Nord e Area Sud.

Nell’ambito dei distretti ospedalieri dell’Azienda sono presenti i seguenti Presidi Ospedalieri distinti per area di appartenenza.

Presidi Ospedalieri Riuniti	Tipologia/complessità strutture
Distretto ospedaliero Area Nord	
Sant'Elia di Caltanissetta / M. Raimondi di San Cataldo	HUB Regionale - DEA di II° livello;
M. Immacolata Longo di Mussomeli	Presidio Ospedaliero di zona disagiata
Distretto ospedaliero Area Sud	
Vittorio Emanuele III di Gela, SPOKE Regionale	DEA di I° Livello
Suor Cecilia Basarocco di Niscemi	Presidio Ospedaliero di zona disagiata

Santo Stefano di Mazzarino	Presidio Ospedaliero di zona disagiata

I Distretti Sanitari costituiscono l'articolazione territoriale dell'Azienda al cui livello sono erogate le prestazioni in materia di prevenzione individuale o collettiva, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria della popolazione che, per le loro caratteristiche, devono essere garantite in maniera diffusa ed omogenea sul territorio.

L'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Caltanissetta è articolata territorialmente, ai sensi del Decreto Presidenziale 22 settembre 2009, attuativo dell'art. 12 della Legge Regionale 5/2009, in N. 4 Distretti Sanitari corrispondenti con gli ambiti territoriali dei distretti socio-sanitari della Provincia di Caltanissetta e di seguito individuati:

- *Distretto Sanitario di Caltanissetta* comprendente i Comuni di: Caltanissetta, Delia, Resuttano, Riesi, Santa Caterina Villarmosa, Sommatino.
- *Distretto Sanitario* di Gela comprendente i Comuni di: Butera, Gela, Mazzarino, Niscemi.
- *Distretto Sanitario* di Mussomeli comprendente i Comuni di: Acquaviva Platani, Campofranco, Mussomeli, Sutera, Vallelunga Pratameno, Villalba.
- *Distretto Sanitario di San Cataldo* comprendente i Comuni di: Bompensiere, Marianopoli, Milena, Montedoro, San Cataldo, Serradifalco.

Le Strutture Semplici afferenti ai Distretti, di cui al vigente Atto aziendale (di cui agli Atti deliberativi di approvazione nn. 1422 del 30.09.2019, N. 2401 del 27.12.2019, n. 2416 del 3012 2019 e della delibera di presa d'atto N. 1198 del 14 Maggio 2020 e di cui alla deliberazione n. 2863 del 12 novembre 2020 di definizione delle UU.OO. SS. Ospedaliere e territoriali) sono le seguenti:

- N. 2 UUOOSS Assistenza Sanitaria di Base - Area NORD e Area SUD;
- N. 2 UUOOSS Specialistica Ambulatoriale interna Area NORD e Area SUD;
- N. 2 UUOOSS Specialistica Ambulatoriale esterna Area NORD e Area SUD;
- N. 2 UUOOSS ADI- (U.V.G.- U.V.M.) Area NORD e Area SUD;
- N. 2 UUOOSS Tutela salute Infanzia- Donna Area NORD e Area SUD;

L'attività ospedaliera erogata dai sei Presidi Ospedalieri nell'anno 2024 ammonta a 16.170 ricoveri in regime Ordinario e Day Hospital, per un valore totale di €58.655.739. Mentre il regime di Day Service ha registrato 8.735 casi per un valore di € 6.020.238,81.

Per le case di cura accreditate si registrano 4.740 ricoveri regime Ordinario e Day Hospital, per un valore totale di € 17.518.410. In regime di Day Service i casi sono 1.206 per un valore di € 842.125,37.

L'attività ospedaliera complessiva erogata dall'ASP pertanto ammonta a 20.910 ricoveri in regime Ordinario e Day Hospital, per un valore totale di € 76.174.149 e 9.941casi in regime Day Service per un valore di € 6.862.364,18

Il totale delle prestazioni e delle attività ospedaliere erogate dai sei presidi e dalle due case di cura accreditate è di 30.851 casi per un totale di € 83.036.512,83.

Nella tabella sottostante si riportano i dati di produzione suddivisi per presidio e casa di cura, *setting* assistenziale e relativa valorizzazione economica:

	N. Ordinari	N. DH	N. ORD +DH	N. Day Service	N. Totale
P.O. S. Elia di Caltanissetta	8.473	817	9.290	5.241	14.531
P.O. Maria Immacolata Longo Mussomeli	1.007	223	1.230	1.855	3.085
P.O. M. Raimondi di S. Cataldo (CL)	247	50	297	0	297
P.O. Vittorio Emanuele di Gela (CL)	3.791	534	4.325	1.195	5.520
P.O. S. Stefano di Mazzarino (CL)	298	0	298	0	298
P.O. Suor Cecilia Basarocco di Niscemi (CL)	662	68	730	444	1.174
Totale	14.478	1.692	16.170	8.735	24.905
Casa di Cura Regina Pacis - S. Cataldo (CL)	1.013	1.091	2.104	746	2.850
Casa di Cura S. Barbara So.Ge.Sa. S.p.A. - Gela (CL)	2.101	535	2.636	460	3.096
Totale	3.114	1.626	4.740	1.206	5.946
Totale ASP	17.592	3.318	20.910	9.941	30.851

	IMP ORD	IMP DH	IMP ORD +DH	IMP Day Service	IMP Totale
P.O. S. Elia di Caltanissetta	€ 36.659.192	€ 1.075.972	€ 37.735.164	€ 3.710.057,05	€ 41.445.220,77
P.O. Maria Immacolata Longo Mussomeli	€ 3.976.631	€ 250.879	€ 4.227.510	€ 1.443.171,85	€ 5.670.681,51
P.O. M. Raimondi di S. Cataldo (CL)	€ 1.255.019	€ 12.492	€ 1.267.511	€ 0,00	€ 1.267.510,70
P.O. Vittorio Emanuele di Gela (CL)	€ 11.549.333	€ 696.896	€ 12.246.229	€ 675.444,20	€ 12.921.673,40
P.O. S. Stefano di Mazzarino (CL)	€ 1.010.028	€ 0	€ 1.010.028	€ 0,00	€ 1.010.027,56
P.O. Suor Cecilia Basarocco di Niscemi (CL)	€ 1.974.212	€ 195.086	€ 2.169.298	€ 191.565,71	€ 2.360.863,55
Totale	€ 56.424.414	€ 2.231.325	€ 58.655.739	€ 6.020.238,81	€ 64.675.977,49

Casa di Cura Regina Pacis - S. Cataldo (CL)	3.797.069	1.815.817	€ 5.612.886	€ 377.804,75	€ 5.990.690,49
Casa di Cura S. Barbara So.Ge.Sa. S.p.A. - Gela (CL)	10.718.423	1.187.101	€ 11.905.524	€ 464.320,62	€ 12.369.844,85
Totale	€ 14.515.492	€ 3.002.918	€ 17.518.410	€ 842.125,37	€ 18.360.535,34

Totale ASP	€ 70.939.906	€ 5.234.243	€ 76.174.149	€ 6.862.364,18	€ 83.036.512,83
Dati provvisori con flusso di dicembre 2024					

L'ASP di Caltanissetta è articolata in due distretti ospedalieri distinti in Area Nord e Area Sud. Nell'ambito dei distretti ospedalieri dell'Azienda sono presenti i seguenti Presidi Ospedalieri distinti per area di appartenenza con i relativi posti letto. Nell'anno 2024 l'attivazione annuale dei posti letto, come da modelli ministeriali, ha risentito della rimodulazione in contrazione di posti letti COVID attivati negli anni precedenti per fronteggiare l'emergenza pandemica.

Conseguentemente anche la media dei posti letto utilizzati dai PP.OO nell'anno in analisi nelle tabelle sotto riportate, hanno subito lievi variazioni.

POSTI LETTO DA MODELLI HSP 12 ANNO 2024

PP.OO AREA NORD ASP DI CALTANISSETTA			
COD. PRESIDO	**DESCR. PRESIDIO**	**RICOVERI ACUTI**	**RICOVERI POST ACUTI**
190306	P.O. S. ELIA CALTANISSETTA	263	0
190307	P.O. M.I. LONGO MUSSOMELI	28	0
190308	P.O. M. RAIMONDI SAN CATALDO	0	24
TOTALE		**259**	**291**

PP.OO AREA SUD ASP DI CALTANISSETTA			
COD. PRESIDO	**DESCR. PRESIDIO**	**RICOVERI ACUTI**	**RICOVERI POST ACUTI**
190309	P.O. V. EMANUELE GELA	155	2
190310	P.O. S. STEFANO MAZZARINO	18	0
190311	P.O. SUOR C. BASAROCCO NISCEMI	19	18
TOTALE		**177**	**192**

TOTALE	**483**	**44**

POSTI LETTO DA MODELLI HSP 13 ANNO 2024

C.d.C. ACCREDITATE ASP DI CALTANISSETTA			
COD. PRESIDO	**DESCR. PRESIDIO**	**RICOVERI ORDINARI**	**DH/DS**
190505	CDC REGINA PACIS SAN CATALDO	38	7
190506	CDC SANTA BARBARA GELA	60	30
TOTALE		**98**	**37**

POSTI LETTO DA MODELLI HSP 22 BIS ANNO 2024

P.O. S. ELIA CALTANISSETTA

COD. DISCIP.	DESCRIZIONE DISCIPLINA	RICOVERI ORDINARI	DH/DS
01	ALLERGOLOGIA	0,00	1,83
08	CARDIOLOGIA	12,00	1,92
09	CHIRURGIA GENERALE	20,25	1,92
14	CHIRURGIA VASCOLARE	8,00	1,83
18	EMATOLOGIA	6,00	4,00
24	MALATTIE INFETTIVE	14,67	2,00
26	MEDICINA GENERALE	18,00	1,00
29	NEFROLOGIA	1,00	2,33
30	NEUROCHIRURGIA	13,75	1,17
31	NIDO	1,00	0,00
32	NEUROLOGIA	19,50	2,00
34	OCULISTICA	1,00	1,92
36	ORTOPEDIA	12,17	2,00
37	OSTETRICIA	12,50	2,00
38	ORL	2,92	2,00
39	PEDIATRIA	6,50	2,00
40	PSICHIATRIA	13,00	0,00
43	UROLOGIA	9,83	2,00
49	RIANIMAZIONE	8,50	0,83
50	UTIC	8,00	0,00
52	DERMATOLOGIA	0,00	3,83
58	GASTROENTEROLOGIA	1,00	1,75
62	NEONATOLOGIA	2,00	0,33
64	ONCOLOGIA	9,00	6,00
68	PNEUMOLOGIA	10,25	1,75
TOTALE		**210,83**	**46,42**

P.O. M. RAIMONDI SAN CATALDO

COD. DISCIP.	DISCIPLINA	RICOVERI ORDINARI	DH/DS
56	RIABILITAZIONE	8,83	0,00
60	LUNGIDEGENZA	10,92	0,00
99	HOSPICE	0,00	2,00
TOTALE		**19,75**	**2,00**

P.O. M.I. LONGO MUSSOMELI			
COD. DISCIP.	**DISCIPLINA**	**RICOVERI ORDINARI**	**DH/DS**
09	CHIRURGIA GENERALE	2,00	4,17
26	MEDICINA GENERALE	10,00	2,00
36	ORTOPEDIA	8,00	2,00
60	LUNGODEGENZA	0,00	0,00
TOTALE		**20,00**	**8,17**

P.O. V. EMANUELE GELA			
COD. DISCIP.	**DISCIPLINA**	**RICOVERI ORDINARI**	**DH/DS**
08	CARDIOLOGIA	6,00	2,00
09	CHIRURGIA GENERALE	10,00	3,17
09	BREAST UNIT (SENOLOGIA)	2,00	2,00
18	EMATOLOGIA.	0,00	4,00
24	MALATTIE INFETTIVE	7,00	0,00
26	MEDICINA GENERALE	17,00	3,67
29	NEFROLOGIA	0,00	0,92
31	NIDO	12,00	0,00
32	NEUROLOGIA	0,33	0,00
36	ORTOPEDIA	8,00	4,00
37	OSTETRICIA	16,00	4,00
38	ORL	0,00	0,00
39	PEDIATRIA	8,00	2,00
40	PSICHIATRIA	0,00	0,00
43	UROLOGIA	6,00	2,00
49	RIANIMAZIONE	4,00	0,00
50	UTIC	4,00	0,00
56	RIABILITAZIONE	0,00	0,00
60	LUNGODEGENZA	0,00	0,00
62	NEONATOLOGIA	2,00	0,00
64	ONCOLOGIA	0,00	2,00
99	HOSPICE	0,00	2,00
TOTALE		**102,33**	**31,75**

P.O. S. STEFANO MAZZARINO			
COD. DISCIP.	**DISCIPLINA**	**RICOVERI ORDINARI**	**DH/DS**
09	CHIRURGIA GENERALE	6,00	0,00
26	MEDICINA GENERALE	10,00	0,00
TOTALE		**16,00**	**-**

P.O. SUOR C. BASAROCCO NISCEMI			
COD. DISCIP.	**DISCIPLINA**	**RICOVERI ORDINARI**	**DH/DS**
09	CHIRURGIA GENERALE	6,00	2,00
26	MEDICINA GENERALE	9,00	1,50
56	RIABILITAZIONE	8,00	2,00
60	LUNGIDEGENZA	5,00	0,00
TOTALE		**28,00**	**5,50**

TOTALE PP.OO.	**397**	**94**

POSTI LETTO DA MODELLI HSP 13 ANNO 2024

CDC SANTA BARBARA GELA			
COD. DISCIP.	**DISCIPLINA**	**RICOVERI ORDINARI**	**DH/DS**
08	CARDIOLOGIA	8	0
26	MEDICINA GENERALE	8	0
32	NEUROLOGIA	8	0
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	22	0
56	RIABILITAZIONE	24	6
02	D.H. MED. CARD. NEUR.		4
98	D.S. INDISTINTI		10
TOTALE		**70**	**20**

CDC REGINA PACIS SAN CATALDO			
COD. DISCIP.	**DISCIPLINA**	**RICOVERI ORDINARI**	**DH/DS**
09	CHIRURGIA GENERALE	15	0
56	RIABILITAZIONE	8	0
02	DAY HOSPITAL (RIABIL.)		7
98	DAY SURGERY (CH. GEN.)		15
TOTALE		**23**	**22**

TOTALE C.d.C. ACCREDITATE	**93**	**42**

LA RETE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE AL 31/12/2023

Distretto	MMG	PLS	Totale
Caltanissetta	69	8	77
San Cataldo	25	3	28
Mussomeli	16	2	18
Gela	82	14	96
Totale	**192**	**27**	**219**

PRESIDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE AL 31/12/2023

Distretto	Continuità Assistenziale Presidi	Titolari C.A.	Sostituti C.A.
Caltanissetta	CL1	2	2
	CL2	3	1
	Delia	1	2
	Resuttano	1	3
	S. Caterina	1	3
	Riesi	1	4
	Totale	**9**	**15**
San Cataldo	San Cataldo	3	1
	Serradifalco	1	3
	Bompensiere	2	2
	Marianopoli	4	1
	Montedoro	3	1
	Totale	**13**	**7**
Mussomeli	Mussomeli	4	0
	Vallelunga P.	0	4
	Villalba	2	2
	Acquaviva P.	3	1
	Campofranco	2	2
	Totale	**11**	**9**
Gela	Gela1	4	0

	Gela2	4	0
	Niscemi	3	1
	Mazzarino	3	1
	Butera	3	1
	Totale	**17**	**3**

CONVENZIONATI ESTERNI

Comune	Branca	Denominazione Struttura	Indirizzo	indirizzo mail	PEC
Caltanissetta	Laboratorio Analisi	Centro di Medicina di Labor. Trinacria Soc. Consortile arl	V.le Trieste 131 H	trinacria2014@virgilio.it	centromedicinatrinacria@pec.it
Caltanissetta	Laboratorio Analisi	Centro Analisi Cliniche Vitale SrL	Via Kennedy 37	vitale.srl@virgilio.it	centroanalisiclinichevitalesrl@pec.it
Caltanissetta	Laboratorio Analisi	Casa Famiglia Rosetta	C.da Bagno snc	geneticafamiliare@casarosetta.it	associazionecasafamigliarosetta@arubapec.it
Caltanissetta	Laboratorio Analisi	Mam Analisi Cliniche Dr. Messana Massimo Diego Maira & C. Sas	Via Elena 63	mam.analisi@virgilio.it	mamanalisicliniche@pec.it
Caltanissetta	Odontoiatria	Ambulatorio Odontoiatrico Dott. Calogero Palermo	V.le Trieste 131/P	dott.c.palermo@virgilio.it	ambulatoriodottcpalermo@pec.it
Caltanissetta	Odontoiatria	Ambulatorio Odontoiatrico Dott.ssa Valentino Graffagnino	V.le Sicilia 53	valentinograffagnino@gmail.com	valentina.graffagnino@andi.it
Caltanissetta	Odontoiatria	Medicalmed srl	V. F. Paladini 81/A	mary@medicalmed.it	medicalmed@mega-pec.it
Caltanissetta	Odontoiatria	Studio Odontoiatrico Dott.ssa Lucia	Via N. Colajanni 88	lucisaccomando@hotmail.it	luciamariasaccomando@pec.andi.it

		Maria Saccomando Saccomando			
Caltanissetta	Fisioterapia	Centro di Fisoterapia Rocca srl	Via Poggio S.Elia 28	fisioterapiarocca@libero.it	fisioterapiarocca@lamiapec.it
Caltanissetta	Fisioterapia	Studio Medico di Terapia e Riabilitazione Sedita srl	V.le Luigi Monaco 12	seditasrl@gmail.com	seditasrl@pec.it
Caltanissetta	A Visita	Studio Oculistico Dott. Silvio Perricone srl	Via E. De Amicis 41	smperricone@gmail.com	perriconesrl@legalmail.it
Caltanissetta	Radiologia	Dott. P. Benza Centro Diagnostico	Viale S. Candura 18/q	centrodiagnbenza@tiscali.it	centrodiagnbenza@pec.it
Caltanissetta	Emodialisi	Ambulatorio Nisseno di Emodialisi srl	Via Paldini snc	ambulatorionisseno@virgilio.it	ambulatorionisseno@pec.it
Campofranco	Odontoiatria	Itinera Medica srl	C.da Pezzagrande 26	itineramedica@virgilio.it	itineramedica@pec.it
Delia	Laboratorio Analisi	Analisi Cliniche di Dr. Piombino Michele Sas	Via Alpi 74a	lab.piombino@virgilio.it	michelepiombino@pec.enpab.it
Gela	Radiologia	Casa di Cura Villa Rosalba srl	Via Europa 113	prenotazionivillarosalba@gmail.com	villa_rosalba@legalmail.it
Gela	Laboratorio Analisi	Biomedica SrL Centro Analisi	Via Carioli 1	biomedica.gela@alice.it	centroanalisibiomedicasrl@pec.it
Gela	Laboratorio Analisi	Analisi Cliniche Diagnostica Dr. Tilocca srl	C.so S.Aldisio 264/268	infoanalisitilocca@virgilio.it	diagnosticatilocca@pec.it
Gela	Laboratorio Analisi	So.Ge.Sa. S. Barbara SpA	Via Minerbio 1/5	info@santabarbarahospital.it	luigi.maltese@santabarbarahospital.it
Gela	Laboratorio Analisi	Centro Polidiagnostico	Via Palazzi 84	m.pino@virgilio.it	centro.polidiagnostico.gela@pec.it

		Società Consortile ArL			
Gela	Laboratorio Analisi	Società Consortile Ricerca Arl	P.zza Calvario 16	laboratorioricerca@gmail.com	laboratorioricerca@arubapec.it
Gela	A Visita	Studio Oculistico Tranito Dr. Gaetano Tranito Sas	Via Morselli 73/C	okulista.trainito@gmail.com	studioculisticotranito@pec.buffetti.it
Gela	A Visita	Ambulatorio Yosema	Via Borromini 8	ambulatoriojosema@gmail.com	ambulatoriojosema@pec.it
Gela	A Visita	Dr. Gennaro Rosario Longo	Via Ventura 3	rosario.longo33@gmail.it	gennarorosario.longo@pec.dottnet.it
Gela	A Visita	Dr. Orazio Genovese & C. Sas	Via R. Settimo 13	genoveseorazio@gmail.com	studiogenovese.sas@pec.it
Gela	A Visita	Amb. Di Cardiologia Dott. Nunzio Trovato & C. Sas	Via Donizzetti 14	trovato.nunzio@alice.it	cardiologiatrovato@pec.it
Gela	A Visita	Amb. Ost. Gin. Di Russotto Bruno & C. Sas	Via Everest 13	bruno.russotto@tin.it	russottobrunoec.sas@pec.buffetti.it
Gela	Odontoiatria	Ambulatori Odontoiatrico Dott. Carmelo Scicolone srl	Via Manzoni 78	studioscicolone@alice.it	studioscicolone@pec.andi.it
Gela	Odontoiatria	Amb. Odontoiatrico Il Sorriso	Via Cortemaggiore 82	simona.salafia@hotmail.it	ambulatorioodontoiatricoilsorriso@pec.it
Gela	Odontoiatria	Ambulatorio odontoiatrico A Postema srl	Via Tamigi 24	apostema2003@tiscali.it	apostemasrl@pec.it
Gela	Radiologia	Casa di Cura Santa Barbara So.Ge.Sa spa	Via Minerbio 1	luigi.maltese@santabarbarahospital.it	info@pec.casadicurasantabarbara.it

Gela	Radiologia	Studio Radiologico Dr. Cartia srl	C.so S. Aldisio 295	adrianacartia@gmail.com	studioradiologicocartiasrl@pec.it
Gela	Radiologia	Studio Radiologico Mdonna delle Grazie	Via G. Matteotti 66	studioradiologico@virgilio.it	radiologiamadonnadellegrazie@pec.it
Mazzarino	Odontoiatria	Studio Dentistico Dr. Salvatore Casanova & C. snc	Via F.lli cervi 14	dentistacasanova.mazzarino@gmail.com	cemes@arubapec.it
Milena	Laboratorio Analisi	Analisi Cliniche D&P S.N.C.	V.le della Vittoria snc	sncanalisicliniche@pec.it	sncanalisicliniche@pec.it
Niscemi	Laboratortio Analisi	Unilab. Analisi Iuniti Niscemi srl	Via Bruno Buozzi 4	tmcontrafatto@gmail.com	unilabsrl@legalmail.it
Niscemi	A Visita	Amb. Di Cardiologia Dr. Ragusa Vincenzo & C. Snc	Via Samperi 51	ragusavincenzo47@virgilio.it	ragusa.vincenzosnc@pec.it
Niscemi	A Visita	Dr. Chiantia Vincenzo	Via Branciforte 6	enzochiantia@gmail.com	vincenzo.chianta.VQTV@cl.omceo.it
Niscemi	Radiologia	Studio Radiologico Dott. Camagna SrL	Via Umberto 69	studioradiologico.camagna523@gmail.com	radiologiacamagnasrl@legalmail.it
Riesi	Radiologia	Centro Radiologico sas di Dr. Ettore Caponcello & C.	Viale Europa snc	centroradiologicosas@pec.it	ettorecaponcello@libero.it
Riesi	Emodialisi	Diaverum Italia Srl	Via Padova 46	giuseppe.marino@diaverum.com	diaverum@pec.it
San Cataldo	Laboratori Analisi	Istituto Raimondi	Via belvedere snc	info@istitutoraimondi.it	istitutoraimondi@pec.it

San Catald o	Laborator io Analisi	Centro Analisi Pasteru SrL	C.so V. Emanuele 115	info@centroanalisipa steur.it	amministrazione@pec. centroanalisipasteur.it
San Catald o	A Visita	Seidel Med SrL	Via Babbaurra 40	seidelmedsrl@aruba.i t	seidelmedsrl@pec.it
San Catald o	Odontoiat ria	Stella Odontoiatrica	Via Babbaurra 42	anuska.lamensa@gm ail.com	stellaodontoiatricasrl @cgn.legalmail.it
San Catald o	Radiologi a	Casa di cura Regina Pacis Skema Iniziative Sanitarie srl	Via p. di scalea 3/5	info@casadicuraregin apacis.com	cdcreginapacis@pec.it
Serrad ifalco	Emodialis i	Centro Diagnostico Terapeutico Rzr srl	V. Cavalieri di Vitt. Veneto 162	centrorzr@libero.it	centrodialisirzr@pec.it
Serrad ifalco	Odontoiat ria	Ambulatorio Odontoiatrico Dott.ssa M.C. Bona srl	Via crucilla 161	maver13@libero.it	mauriliogaetano.avern a.p82r@cl.omceo.it

1.3 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E INTERNO

1.3.1 CONTESTO GENERALE

La serie di immagini che si ottiene fotografando, in senso dinamico, il contesto esterno e di seguito quello interno permette di tracciare la strada da percorrere nella definizione delle azioni strategiche che conducono all'obiettivo finale, pertanto, la strategia dell'ASP di Caltanissetta non può prescindere dall'analisi del profilo socio-demografico del territorio di competenza che permette di cogliere i cambiamenti e le necessità della collettività e dei singoli individui. Il presente piano ha una dimensione futura dovendo applicarsi nel corso di un triennio, ciò comporta che occorre analizzare lo scenario in cui si opera ed affrontare le criticità rappresentate principalmente da una ricerca del benessere manifestata dal cittadino-utente in modo sostanzialmente diversa dal passato anche recente. Le dinamiche socio-ambientali impattano con il sistema sanitario ed in particolare con l'attività dell'Azienda nel medio e lungo periodo. Infatti demograficamente è aumentata la popolazione anziana con il risultato che prevalgono sempre più le patologie croniche.

1.3.2 CONTESTO INTERNO

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta ASP Caltanissetta è un Ente con personalità giuridica pubblica avente autonomia imprenditoriale costituita in forza dell'art. 8 della Legge Regionale n. 5 del 14/04/2009.

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

L'azienda è articolata territorialmente, ai sensi del Decreto Presidenziale 22/09/2009, attuativo dell'art. 12 della Legge Regionale 5/2009, in distretti sanitari corrispondenti con gli ambiti territoriali dei distretti socio sanitari della provincia di Caltanissetta così come indicato nella scheda anagrafica sezione 1 del presente PIAO.

Nell'ambito del medesimo territorio provinciale, insistono i Presidi ospedalieri e le Case di Cura Convenzionate citate nella stessa sezione.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta è Azienda del Servizio Sanitario Regionale, costituita con Legge Regionale n. 5 del 14/04/2009.

L'Azienda, operativa dal 1 settembre 2009, ha sede legale a Caltanissetta in Via G. Cusmano 1 ed è dotata di natura giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale. L'ASP di Caltanissetta è il frutto dell'accorpamento di tre aziende sanitarie: l'ASL 2, territoriale, l'Azienda Ospedaliera S. Elia, l'Azienda Ospedaliera Vittorio Emanuele di Gela. Rappresentante Legale dell'Azienda è il Direttore Generale.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda, ai sensi della L.R. n. 5 del 14 Aprile 2009, art. 9, commi 3 e 4, è disciplinata con Atto di diritto privato- Atto aziendale- da adottarsi da parte del Direttore Generale, sulla base degli indirizzi regionali

Gli Organi di vertice dell'ASP di Caltanissetta sono il Direttore Generale, n. q. di Legale Rappresentante dell'Azienda, coadiuvato dai Direttori Amministrativo e Sanitario, il Collegio Sindacale e il Collegio di Direzione.

Relativamente al modello organizzativo dell'Azienda, il riferimento normativo è l'Art. 3. D.lgs. 502/1992 e ss.mm.ii., "Organizzazione delle Unità Sanitarie Locali, comma 1-bis. "… l'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali.

L'atto aziendale, predisposto sulla base della programmazione nazionale e regionale e nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla Regione Siciliana, individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale, soggette a rendicontazione analitica.

Gli atti amministrativi di approvazione del vigente atto aziendale dell'ASP di Caltanissetta sono i seguenti:

Deliberazione n. 2416 del 30/12/2019

Deliberazione n. 1198 del 14/05/2020 "approvazione Atto Aziendale 2019 ASP di Caltanissetta" D.A. N. 162/2020.

Deliberazione n. 2863 del 12/11/2020 concernente l'integrazione dell'Atto Aziendale per la

definizione delle UU.OO. semplici Ospedaliere e Territoriali.

Deliberazione n. 330 del 01/02/2022 concernente l'aggiornamento dell'Atto Aziendale di cui alla deliberazione n. 2863 del 12/11/2020.

I Dirigenti, secondo quanto previsto dell'atto aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati.

Modello ordinario di gestione operativa dell'attività dell'Azienda è il Dipartimento, che, ai sensi dell'art.17 bis del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i., è una struttura organizzativa di coordinamento per lo svolgimento di funzioni complesse, costituita da una pluralità di unità operative e moduli organizzativi, raggruppati in base all'omogeneità, affinità o complementarietà del loro sistema di riferimento, che perseguono finalità comuni, tra loro interdipendenti, ma che mantengono la propria autonomia e responsabilità professionale nell'ambito di un unico modello organizzativo e gestionale. Esso assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con la Direzione Strategica e con le altre strutture aziendali.

I Dipartimenti Strutturali, aventi responsabilità gestionale piena e diretta delle risorse e i Dipartimenti Funzionali, ossia organismi dotati di autonomia tecnico-professionale e scientifica che possono essere assegnatari di budget soggetti a rendicontazione non analitica, sono i seguenti:

N° 3 Dipartimenti Strutturali

N° 6 Dipartimenti Funzionali Territoriali

N° 2 Dipartimenti Funzionali Ospedali

L'assistenza ospedaliera è garantita, secondo il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale (D.A. n.46/2015).

1.3.3 CONTESTO ESTERNO

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta (di seguito denominata per brevità ASP) opera su un territorio di 2.128 km² coincidente con la provincia di Caltanissetta (ora Libero Consorzio Provinciale di Caltanissetta) con una popolazione complessiva, di circa 250.394 abitanti distribuiti in 22 comuni suddivisi in 4 Distretti.

Di seguito la rappresentazione grafica del territorio provinciale di Caltanissetta su cui opera l'Azienda Sanitaria

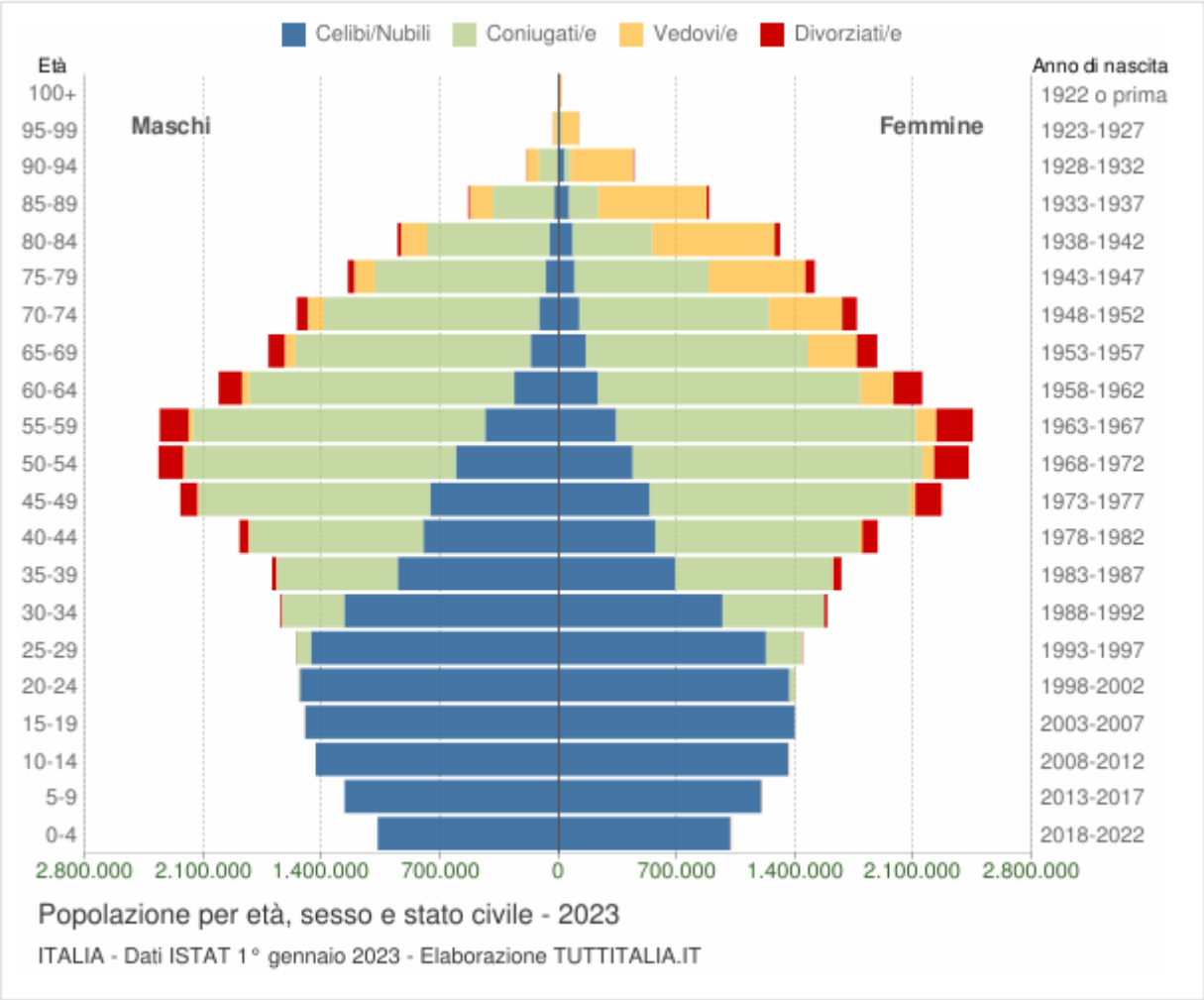
Nel suo complesso, il territorio di Caltanissetta può definirsi, comunque, scarsamente sviluppato dal punto di vista economico, a causa di un insieme di congiunture sfavorevoli sotto molteplici aspetti (carenza di infrastrutture, povertà di risorse, illegalità dilagante, scarso interesse della politica, poca oculatezza negli investimenti, ecc.).

Un altro grave problema che condiziona il sottosviluppo di questa parte d'Italia è la difficoltà a trovare un impiego fisso, specie per le fasce occupazionali più deboli. La disoccupazione è una costante atavica della città, in quanto è stata storicamente uno dei principali stimoli all'emigrazione, soprattutto a partire dagli anni '60; tale processo, che si era quasi arrestato sul finire del XX secolo, sta tornando a manifestarsi nuovamente negli ultimi anni.

L'economia del Nisseno si colloca agli ultimi posti in termine di PIL e reddito pro-capite nel territorio regionale.

Il grafico in basso, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente nel libero consorzio di Caltanissetta per età, sesso e stato civile al 31/12/2023. I dati tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione.

La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile: celibi e nubili, coniugati, vedovi e divorziati.



Ciò detto, al fine di avere un quadro completo circa il contesto geografico-sociale in cui l'Asp di Caltanissetta opera è opportuno fare un breve excursus circa i principali Comuni del Libero Consorzio Comunale di Caltanissetta.

Di seguito la tabella:

DISTRETTO		COMUNE	POPOLAZIONE	SUPERFICIE	DENSITA'	ALTITUDINE	C.A.	PTE	P.O.	P	PR	C.O.118
	CALTANISSETTA	CALTANISSETTA	59.207	421,25	142	568	XX		X	X		X
		RIESI	10.610	67,00	159	330	X				X	
		SOMMATINO	6.434	34,76	187	359		X			X	
		SANTA CATERINA	4.663	75,81	60	606	X				X	
		DELIA	3.970	12,40	321	420	X				X	
		RESUTTANO	1.736	38,27	46	600	X				X	
	SAN CATALDO	SAN CATALDO	20.911	72,77	297	625	X	X	X	X		
		SERRADIFALCO	5.478	41,94	132	504	X				X	
		MILENA	2.687	24,63	110	436		X				
		MONTEDORO	1.366	14,53	97	450	X				X	
		MARIANOPOLI	1.572	13,07	123	720	X				X	
		BOMPENSIERE	482	19,95	24	28	X					
	GELA	GELA	71.678	279,22	261	46	XX		X	X		
		MAZZARINO	10.828	295,59	37	553	X		X	X		
		NISCEMI	25.429	96,82	265	332	X	X	X	X		
		BUTERA	4.217	298,52	14	402	X				X	
	MUSSOMELI	MUSSOMELI	9988	164,42	60	726	X		X	X		
		ACQUAVIVA PLATANI	860	14,63	59	558	X					

		CAMPOFRANCO	2.638	36,11	75	350	X					
		SUTERA	1.167	35,58	33	605						
		VALLELUNGA	3.065	39,37	79	472	X				X	
		VILLALBA	1.408	41,82	34	620	X					

LEGENDA:			
C.A.	CONTINUITA' ASSISTENZIALE	P	POLIAMBULATORIO
PTE	PRESIDIO TERRITORIALE EMERGENZA	PR	PRESIDI TERRITORIALI
P.O.	PRESIDI OSPEDALIERI	C.O.	CENTRALE OPERATIVA 118

1.3.4 CONTESTO ESTERNO: EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO SICILIANO

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) presentato dall'Italia, prevede progetti di investimenti ed un ampio programma di riforme che si sviluppano su tre assi strategici condivisi a livello europeo (digitalizzazione e innovazione,transizione ecologica, inclusione sociale), allo scopo di riparare ai danni economici e sociali della crisi pandemica, contribuire a risolvere le debolezze strutturali dell'economia italiana, e avviare un percorso di transizione ecologica e ambientale.

All'interno del P.N.R.R. è prevista la Missione 6 - SALUTE articolata in due componenti (C1 e C2) di cui la C1 " *Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*" è volta a rafforzare e migliorare la qualità delle prestazioni erogate sul territorio mediante il potenziamento e la realizzazione di specifiche strutture denominate Case di Comunità (M6C1 – 1.1), Centrali Operative Territoriali (M6C1 – 1.2.2) e Ospedali di Comunità (M6C1 – 1.3), dove erogare i servizi di base e di assistenza intermedia e la C2 " *Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale*";

La Regione Sicilia – Assessorato della Salute, nell'ambito della programmazione degli interventi di cui alla Missione 6 - componente 1 del P.N.R.R., con successive note, a far data dal 23/08/2021, ha fornito le necessarie indicazioni per l'individuazione delle strutture da destinare, rispettivamente, a Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità ed in particolare, come da ultima nota prot. n. 11202 del 24/02/2022 ha individuato, per l'ASP diCaltanissetta, i seguenti interventi: n. 9 Case di Comunità, n. 4 Centrali Operative Territoriali e n. 2 Ospedali di Comunità.

L'ASP, esaminate le comunicazioni di preventiva disponibilità pervenute dagli Enti esterni, ha selezionato le seguenti strutture:

In attuazione delle previsioni di cui alla citata nota Assessoriale prot. n.11202 del 24/02/2022, la Direzione Aziendale ha definito il programma di esecuzione degli interventi P.N.R.R. Missione 6 – Componente 1, che prevede la ristrutturazione di strutture esistenti, ovvero la realizzazione di nuovi edifici, tenendo conto degli obiettivi e dei vincoli, delle tempistiche e delle scadenze di cui al cronoprogramma di attuazione del P.N.R.R., come di seguito riepilogato:

Case della Comunità (C.d.C.) – Ospedali di Comunità (O.d.C.) Centri Operativi Territoriali (C.o.T.)			
Distretto	Comune	Proprietà	Numero di C.d.C.
Caltanissetta	Caltanissetta (Via Malta, 71)	ASP Caltanissetta	1
	Riesi (Salita Ancipa s.n. contrada Cicione)	ASP Caltanissetta	1
	Serradifalco (Via Turati)	Comune di Serradifalco (fabbricato)	1
	Sommatino (Via Pirrera Fgl 18 part. 268 - 441)	Comune di Sommatino (terreno)	1
Gela	Gela (via Europa 48)	ASP Caltanissetta	1
	Mazzarino (Via Roma,1)	ASP Caltanissetta	1

	Niscemi – edificio B (piazza Martiri di Nassirya)	ASP Caltanissetta	1
Mussomeli	Mussomeli (Via Manzoni, 31)	ASP Caltanissetta	1
San Cataldo	San Cataldo (Via Belvedere, 1)	ASP Caltanissetta	1
Distretto	Comune	Proprietà	Numero di O.d.C.
San Cataldo	San Cataldo – Edificio C (Via Forlanini, 5)	ASP Caltanissetta	1
Gela	Mazzarino (Via Dante, 94)	ASP Caltanissetta	1
Distretto	Comune	Proprietà	Numero di C.o.T.
Caltanissetta	Caltanissetta (Via Malta, 71)	ASP Caltanissetta	1
San Cataldo	San Cataldo (Via Belvedere,1)	ASP Caltanissetta	1
Mussomeli	Mussomeli (Via Manzoni, 31)	ASP Caltanissetta	1
Gela	Gela (Via Europa 48)	ASP Caltanissetta	1

SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE

2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE – VALORE PUBBLICO

Per quanto riguarda i contenuti di questa sottosezione l'Azienda Sanitaria di Caltanissetta rinvia a:

- Allegato 1 – Piano Triennale delle Azioni Positive 2025/2027;

2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE – PERFORMANCE

Per quanto riguarda i contenuti di questa sottosezione l'Azienda Sanitaria di Caltanissetta rinvia

- Allegato 2 – Piano della Performance 2025/2027
- Allegato 3 – Piano Organizzativo Lavoro Agile 2025/2027

2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE – RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Per quanto riguarda i contenuti di questa sottosezione l'Azienda Sanitaria di Caltanissetta rinvia:

- Allegato 4 – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2025/2027.

SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Per i contenuti di questa sezione si rinvia all'Allegato 5 inerente al Piano triennale dei Fabbisogni, giuste note Prot. n. 34938/2024 del 27/06/2024 e Prot. n. 45834/2024 del 21/08/2024

Si precisa che per l'aggiornamento del piano Triennale del Fabbisogno del Personale occorre fare riferimento alla normativa Regionale in materia di Dotazioni Organiche di cui si è in attesa di regolamentazione per l'anno 2025.

In merito ai percorsi formativi si rinvia all'Allegato 6 inerente al Piano Formativo Aziendale 2025, giusto provvedimento deliberativo n. 1005 del 30.12.2024.

SEZIONE 4 - MONITORAGGIO

Per il monitoraggio delle sottosezioni "Valore Pubblico" e "Performance" l'Asp di Caltanissetta, per come disposto dall'art. 10 comma 1lettera b) del D.lgs. 150/2009 adotta un documento denominato: Relazione sulla Performance che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse con rilevazione degli eventuali scostamenti ed il bilancio di genere realizzato.

La Relazione sulla performance è uno strumento di miglioramento gestionale grazie al quale l'Azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance (art. 4, comma 2 lett. a) del D.lgs. n.150/ 2009 come modificato dal D.lgs. 74/2017).

La Relazione sulla Performance è uno strumento attraverso il quale l'Azienda può rendicontarea tutti gli *stakeholder*, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato, gli eventuali scostamenti e le relative cause rispetto agli obiettivi programmati.

Il processo che termina con la pubblicazione della Relazione validata vede coinvolti:

- La Direzione Strategica che approva la Relazione, verificando il conseguimento degli obiettivi specifici ed individuali.
- L'O.I.V. che misura e valuta la performance organizzativa complessiva e valida la Relazione, garantendo in tal modo la correttezza, dal punto di vista metodologico.

Pertanto la validazione della relazione è intesa come validazione del processo di misurazione e valutazione svolto dall'Azienda.

L'assenza o la valutazione negativa della predetta "Relazione della Performance" è causa ostativa all'accesso e utilizzo del sistema premiante, come previsto dall' art. comma 6 del D.lgs. n. 150/2009 come modificato dal D.lgs. n. 74/2017. Inoltre in caso di ritardo nell'adozione della Relazione sulla performance, l'Amministrazione comunica tempestivamente le ragioni del mancato rispetto dei termini al Dipartimento della funzione pubblica come previsto dall'art. 10 comma 5 del D.lgs. n. 150/2009 come modificato dal D.lgs. 74/2017.

Per gli obiettivi i cui risultati non sono desumibili né dai flussi né da procedure informatizzate aziendali, il monitoraggio avviene semestralmente o su specifica richiesta dell'Assessorato della Salute e/o della Direzione Strategica, avvalendosi di quanto certificato, con il supporto di idonea documentazione, dai Responsabili della Strutture assegnatarie degli stessi obiettivi.

4.1 MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Con riferimento al monitoraggio "Rischi Corruttivi e Trasparenza" si rinvia all'attività di monitoraggio, che è stata descritta nel dettaglio nel citato P.T.P.C.T. 2025-2027 e in particolare il PTPCT è un documento di programmazione, è evidente che ad esso debba seguire un adeguato monitoraggio e controllo della corretta e continua attuazione delle misure. Per tale ragione, è opportuno che ogni amministrazione preveda (e descriva accuratamente nel proprio PTPCT) il proprio sistema di monitoraggio dell'attuazione delle misure. Appare opportuno ribadire che la responsabilità del monitoraggio è del RPCT. Tuttavia, soprattutto in amministrazioni di grandi dimensioni o con un elevato livello di complessità, com'è l'ASP di Messina, con un'ampia dislocazione sul territorio nelle diverse sedi delle sue articolazioni aziendali, il monitoraggio in capo al solo RPCT risulterebbe di non facile attuazione, anche tenuto conto della generalizzata numerosità degli elementi da monitorare.

Per tale ragione, sono previsti sistemi di monitoraggio su due livelli:

- primo livello in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure (autovalutazione);

- il secondo livello in capo al RPCT.

Il monitoraggio di primo livello, dunque, viene attuato in autovalutazione da parte dei responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il responsabile del monitoraggio di primo livello è chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura. È opportuno far presente che questa modalità fornisce valutazioni di qualità meno elevata rispetto alle analisi condotte direttamente dal RPCT o da altre unità indipendenti (es. internal audit), poiché in questo caso si tratta di (auto) valutazioni effettuate dagli stessi soggetti che hanno la responsabilità dei processi/attività oggetto del controllo. Il monitoraggio di secondo livello viene attuato dal RPCT, coadiuvato da una struttura di supporto e/o dagli altri organi con funzioni di controllo interno (ufficio dedicato del Controllo di Gestione).

Il monitoraggio del RPCT consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTPCT da parte delle unità organizzative in cui si articola l'amministrazione.

L'attività di monitoraggio viene adeguatamente pianificata e documentata sia nel Cronoprogramma, che in un piano di monitoraggio annuale che indica:

processi/attività oggetto del monitoraggio;

le periodicità delle verifiche;

le modalità di svolgimento della verifica.

Per quanto riguarda i processi/attività oggetto del monitoraggio, il RPCT tiene conto delle risultanze dell'attività di valutazione del rischio per individuare i processi/attività maggiormente a rischio sui quali concentrare l'azione di monitoraggio. Nella pianificazione delle verifiche si tiene conto anche dell'esigenza di includere nel monitoraggio i processi/attività non verificati negli anni precedenti. Pertanto, le verifiche programmate non esauriscono l'attività di monitoraggio del RPCT, in quanto alle attività pianificate si aggiungono quelle non pianificate che dovranno essere attuate a seguito di segnalazioni che pervengono al RPCT in corso d'anno tramite il canale del whistleblowing o con altre modalità di segnalazione. Riguardo alla periodicità, il RPCT definisce nel Piano di monitoraggio la relativa tempistica.

Pertanto, coerentemente al principio guida della "gradualità" e tenendo conto delle specificità e delle dimensioni dell'ASP, il monitoraggio di primo livello (autovalutazione) sull'attuazione delle misure implementato in questa azienda ha frequenza semestrale, mentre il monitoraggio di secondo livello, a cura del RPCT, e di altri organi con funzioni di controllo interno (ufficio dedicato del Controllo di Gestione), sarà effettuato con cadenza annuale, con l'obiettivo di verificare la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione mediante il controllo degli indicatori previsti per l'attuazione delle misure all'interno del PTCPT e anche attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta.

Il RPCT svolge, inoltre, audit specifici, con verifiche sul campo che consentono il più agevole reperimento delle informazioni, evidenze e documenti necessari al miglior svolgimento del monitoraggio di secondo livello.

Tali momenti di confronto sono utili anche ai fini della migliore comprensione dello stato di attuazione delle misure e di eventuali criticità riscontrate, in un'ottica di dialogo e miglioramento

continuo. Al fine di agevolare i controlli, inoltre, viene fatto ricorso anche a sistemi informatizzati o spazi digitali condivisi (come le intranet) dove possono essere fatti confluire tutti i documenti che formalizzano le misure.

Elenco allegati

- Allegato 1 Piano Triennale delle Azioni Positive 2025/2027
- Allegato 2 Piano della Performance 2025/2027
- Allegato 3 Piano Organizzativo Lavoro Agile 2025/2027
- Allegato 4 Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2025/2027
- Allegato 5 Piano triennale dei Fabbisogni del Personale Delibera 329 del 31/01/2022
- Allegato 6 Piano Formativo Aziendale 2025 Delibera 2432 del 19/11/2023

Regione Siciliana

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CALTANISSETTA

PIANO TRIENNALE DELLE AZIONI POSITIVE 2025-2027

Sommario

PREMESSA 3
QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO 3
AMBITO DI APPLICAZIONE E FINALITA' 5
CONTESTO TERRITORIALE ED ORGANIZZATIVO DELL'ASP DI CALTANISSETTA 6
LE AZIONI POSITIVE PREVISTE 7
MONITORAGGIO E VERIFICA 15
CONCLUSIONI 15

PREMESSA

Il Piano Triennale delle Azioni Positive (di seguito PTAP) è un documento programmatico che mira ad introdurre all'interno del contesto organizzativo e lavorativo dell'ASP di CL una serie di misure finalizzate a prevenire e combattere le discriminazioni sul luogo di lavoro dovute non soltanto al genere, ma anche all'età, alla disabilità, all'origine etnica, alla lingua, alla razza ed all'orientamento sessuale. Tali azioni, volte all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, al miglioramento dell'efficienza ed alla qualità dei servizi, sono orientate alla creazione di un ambiente di lavoro uniformato al rispetto dei princìpi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza, anche solo morale o psichica, sui lavoratori. Tuttavia, affinché il Piano, rappresenti un concreto strumento di innovazione e cambiamento della cultura organizzativa dell'ASP di CL è di fondamentale importanza che vi sia una stretta correlazione tra la pianificazione di azioni positive per le pari opportunità, la pianificazione della performance e la pianificazione nell'ambito della prevenzione alla corruzione e della trasparenza. Pertanto, il presente Piano è sviluppato in esecuzione del Piano delle Performance 2025-2027 e dei connessi documenti che andranno a confluire all'interno del PIAO.

QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Il presente PTAP è adottato dall'ASP di Caltanissetta ai sensi della normativa comunitaria e nazionale vigente in materia. A livello comunitario, si richiama:

- Il Trattato sull'Unione Europea (TUE) ed il Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea (TFUE) i quali si fondano su un insieme di valori quali l'uguaglianza e la promozione di genere e prevedono la repressione di qualsiasi forma di discriminazione.
- L'art. 21 Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea che vieta "*qualsiasi forma di discriminazione fondata, in particolare, sul sesso, la razza, il colore della pelle o l'origine etnica o sociale, le caratteristiche genetiche, la lingua, la religione o le convinzioni personali, le opinioni politiche o di qualsiasi altra natura, l'appartenenza ad una minoranza nazionale, il patrimonio, la nascita, la disabilità, l'età o l'orientamento sessuale.*"
- La Direttiva 2006/54/CE sull'attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento tra uomini e donne in materia di occupazione e di impiego, prevedendo apposite sanzioni per le ipotesi di discriminazione e l'istituzione all'interno degli Stati membri di organismi incaricati di promuovere la parità di trattamento tra uomini e donne.
- La Risoluzione del Parlamento europeo del 9 giugno 2015 sulla "*Strategia dell'UE per la parità tra uomini e*

d*onne dopo il 2015*" che ha sottolineato l'importanza di azioni positive che favoriscano la conciliazione tra vita privata e vita professionale, quali modalità di lavoro flessibile - part-time, telelavoro, smart working.

- La Roadmap della Commissione europea "*New start to address the challenges of worklife balance faced by working Families"* (2015), che delinea le iniziative da adottare per aumentare l'occupazione femminile.
- La Direttiva UE 2019/1158 relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza, che abroga la direttiva 2010/18/UE del Consiglio.

Sul versante nazionale, il tema delle pari opportunità, è regolato:

- dal D.lgs 11 Aprile 2006 n. 198 conosciuto come *"Codice delle pari opportunità tra uomo e donna."*
- Dal D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni che, nell'introdurre il ciclo di gestione della performance, richiama i principi espressi dalla normativa in materia.
- La legge 4 novembre 2010 n. 183, che ha introdotto importanti modifiche agli artt. 1, 7 e 57 del D.Lgs. 165/2001 prevedendo che nelle amministrazioni pubbliche si debba assicurare la migliore utilizzazione delle risorse umane, promuovendo la formazione e lo sviluppo professionale dei dipendenti, applicando condizioni uniformi rispetto a quelle del lavoro privato e garantendo pari opportunità alle lavoratrici e ai lavoratori nonché l'assenza di qualunque forma di discriminazione e di violenza morale o psichica. La norma prevede, inoltre, di favorire la rimozione 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, alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro. Si dispone, inoltre, la costituzione del "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing.
- il D.Lgs. n. 80 del 15 giugno 2015 "*Misure per la conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche."*
- L'art. 14 della Legge del 7 agosto 2015 n. 124 "*Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche*."
- il d.lgs. n. 151 del 14 settembre 2015 "*Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183.*"
- Il D.Lgs. 12 maggio 2016, n. 90 "*Completamento della riforma della struttura del bilancio dello Stato in attuazione dell'articolo 40, comma 1, della legge 31 dicembre 2009, n. 196"* ed in particolare l'art. 9 con cui è stata modificata la legge n. 196/2009, introducendo l'art. 38 septies, rubricato "Bilancio di Genere."
- La Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2 del 2019, in sostituzione delle Direttive 23 maggio

2007 e 4 marzo 2011, che contiene concrete linee di azioni a cui si devono attenere le amministrazioni pubbliche per raggiungere gli obiettivi definiti nelle norme primarie e indirizzi operativi per l'applicazione del principio di pari opportunità.

- La Legge 5 novembre 2021, n. 162 - Contenente modifiche al Codice delle Pari Opportunità di cui al d.lgs 198/2006.
- Linee guida sulla parità di genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le pubbliche amministrazione ai sensi del D.L. 30.04.2022 n. 36 convertito con modificazioni in L. 29.06.22 n. 79
- Il D. Lgs 30 giugno 2022, n. 105 "*Le nuove regole in materia di congedo parentale in attuazione della direttiva UE (in vigore dal 17 agosto 2022).*"

AMBITO DI APPLICAZIONE E FINALITA'

Il Piano Triennale delle Azioni Positive, di durata triennale e riferito alle annualità 2025-2026-2027, è adottato dall'ASP di Caltanissetta allo scopo di individuare le "azioni positive," per come definite ai sensi dell'art. 42 del D.lgs 198/2006, il quale dispone che: *"le azioni positive, consistenti in misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità, nell'ambito della competenza statale, sono dirette a favorire l'occupazione femminile e realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro."*
Nel dettaglio, un'azione può essere considerata positiva quando:

- mira a rimuovere o prevenire situazioni di malessere lavorativo individuate/percepite o potenzialmente realizzabili;
- è finalizzata a definire buone prassi organizzative per il benessere dei lavoratori, anche mediante attività di mainstreaming - benchmarking;
- promuove un più ampio e migliore ascolto delle diverse componenti aziendali per affinare la pianificazione delle azioni positive;
- è tesa a favorire equilibrio tra responsabilità familiari e lavorative, anche attraverso azioni di flessibilizzazione dell'orario di lavoro.

In tale contesto e allo scopo di perseguire gli obiettivi sopra descritti, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta 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 CL, 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.

CONTESTO TERRITORIALE ED ORGANIZZATIVO DELL'ASP DI CALTANISSETTA

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta ha come territorio di competenza la provincia di Caltanissetta composta da 22 comuni con una popolazione di circa 272.300 abitanti. Ai sensi del Decreto Presidenziale 22 settembre 2009 attuativo dell'art. 12 della L.R. n. 5/2009, l'Azienda è articolata territorialmente in distretti sanitari corrispondenti con gli ambiti territoriali dei distretti socio-sanitari della Provincia di Caltanissetta e di seguito individuati:

- **Distretto Sanitario di Caltanissetta** comprendente i Comuni di: Caltanissetta, Delia, Resuttano, Riesi, Santa Caterina Villarmosa, Sommatino.
- **Distretto Sanitario di Gela** comprendente I Comuni di: Butera, Gela, Mazzarino, Niscemi.
- **Distretto Sanitario di Mussomeli** comprendente i Comuni di: Acquaviva Platani, Campofranco, Mussomeli, Sutera, Vallelunga Pratameno, Villalba.
- **Distretto Sanitario di San Cataldo** comprendente i Comuni di: Bompensiere, Marianopoli, Milena, Montedoro, San Cataldo, Serradifalco.

Nell'ambito del medesimo territorio provinciale, insistono i seguenti Ospedali Riuniti:

a) **Ospedali Area Nord** comprendente i seguenti Presidi Ospedalieri:

- Ospedali Riuniti Sant'Elia (Caltanissetta)
- M. Raimondi (San Cataldo)
- Maria Immacolata Longo (Mussomeli)

b) **Ospedali Area Sud** comprendente i seguenti Presidi Ospedalieri:

- Vittorio Emanuele (Gela)
- S. Stefano (Mazzarino)
- Suor Cecilia Basarocco (Niscemi)

LE AZIONI POSITIVE PREVISTE

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta, con la redazione del Piano delle azioni positive, intende programmare una serie di misure volte a contrastare ogni forma di discriminazione in ambito lavorativo, in termini di: - divieto di discriminazione nell'accesso al lavoro (art. 15 della legge n. 300 del 1970 e articoli 27 e 31 del d.lgs. n. 198 del 2006); - obbligo del datore di lavoro di assicurare condizioni di lavoro tali da garantire l'integrità fisica e morale e la dignità dei lavoratori, tenendo anche conto di quanto previsto dall'articolo 26 del d.lgs. n. 198 del 2006 in materia di molestie e molestie sessuali; - divieto di discriminazione relativo al trattamento giuridico, alla carriera e al trattamento economico (articoli 28 e 29 del d.lgs. n. 198 del 2006); - divieto di discriminazione relativo all'accesso alle prestazioni previdenziali (art. 30 del d.lgs. n. 198 del 2006); - divieto di porre in essere patti o atti finalizzati alla cessazione del rapporto di lavoro per discriminazioni basate sul sesso (art. 15 della legge n. 300 del 1970), sul matrimonio (art. 35 del d.lgs. n. 198 del 2006), sulla maternità - anche in caso di adozione o affidamento - e a causa della domanda o fruizione del periodo di congedo parentale o per malattia del bambino (art. 54 del d.lgs. n. 151 del 2001) o fruizione di congedi per le donne vittime di violenze. Sulla base degli obiettivi strategici, e in un quadro organico di azione, sono stati individuati quattro assi di intervento, per come di seguito indicati:

1) POTENZIALE L'IN-FORMAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE

2) COINVOLGIMENTO E RAFFORZAMENTO DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA

3) MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE INDIVIDUALE ED AZIENDALE 4)CONCILIAZIONE DEI TEMPI DI VITA E DI LAVORO E PROMOZIONE DELLE PARITA' DI GENERE.

Ciascuna delle macroaree sopra indicate contiene l'azione generale da realizzare, brevemente sintetizzata da un titolo e riporta:

- Le azioni positive previste
- i destinatari
- i soggetti coinvolti nella sua realizzazione
- cronoprogramma temporale
- costo previsto per l'attuazione

1) MACROAREA: POTENZIARE L'IN-FORMAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE

La formazione rappresenta il momento fondamentale per la crescita professionale del dipendente. Essa consente di accrescere le competenze del personale e di sviluppare nuove abilità, essenziali per procedere all'adozione di nuovi modelli di lavoro e organizzativi volti ad una conciliazione efficace delle responsabilità personali e lavorative. L'apprendimento di nuove competenze ed il consolidamento delle conoscenze già acquisite, infatti, permette di formare adeguatamente il personale ed investire direttamente sulle risorse umane fruibili attraverso gli strumenti a disposizione. Spesso, anche attraverso l'indizione di nuove procedure concorsuali, si ricercano specifiche risorse senza considerare le potenzialità presenti all'interno dell'Azienda. Per questa ragione ed allo scopo di favorire la crescita professionale del dipendente, l'ASP di CL prevede delle specifiche azioni positive mirate essenzialmente al progresso lavorativo, che si potrà concretizzare nell'ambito di eventuali progressioni di carriera orizzontali e verticali. Importante è altresì prevedere misure concrete volte a far conoscere al dipendente la mission aziendale al fine di renderlo attore principale nella conseguente crescita. A tal fine verranno definiti degli incontri regolari con i Dirigenti e/o Responsabili delle singole Unità Operative.

AZIONE 1.1: Avvio del percorso di inserimento ed accoglienza del personale neo assunto	
AZIONI POSITIVE	• Conoscenza ed acquisizione della mission e visione aziendale al fine di attribuire al dipendente compiti il più possibile mirati • Incontri annuali con i Dirigenti delle varie UU.OO finalizzati a creare un network di riferimento che tenga conto dei vari bisogni aziendali
DESTINATARI	Personale neo assunto
SOGGETTI COINVOLTI	Direzione Strategica Asp di Cl, CUG, U.O.C. Risorse Umane, Dirigenti UU.OO.
CRONOPROGRAMMA TEMPORALE	Azione già avviata all'esito delle nuove assunzioni effettuate nel mese di novembre 2022. Negli anni 2023-2024-2025 è prevista la continuazione delle attività in itinere e l'implementazione di nuovi incontri formativi che tengano conto delle recenti esigenze, anche in un'ottica di continuità con i posti attualmente vacanti in dotazione organica.
COSTO PREVISTO	Nessun costo da sostenere, in quanto le attività sui indicate verranno svolte con il supporto delle risorse interne all'Azienda.

AZIONE 1.2.: Formazione specifica per lavoratori/lavoratrici al rientro dal congedo per maternità/paternità o da lunga assenza per malattia	
AZIONI POSITIVE	Individuazione di strumenti condivisi per il mantenimento dei contatti durante il periodo di assenza, anche attraverso percorsi formativi dedicati e compatibili con le motivazioni dell'assenza.
DESTINATARI	Dipendenti assenti per lunghi periodi (minimo tre mesi di assenza)
SOGGETTI COINVOLTI	Direzione Strategica Asp di Cl, CUG, U.O.S. Formazione Permanente ed Aggiornamento, Dirigenti e/o Responsabile delle singole UO
CRONOPROGRAMMA TEMPORALE	Da definire in relazione al numero di dipendenti assenti, al motivo dell'assenza ed al periodo di vacatio dal servizio
COSTO PREVISTO	L'intervento non comporta oneri di spesa, in quanto la formazione verrà effettuata dalle professionalità dell'U.O dove il dipendente presta servizio e/o da altro personale interno appositamente individuato.

AZIONE 1.3.: Approfondimento delle tematiche aziendali relative all'anticorruzione, al trattamento dei dati personali ed alle procedure internal audit	
AZIONI POSITIVE	• Previsione di specifici percorsi formativi volti ad aumentare le competenze legislative del personale dipendente in modo da rendere funzionale le nozioni apprese al lavoro svolto. • Istituzione di appositi gruppi di lavoro finalizzati a proporre adeguati modelli per gestire e valutare i rischi interni all'Azienda
DESTINATARI	Tutto il personale dell'Azienda Direzione Strategica Asp di CL, CUG,
SOGGETTI COINVOLTI	U.O.S. Internal Audit, U.O.S. Protezione Dati Personali, Ufficio Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, U.O.S. Formazione Permanente ed Aggiornamento, U.O.S. Servizio Legale
CRONOPROGRAMMA TEMPORALE	Le azioni si pongono in continuità con le attività già avviate e da intraprendere nel corso del periodo di validità del presente Piano.
COSTO PREVISTO	Nessun costo aggiuntivo in quanto le attività sono previste all'interno del Piano Formativo Aziendale (approvato con delibera n. 2919 del 29/12/2022).

2) MACROAREA: COINVOLGIMENTO E RAFFORZAMENTO DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA

Il Comitato Unico di Garanzia (di seguito CUG) riveste un ruolo centrale per il rispetto dei principi della parità di genere, delle pari opportunità e del contrasto di qualsiasi forma di discriminazione sul luogo di lavoro. Esso è previsto dall'articolo 57 del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, così come modificato dall'art. 21 della Legge 4 novembre 2010 n. 183 e ss.mm.ii e le sue modalità di funzionamento sono disciplinate dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2 del 2019, in sostituzione delle Direttive 23 maggio 2007 e 4 marzo 2011, che contiene concrete linee di azioni a cui devono attenersi le amministrazioni pubbliche per raggiungere gli obiettivi definiti nelle norme primarie e indirizzi operativi per l'applicazione del principio di pari opportunità.

Come previsto dalla legge 183/2010 il C.U.G. sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.

Il C.U.G. è unico ed esplica le proprie attività nei confronti di tutto il personale appartenente all'azienda, dirigente e non dirigente. Ha composizione paritetica ed è formato da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali rappresentative e da rappresentanti dell'amministrazione, nonché da componenti supplenti.

Al C.U.G. sono attribuiti compiti propositivi, consultivi e di verifica in ordine all'ottimizzazione del lavoro pubblico, al miglioramento dell'efficienza delle prestazioni collegata ad un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di dignità della persona, di benessere lavorativo e di contrasto di ogni forma di discriminazione; questi compiti vengono assolti anche attraverso la proposta, agli organismi competenti, di piani formativi rivolti a tutti i lavoratori ed a tutte le lavoratrici.

Tuttavia, affinché gli obiettivi programmati possano essere concretamente attuati risulta dirimente il coinvolgimento del CUG nelle varie attività aziendali e risulta altresì imprescindibile il suo rafforzamento in termini organizzativi e qualitativi.

A tale scopo, l'ASP di CL sta procedendo alla designazione dei nuovi componenti del CUG e, attraverso la realizzazione delle sotto elencate azioni, intende conseguire maggiori risultati mirati al suo permanente consolidamento.

AZIONE 2.1.: Ricostituzione del Comitato Unico di Garanzia	
AZIONI POSITIVE	☐ Delibera di ricostituzione del Comitato Unico di Garanzia ☐ Modifica del Regolamento di Istituzione e funzionamento del CUG (approvato con deliberazione n. 329 del 31/10/2012)
DESTINATARI	Tutto il personale dell'Azienda
SOGGETTI COINVOLTI	Direzione Strategica Asp Cl, CUG, U.O.C. Risorse Umane
CRONOPROGRAMMA TEMPORALE	Primo semestre 2023 (designazione nuovi componenti cug) ed annualità 2025- 2026 (modifica ed approvazione del nuovo regolamento)
COSTO PREVISTO	Nessun costo da sostenere.

AZIONE 2.2.:Avvio percorso formativo sulle tematiche di interesse del CUG	
AZIONI POSITIVE	☐ Incontri formativi sul ruolo e funzioni del CUG ☐ Progettazione e diffusione di un documento informativo sul CUG inerente la sua struttura, composizione compiti e responsabilità
DESTINATARI	Tutto il personale dell'Azienda Direzione Strategica Asp Cl, CUG, U.O.S.
SOGGETTI COINVOLTI	Formazione Permanente e Aggiornamento, U.O.S. Comunicazione Istituzionale ed interna
CRONOPROGRAMMA TEMPORALE	Attività formative da realizzare nell'arco del triennio
COSTO PREVISTO	Costo da definire in relazione al numero di eventi previsti

AZIONE 2.3.: VALORIZZARE LA PRESENZA DEL CUG ALL'INTERNO DELL'ASP DI CL	
AZIONI POSITIVE	• Creazione della casella di posta elettronica del CUG • Supporto all'attività del CUG attraverso la fornitura, al citato organismo, di tutti i dati e le informazioni necessarie, anche attraverso incontri programmati con I Dirigenti e/o incaricati delle varie UU. OO
DESTINATARI	Tutto il personale dell'Azienda
SOGGETTI COINVOLTI	Direzione Strategica Asp Cl, CUG, UU.OO, Distretti, Dipartimenti
CRONOPROGRAMMA TEMPORALE	2025/2027 (modifica regolamento aziendale)
COSTO PREVISTO	Nessun costo aggiuntivo in quanto le azioni ivi previste verranno realizzate ricorrendo alle professionalità interne all'Azienda

3) MACROAREA: MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE INDIVIDUALE ED AZIENDALE

Il benessere organizzativo, sia esso individuale che aziendale, non può prescindere dal confronto con e tra i dipendenti, in quanto i fattori che incidono su di esso sono molteplici e richiedono un'analisi approfondita delle esigenze dei lavoratori, sia in termini di comunicazione interna che di condivisione delle decisioni e degli obiettivi. Per questa ragione, l'ASP di CL individua una serie di misure volte a stimolare e rafforzare la motivazione dei dipendenti e il senso di appartenenza all'interno dell'Azienda. Nella specie, si prevede di favorire una crescente circolazione di informazioni (anche attraverso la creazione di nuovi canali di comunicazione tra dipendenti) nonché di attuare interventi di sensibilizzazione, prevenzione e modalità di

gestione dello stress lavoro correlato in collaborazione con il CUG, con il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione (RSPP), con il Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RSL) e con il Medico competente.
Le indagini sullo stress lavoro correlato rappresentano, infatti, uno strumento efficace per instaurare un dialogo costruttivo e diretto con il personale e per prevenire il malessere e i disagi legati a stress organizzativi. La diagnosi periodica e regolare sulla qualità del clima organizzativo, sulle condizioni di benessere organizzativo e sul grado di salute e soddisfazione percepito dai lavoratori e dalle lavoratrici può favorire l'appropriata adozione di misure volte a migliorare il clima organizzativo e la qualità delle relazioni interne e di approntare efficaci interventi ri-organizzativi.

AZIONE 3.1.: PREVENZIONE DELLA VIOLENZA INTERNA ED ESTERNA ALL'AMBITO LAVORATIVO	
AZIONI POSITIVE	☐ Analisi delle situazioni operative al fine di individuare quelle a maggiore vulnerabilità ☐ Esame dei dati relativi agli episodi di violenza verificatisi nella struttura ☐ Definizione delle misure di prevenzione e protezione da adottare ☐ Sviluppo ed implementazione del "Programma di prevenzione della violenza"
DESTINATARI	Tutto il personale dell'Azienda
SOGGETTI COINVOLTI	Componenti del gruppo di lavoro aziendale per le attività di prevenzione alla violenza ad Operatore (istituito con delibera n. 507 del 17 maggio 2018)
CRONOPROGRAMMA TEMPORALE	Azione già avviata e da implementare nel corso del triennio
COSTO PREVISTO	Nessun costo da sostenere

AZIONE 3.2.: GESTIONE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO	
AZIONI POSITIVE	☐ Ricostituzione del gruppo S.L.C. (istituito con delibera n. 1768 del 15 settembre 2016) ☐ Modifica delle modalità del punto di ascolto stress lavoro correlato (delibera n. 1769 del 15 settembre 2016) anche attraverso la previsione di consulenze online, ove la presenza fisica risulti inattuabile
DESTINATARI	Tutto il personale dell'Azienda

SOGGETTI COINVOLTI	Direzione Strategica Asp di CL, Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione, U.O.S. Stress Lavoro Correlato, componenti del gruppo S.L.C.
CRONOPROGRAMMA TEMPORALE	2025-2027 (nuove modalità operative ed implementazione del gruppo di ascolto stress lavoro correlato)
COSTO PREVISTO	Costo da definire per l'implementazione delle nuove modalità operative del gruppo di ascolto

AZIONE 3.3.:SVILUPPO DI STILI DI VITA SALUTARI	
AZIONI POSITIVE	□ Realizzazione di incontri formativi sui principali rischi legati a stress lavoro correlato (ansia, stati depressivi, difficoltà di concentrazione…) □ Corso pratico per il miglioramento delle prestazioni lavorative (esercizi mirati per il benessere fisico del dipendente: ad esempio, volti al miglioramento della postura)
DESTINATARI	Tutto il personale dell'Azienda
SOGGETTI COINVOLTI	U.O.S. Stress lavoro correlato, U.O.S. Educazione alla Salute, U.O.C. Psicologia, U.O.S. Formazione Permanente ed Aggiornamento
CRONOPROGRAMMA TEMPORALE	Azioni a carattere continuativo da realizzarsi nel corso di validità del presente Piano
COSTO PREVISTO	A carico dell'Azienda

4) MACROAREA: CONCILIAZIONE DEI TEMPI DI VITA E DI LAVORO E PROMOZIONE DELLA PARITA' DI GENERE

L'obiettivo di questa sezione è quello di prevedere delle misure finalizzate ad un miglioramento della conciliazione tra attività lavorativa e vita privata per il personale dipendente dell'Azienda, al fine di conseguire la condivisione delle responsabilità di cura tra uomini e donne e la parità di genere in ambito lavorativo e familiare.

A tale scopo, sono previste delle azioni specifiche inerenti sia all'eventuale possibilità, nel rispetto della normativa vigente, di prevedere il lavoro agile come modalità ordinaria della prestazione lavorativa, sia ulteriori misure volte a sensibilizzare il dipendente sul tema delle discriminazioni e favorire il riequilibrio di genere all'interno dell'ambiente di lavoro.

In particolare, per ciò che concerne lo smart working, quanto previsto in questa macroarea risulta strettamente

correlato al quadro legislativo vigente ed alle determinazioni inserite all'interno del POLA, mentre per le restanti misure si prevede di valorizzare le esperienze nell'ambito delle opportunità di carriera, soprattutto dirigenziale. In questo senso, si suggeriscono misure per evitare che, tra concorrenti di diverso sesso, possano determinarsi situazioni di discriminazione diretta e/o indiretta.

AZIONE 4.1.: PREVISIONE DELLO SMART WORKING QUALE MODALITA' ALTERNATIVA AL LAVORO IN PRESENZA	
AZIONI POSITIVE	• Istituzione di un gruppo di lavoro finalizzato allo studio e monitoraggio della normativa relativa al lavoro agile • Revisione e aggiornamento del POLA alla stregua delle risultanze esaminate dal gruppo di lavoro • Redazione del regolamento aziendale sulle modalità di fruizione dello smart working
DESTINATARI	Tutto il personale dell'Azienda (con priorità per le categorie normativamente previste)
SOGGETTI COINVOLTI	Direzione Strategica ASP CL, CUG, UOC Risorse Umane
CRONOPROGRAMMA TEMPORALE	2025 (istituzione gruppo di lavoro), 2026-2027 (proseguimento attività previste)
COSTO PREVISTO	Nessun costo da sostenere

AZIONE 4.2.: PARITA' DI GENERE NELLE COMMISSIONI DI CONCORSO E NEL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI	
AZIONI POSITIVE	• Garantire la presenza di almeno un terzo di componenti di sesso femminile nelle commissioni di concorso (ex art. 57 c.1 lett. a) dlgs 165/2001) • Modifica e/o redazione del Regolamento aziendale inserendo la previsione che gli atti di nomina delle commissioni devono essere trasmessi, in tempi brevi, al CUG che ha il compito di verificare il rispetto della sopra richiamata disposizione normativa e segnalare tempestivamente alla Direzione Amministrativa eventuali irregolarità

	• Inserire nell'atto di nomina dei componenti della commissioni e/o per il conferimento degli incarichi dirigenziali la previsione che è stato rispettato il principio delle pari opportunità
DESTINATARI	Componenti delle commissioni di concorsi, CUG
SOGGETTI COINVOLTI	UOC Risorse Umane, CUG, Direzione Strategica ASP CL
CRONOPROGRAMMA TEMPORALE	Azioni da realizzare nell'arco del triennio
COSTO PREVISTO	Nessun costo da sostenere

AZIONE 4.3.:INCLUSIONE LAVORATIVA DIGITALE	
AZIONI POSITIVE	Elaborazione di corsi specifici per acquisire nuove competenze in materia informatica e facilitare l'uso dei media digitali
DESTINATARI	Tutto il personale dell'Azienda
SOGGETTI COINVOLTI	Direzione Strategica Asp CL, CUG, U.O.S. Formazione Permanente ed Aggiornamento
CRONOPROGRAMMA TEMPORALE	Triennio di riferimento
COSTO PREVISTO	Costo a carico dell'Azienda

MONITORAGGIO E VERIFICA

Le azioni previste nel presente Piano, avente carattere temporaneo e speciale, saranno oggetto di monitoraggio con cadenza annuale e, alla stregua dei cambiamenti organizzativi e/o di nuove esigenze, potranno essere modificate, integrate e ampliate nel corso del triennio. La Direzione Aziendale provvederà a monitorare le azioni sopra indicate ed al CUG spetta invece il compito di verificare la concreta realizzazione delle stesse e proporre misure idonee per garantire il rispetto dei principi fissati dalla legislazione vigente, così come specificati nella Direttiva n. 2/2019 del 26 giugno 2019 del Ministro per la Pubblica Amministrazione.

CONCLUSIONI

Il presente Piano verrà pubblicato sul sito dell'ASP di CL alla sezione "Amministrazione Trasparente" e copia di esso verrà inserita all'interno della pagina aziendale dedicata al CUG.

Eventuali oneri finanziari, derivanti dalle azioni contenute nel PAP, rientrano nella Direttiva n. 2/2019 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e il Sottosegretario delegato alle pari opportunità, che prevede *"nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio, le amministrazioni mettono a disposizione dei CUG risorse umane e strumentali idonee a perseguire le finalità previste dalla legge e dagli atti di indirizzo, secondo quanto previsto dall'art. 57, comma 1, lettera d), del d.lgs.165/2001".*

Regione Siciliana

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CALTANISSETTA

Piano della Performance

2025-2027

Sommario

PREMESSA..... 3
PRESENTAZIONE DEL PIANO 4
IDENTITA' ASP CALTANISSETTA 6
ARTICOLAZIONE IN DISTRETTI 18
L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASP 24
DOTAZIONE ORGANICA E IL PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI 26
LA MISSION AZIENDALE 28
ALBERO DELLA PERFORMANCE 30
GLI OBIETTIVI STRATEGICI 31
OBIETTIVI CONTRATTUALI GENERALI 32
OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI.....35
OBIETTIVI STRATEGICI CI AZIENDALI 45
DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI 50
IL PROCESSO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE 52
ALLEGATO:SCHEDE TIPO NEGOZIAZIONE BUDGET UU.OO. E INDIVIDUALI E SCHEDE A CONSUNTIVO PER OIV

PREMESSA

Il Piano della Performance è un documento programmatico, introdotto nel nostro ordinamento dalla "Riforma Brunetta" (D. Lgs. 150/2009), attraverso il quale l'Azienda Sanitaria rende noti gli obiettivi e i risultati che intende perseguire nell'arco temporale definito, in coerenza con i vincoli ed il ciclo della programmazione economico finanziaria di bilancio.

Nel presente Piano della Performance, verrà inserita una programmazione aziendale di attività, correlata, prevalentemente, agli Obiettivi che la Regione ha stabilito, per le Aziende Sanitarie, nello schema tipo approvato con deliberazione di Giunta Regionale n. 195 del 17.06.2024, suddividendoli in Obiettivi Generali e Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi.

I suddetti Obiettivi sono stati formalmente assegnati all'ASP di Caltanissetta, in sede di firma del Contratto di Lavoro del Direttore Generale, Dott. Salvatore Lucio Ficarra, in data 01.07.2024.

Ciò premesso l'Azienda procede alla redazione di questo Piano Triennale della Performance, riservandosi di perseguire, comunque, eventuali ulteriori Obiettivi che dovessero essere assegnati all'Azienda, dall'Assessorato Regionale della Salute o derivanti da nuove specifiche normative regionali, nazionali o Europee.

Con l'adozione del presente Piano, l'Azienda Sanitaria si propone di dotarsi di uno strumento idoneo a fornire informazioni precise e quantificabili sugli aspetti rilevanti delle proprie attività, con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi, l'organizzazione e rendere più trasparente la rendicontazione del proprio operato agli stakeholders.

PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

Questa Azienda, con il presente documento, **rimodula il Piano Triennale della Performance 2024- 2026, per allinearlo al triennio 2025-2027**, confermando la centralità dell'atto ai fini della programmazione aziendale per il triennio di riferimento, in ossequio alle disposizioni contenute nell'art. 15 del Decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150.

Il Piano costituisce il punto di avvio del ciclo di gestione della performance, in base all'art. 4 del suddetto Decreto legislativo n. 150/2009 ed è predisposto in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio aziendale.

Il Piano individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento gli 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.

La redazione del presente Piano tiene conto del quadro normativo, nel tempo intervenuto in materia di Performance.

Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità e attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, questa ASP, come previsto per le Amministrazioni Pubbliche, provvede a *redigere e pubblicare sul sito istituzionale ogni anno*:

a) ***il Piano della Performance****, documento programmatico triennale, che è definito dall'organo di indirizzo politico- amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica ai sensi dell'art. 3, comma 2, e che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di cui all'art. 5, comma 01, lettera b)* e definisce, con riferimento agli obiettivi finali e intermedi e 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.

Tale Piano deve essere adottato entro il 31 Gennaio.

b) ***la Relazione annuale sulla performance****,* redatta ai sensi dell'art. 10, c.1, lett b) del d.lgs. 150/2009, come modificato dal Dlgs 25 Maggio 2017 n. 74, *dell'articolo 3, comma 1, del DPR 105/2016,* ***nonché*** **delle Linee guida n. 3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica.**

Secondo le indicazioni contenute in tali linee guida la Relazione annuale sulla *performance* (nel seguito Relazione) deve essere adottata, validata, da parte degli Organismi Indipendenti di Valutazione, nonchè pubblicata entro il 30 giugno.

Relativamente al Piano Triennale delle Performance è necessario fare un riferimento all'art. 6 del D.L. n. 80/2021, con il quale viene introdotto il **PIAO** (Piano Integrato di Attività ed Organizzazione della Pubblica Amministrazione).

Il PIAO è un Documento unico di Programmazione e governance volto ad assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, dei servizi ai Cittadini e alle imprese, semplificando i processi.

Il PIAO, infatti, è un documento unico di programmazione della Pubblica Amministrazione, che ha lo scopo di riunire e semplificare gli adempimenti a carico degli enti ispirato ad una logica integrata.

Introdotto dal Decreto Reclutamento il PIAO è in vigore dal 2022.

Il Piano integrato di attività e organizzazione sostituisce tutta una serie di atti che sono obbligatori per le PA. In particolare, confluiscono nel PIAO i seguenti Piani:

- Delle Performance;
- Della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza;
- Dei fabbisogni di personale;
- Per il lavoro agile (POLA)
- Della programmazione dei fabbisogni formativi.

IDENTITA' ASP DI CALTANISSETTA

Chi siamo

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta è Azienda del Servizio Sanitario Regionale, costituita con Legge Regionale n. 5 del 14/04/2009.
L'Azienda, operativa dal 1 settembre 2009, ha sede legale a Caltanissetta in Via G. Cusmano 1 ed è dotata di natura giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale.
L'ASP di Caltanissetta è il frutto dell'accorpamento di tre aziende sanitarie: l'ASL 2, territoriale, l'Azienda Ospedaliera S. Elia, l'Azienda Ospedaliera Vittorio Emanuele di Gela.
Rappresentante Legale dell'Azienda è il Direttore Generale.
I principali stakeholder dell'Azienda sono:
- pazienti/utenti;
- dipendenti;
- istituzioni
- fornitori
- terzo settore

Cosa facciamo

L'Azienda svolge le funzioni di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività residente e/o presente nella provincia di Caltanissetta, mediante programmi e azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria e socio-assistenziale nazionale e regionale.
L'Azienda svolge 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'ASP di Caltanissetta fornendo servizi erogati direttamente o da altre Aziende del SSN, pubbliche o private, garantendo l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA, lo sviluppo del sistema per la qualità aziendale e la sicurezza del paziente, la migliore accessibilità dei servizi all'utente, l'integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, lo sviluppo delle cure primarie, la collaborazione con gli enti locali, le altre organizzazioni sanitarie e le organizzazioni di rappresentanza degli utenti e del volontariato.

Come operiamo

L'Azienda svolge le proprie funzioni 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 la propria attività a criteri di appropriatezza clinica, organizzativa e gestionale nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti della programmazione nazionale e regionale.
Per il perseguimento della propria missione l'Azienda riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi. In tale ottica obiettivo prioritario è rappresentato dal servizio al cittadino e dal sistema di relazione e comunicazione con il cittadino stesso, singolo o rappresentato da associazioni.
La strategia aziendale, in correlazione alla missione istituzionale, alle professionalità presenti, alle tecnologie disponibili, è orientata ad una omogenea distribuzione dell'offerta sanitaria nell'intero territorio provinciale, nonché ad una ottimizzazione dell'attività delle UU.OO. che costituiscono Hub regionali, interagendo con altre Aziende limitrofe.

L'Azienda ispira la propria organizzazione a criteri di responsabilizzazione diffusa, di delega dei sistemi di gestione, di valorizzazione dell'autonomia gestionale delle singole articolazioni organizzative, dell'autonomia professionale degli operatori e di un generale orientamento alla flessibilità, anche a promozione dell'autonomia e della responsabilizzazione dei Dirigenti sulle dimensioni quali-quantitative di attività e di costo.

Al fine di costruire una cultura di cittadinanza, l'Azienda promuove la partecipazione dei Cittadini alla valutazione dei servizi, dei propri percorsi terapeutici e del mantenimento del proprio stato di salute.

Essa applica il principio della trasparenza, **intesa come accessibilità totale, in applicazione del D.L.gs. n. 150 del 27/10/ 2009 e delle specifiche delibere ANAC sulla Trasparenza e Prevenzione Anticorruzione.**

Per l'ASP di Caltanissetta la qualificazione del rapporto tra Cittadini e strutture sanitarie, attraverso una strategia comunicativa, rappresenta una modalità per rendere effettivo il diritto all'informazione, alla semplificazione delle procedure, alla facilitazione dell'accesso.
Gli strumenti e gli Organismi per attuare questa strategia sono:

a. UOS Comunicazione istituzionale – interna ed esterna, in staff alla Direzione Generale
b. Carta dei Servizi;
c. Comitato Consultivo;
d. Sito web aziendale;
e. Campagne di informazione e comunicazione;
f. Social media
g. Pubblicazioni edite dall'Azienda.

Per il raggiungimento dei propri fini istituzionali l'ASP si avvale non solo delle proprie strutture gestite direttamente e dei servizi resi da produttori privati accreditati, ma anche delle associazioni di volontariato, delle cooperative sociali e più in generale di ogni risorsa messa a disposizione dalla società civile, mantenendo un ruolo di coordinamento, indirizzo e controllo, nel rispetto del principio di sussidiarietà.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda, ai sensi della L.R. n. 5 del 14 Aprile 2009, art. 9, commi 3 e 4, è disciplinata con Atto di diritto privato- **Atto aziendale**- da adottarsi da parte del Direttore Generale, sulla base degli indirizzi regionali

Gli Organi di vertice dell'ASP di Caltanissetta sono il Direttore Generale, n. q. di Legale Rappresentante dell'Azienda, coadiuvato dai Direttori Amministrativo e Sanitario, il Collegio Sindacale e il Collegio di Direzione.

Relativamente al modello organizzativo dell'Azienda, il riferimento normativo è l'Art. 3. D.lgs. 502/1992 e ss.mm.ii., "Organizzazione delle Unità Sanitarie Locali, comma 1-bis. "… l'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali.

L'atto aziendale, predisposto sulla base della programmazione nazionale e regionale e nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla Regione Siciliana, individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale, soggette a rendicontazione analitica".

Gli atti amministrativi di approvazione del vigente atto aziendale dell'ASP di Caltanissetta sono i seguenti:

- Deliberazione n. 2416 del 30/12/2019
- Deliberazione n. 1198 del 14/05/2020 "approvazione Atto Aziendale 2019 ASP di Caltanissetta" D.A. N. 162/2020.
- Deliberazione n. 2863 del 12/11/2020 concernente l'integrazione dell'Atto Aziendale per la definizione delle UU.OO. semplici Ospedaliere e Territoriali.
- Deliberazione n. 330 del 01/02/2022 concernente l'aggiornamento dell'Atto Aziendale di cui alla deliberazione n. 2863 del 12/11/2020.

I Dirigenti, secondo quanto previsto dell'atto aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati.

Di seguito si descrive l'articolazione dell'Azienda correlata al vigente Atto Aziendale, fermo restando che si avrà cura di provvedere ad una relativa modifica/integrazione, conseguentemente ad un nuovo assetto derivante dal prossimo Atto aziendale:

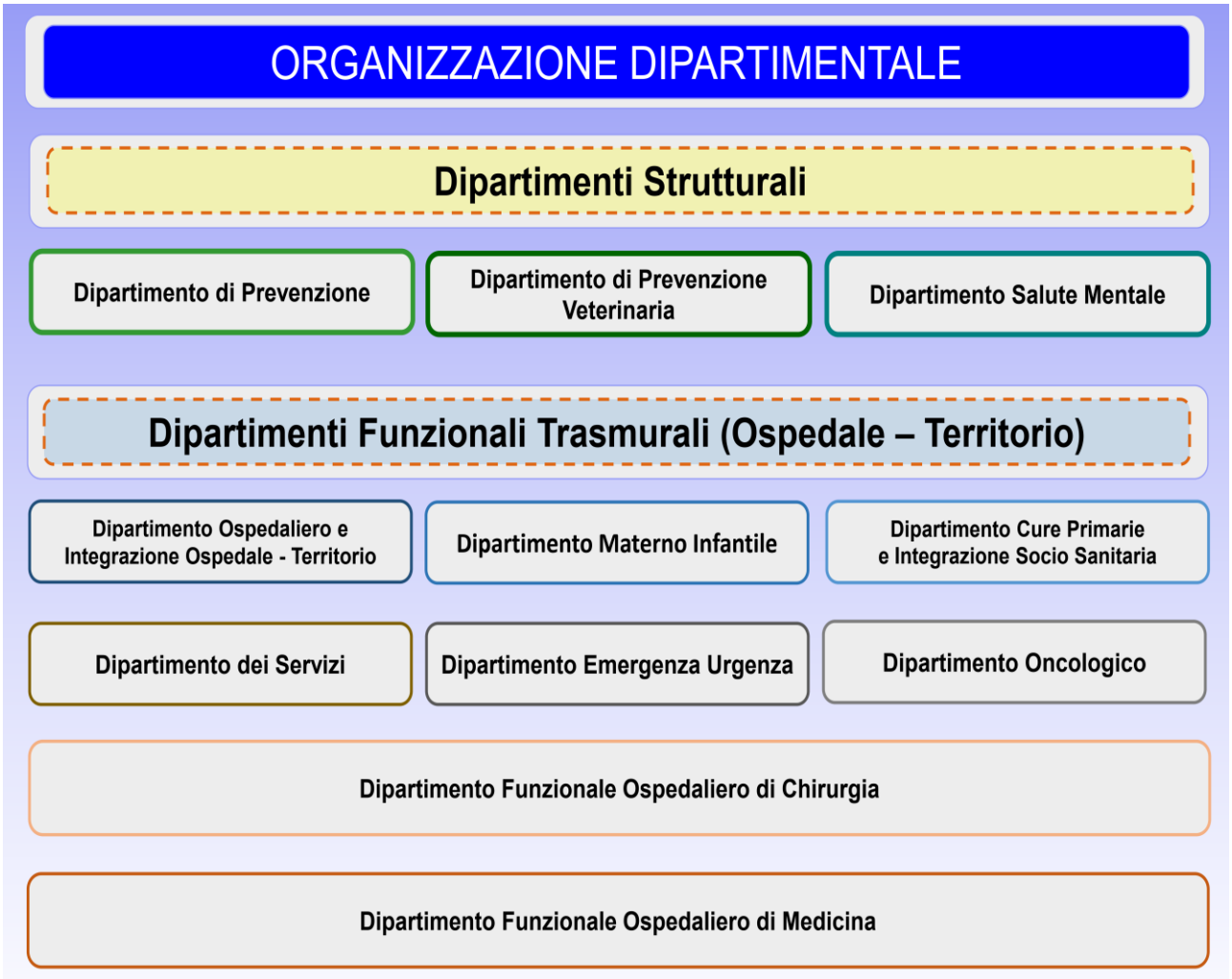
Dipartimenti Sanitari ed un Dipartimento Amministrativo.

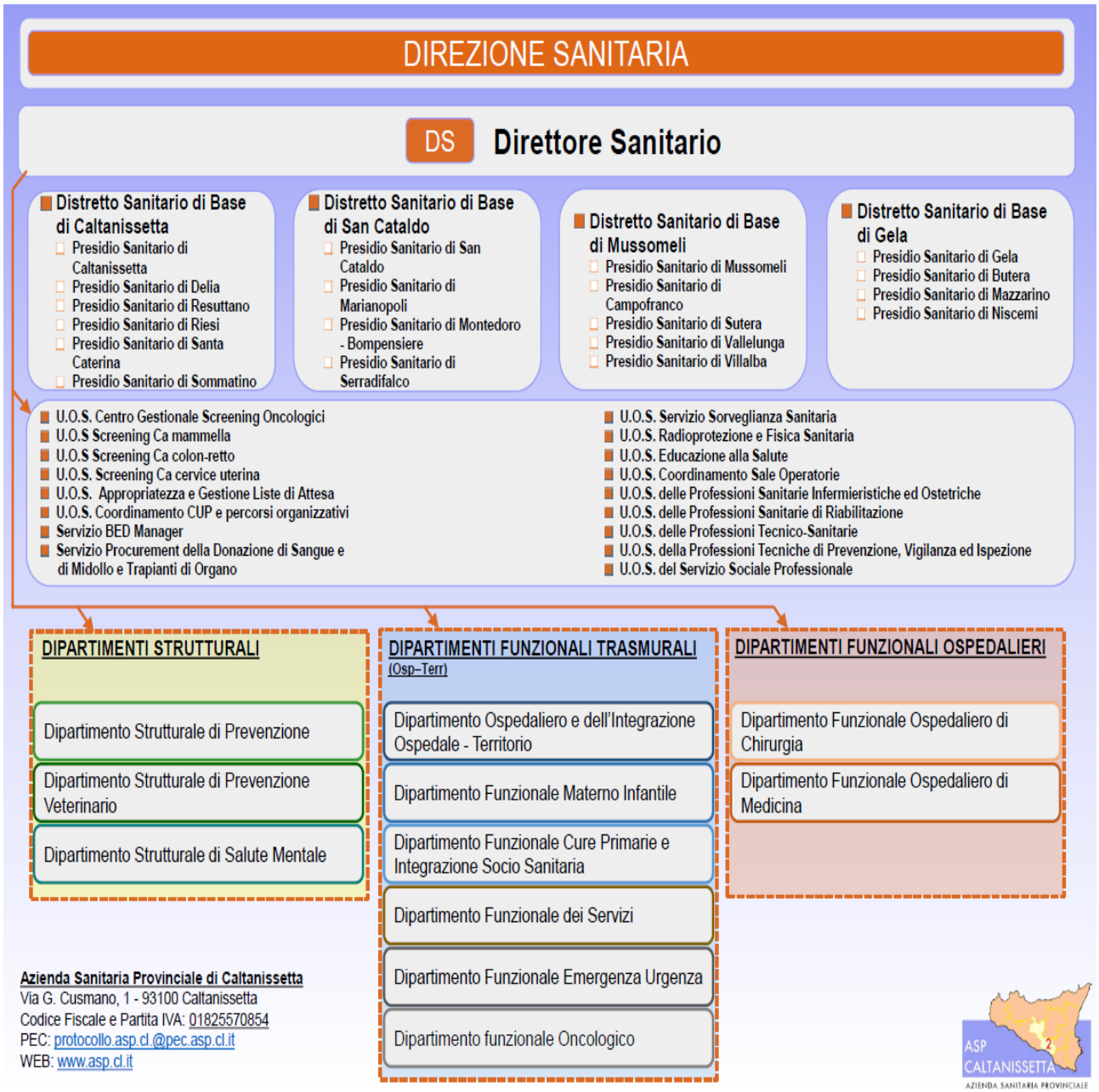
Il Dipartimento è il modello ordinario di gestione operativa dell'attività dell'Azienda ai sensi dell'art. 17 bis del D.lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. Esso è costituito da strutture organizzative, semplici e complesse (UOS e UOC), che, per omogeneità, affinità e complementarità hanno comuni finalità. Il Dipartimento può essere distinto in Dipartimento Strutturale e Dipartimento Funzionale.

All'interno dell'ASP di Caltanissetta sono presenti:

- N° 3 Dipartimenti Strutturali
- N° 6 Dipartimenti Funzionali Territoriali
- N° 2 Dipartimenti Funzionali Ospedali.

QUADRO SINOTTICO DIPARTIMENTI AZIENDALI




DIREZIONE SANITARIA
DS
Direttore Sanitario
Distretto Sanitario di Base di Caltanissetta
Presidio Sanitario di Caltanissetta
Presidio Sanitario di Delia
Presidio Sanitario di Resuttano
Presidio Sanitario di Riesi
Presidio Sanitario di Santa Caterina
Presidio Sanitario di Sommatino
Distretto Sanitario di Base di San Cataldo
Presidio Sanitario di San Cataldo
Presidio Sanitario di Marianopoli
Presidio Sanitario di Montedoro - Bompensiere
Presidio Sanitario di Serradifalco
Distretto Sanitario di Base di Mussomeli
Presidio Sanitario di Mussomeli
Presidio Sanitario di Campofranco
Presidio Sanitario di Sutera
Presidio Sanitario di Vallelunga
Presidio Sanitario di Villalba
Distretto Sanitario di Base di Gela
Presidio Sanitario di Gela
Presidio Sanitario di Butera
Presidio Sanitario di Mazzarino
Presidio Sanitario di Niscemi
U.O.S. Centro Gestionale Screening Oncologici
U.O.S Screening Ca mammella
U.O.S Screening Ca colon-retto
U.O.S. Screening Ca cervice uterina
U.O.S. Appropriatezza e Gestione Liste di Attesa
U.O.S. Coordinamento CUP e percorsi organizzativi
Servizio BED Manager
Servizio Procurement della Donazione di Sangue e di Midollo e Trapianti di Organo
U.O.S. Servizio Sorveglianza Sanitaria
U.O.S. Radioprotezione e Fisica Sanitaria
U.O.S. Educazione alla Salute
U.O.S. Coordinamento Sale Operatorie
U.O.S. delle Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche
U.O.S. delle Professioni Sanitarie di Riabilitazione
U.O.S. delle Professioni Tecnico-Sanitarie
U.O.S. della Professioni Tecniche di Prevenzione, Vigilanza ed Ispezione
U.O.S. del Servizio Sociale Professionale
DIPARTIMENTI STRUTTURALI
Dipartimento Strutturale di Prevenzione
Dipartimento Strutturale di Prevenzione Veterinario
Dipartimento Strutturale di Salute Mentale
DIPARTIMENTI FUNZIONALI TRASMURALI
(Osp–Terr)
Dipartimento Ospedaliero e dell'Integrazione Ospedale - Territorio
Dipartimento Funzionale Materno Infantile
Dipartimento Funzionale Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria
Dipartimento Funzionale dei Servizi
Dipartimento Funzionale Emergenza Urgenza
Dipartimento funzionale Oncologico
DIPARTIMENTI FUNZIONALI OSPEDALIERI
Dipartimento Funzionale Ospedaliero di Chirurgia
Dipartimento Funzionale Ospedaliero di Medicina
Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta
Via G. Cusmano, 1 - 93100 Caltanissetta
Codice Fiscale e Partita IVA: 01825570854
PEC: protocollo.asp.cl.@pec.asp.cl.it
WEB: www.asp.cl.it
ASP CALTANISSETTA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

L'Assistenza Ospedaliera

Uno dei pilastri fondanti il processo di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale è costituito dalla rimodulazione della rete ospedaliera connessa allo sviluppo delle cure territoriali, la quale comporta la necessità di un continuo percorso di rimodulazione dell'assistenza ospedaliera attraverso il miglioramento dei profili di appropriatezza clinica ed organizzativa. Ciò consente, in primis, di riservare il ricovero ordinario solo ai casi di maggiore gravità clinica e maggiore impegno assistenziale, trasferendo la casistica meno complessa verso percorsi alternativi e maggiormente idonei (Regimi Day Hospital e Day Service).

Inoltre, gli indirizzi di programmazione regionale indicano come elemento essenziale di tale percorso il reale potenziamento della rete delle post acuzie, prevedendo l'incremento dell'assistenza riabilitativa e di lungodegenza, oltre al rafforzamento dell'assistenza territoriale e, quindi, lo sviluppo dell'assistenza domiciliare e delle cure palliative.

In tale scenario rientrano le disposizioni normative nazionali (D.lgs. n. 135/12, Decreto Balduzzi) che definiscono l'assetto organizzativo e la dotazione dei posti letto al fine di promuovere una maggiore appropriatezza e razionalità dell'offerta ospedaliera. Tali norme prevedono una revisione dello standard dei posti letto da 4 a 3,7 per mille abitanti, comprensivi di 0,7 PL per mille abitanti per la riabilitazione (0,5 PL per 1000 abitanti) e la lungodegenza (0,2 PL per 1000 abitanti).

La suddetta normativa prevede, altresì, una riduzione del tasso di ospedalizzazione da 180 a 160 ricoveri per mille abitanti, di cui il 25% riferito ai ricoveri diurni.

Per quanto riguarda l'Area Ospedaliera abbiamo una suddivisione delle strutture pubbliche, in "OSPEDALI AREA NORD", che comprendono i PP.OO. riuniti Sant'Elia di Caltanissetta - Maddalena Raimondi di San Cataldo - Maria Immacolata Longo di Mussomeli e "OSPEDALI AREA SUD", che comprendono i PP.OO. Vittorio Emanuele di Gela - Santo Stefano di Mazzarino - Suor Cecilia Basarocco di Niscemi, per un totale di n. 6 presidi ospedalieri.

Accanto alle strutture pubbliche, sul territorio dell'ASP insistono anche le Case di cura private accreditate, in numero di due: una nella zona sud e l'altra nella zona nord rispettivamente la Casa di Cura Santa Barbara SO.GE.SA. di Gela e la Regina Pacis Skema Iniziative Sanitarie di San Cataldo.

Distretti Ospedalieri e Presidi Ospedalieri afferenti

L'ASP di Caltanissetta è articolata in due distretti ospedalieri distinti in Area Nord e Area Sud.

Nell'ambito dei distretti ospedalieri dell'Azienda sono presenti i seguenti Presidi Ospedalieri distinti per area di appartenenza.

Presidi Ospedalieri Riuniti	Tipologia/complessità strutture
Distretto ospedaliero Area Nord	
Sant'Elia di Caltanissetta / M. Raimondi di San Cataldo	HUB Regionale - DEA di II° livello;
M. Immacolata Longo di Mussomeli	Presidio Ospedaliero di zona disagiata
Distretto ospedaliero Area Sud	
Vittorio Emanuele III di Gela, SPOKE Regionale	DEA di I° Livello
Suor Cecilia Basarocco di Niscemi	Presidio Ospedaliero di zona disagiata
Santo Stefano di Mazzarino	Presidio Ospedaliero di zona disagiata

Di seguito si indicano gli ultimi dati di attività, relativi all'anno 2024.

L'attività ospedaliera erogata dai sei Presidi Ospedalieri nell'anno 2024 ammonta a 16.170 ricoveri in regime Ordinario e Day Hospital, per un valore totale di €58.655.739. Mentre il regime di Day Service ha registrato 8.735 casi per un valore di € 6.020.238,81.

Per le case di cura accreditate si registrano 4.740 ricoveri regime Ordinario e Day Hospital, per un valore totale di € 17.518.410. In regime di Day Service i casi sono 1.206 per un valore di € 842.125,37.
L'attività ospedaliera complessiva erogata dall'ASP pertanto ammonta a 20.910 ricoveri in regime Ordinario e Day Hospital, per un valore totale di € 76.174.149 e 9.941casi in regime Day Service per un valore di € 6.862.364,18

Il totale delle prestazioni e delle attività ospedaliere erogate dai sei presidi e dalle due case di cura accreditate è di 30.851 casi per un totale di € 83.036.512,83.
Nella tabella sottostante si riportano i dati di produzione suddivisi per presidio e casa di cura, *setting* assistenziale e relativa valorizzazione economica:

	N. Ordinari	N. DH	N. ORD +DH	N. Day Service	N. Totale
P.O. S. Elia di Caltanissetta	8.473	817	9.290	5.241	14.531
P.O. Maria Immacolata Longo Mussomeli	1.007	223	1.230	1.855	3.085
P.O. M. Raimondi di S. Cataldo (CL)	247	50	297	0	297
P.O. Vittorio Emanuele di Gela (CL)	3.791	534	4.325	1.195	5.520

P.O. S. Stefano di Mazzarino (CL)	298	0	298	0	298
P.O. Suor Cecilia Basarocco di Niscemi (CL)	662	68	730	444	1.174
Totale	14.478	1.692	16.170	8.735	24.905

Casa di Cura Regina Pacis - S. Cataldo (CL)	1.013	1.091	2.104	746	2.850
Casa di Cura S. Barbara So.Ge.Sa. S.p.A. - Gela (CL)	2.101	535	2.636	460	3.096
Totale	3.114	1.626	4.740	1.206	5.946

Totale ASP	17.592	3.318	20.910	9.941	30.851

	IMP ORD	IMP DH	IMP ORD +DH	IMP Day Service	IMP Totale
P.O. S. Elia di Caltanissetta	€ 36.659.192	€ 1.075.972	€ 37.735.164	€ 3.710.057,05	€ 41.445.220,77
P.O. Maria Immacolata Longo Mussomeli	€ 3.976.631	€ 250.879	€ 4.227.510	€ 1.443.171,85	€ 5.670.681,51
P.O. M. Raimondi di S. Cataldo (CL)	€ 1.255.019	€ 12.492	€ 1.267.511	€ 0,00	€ 1.267.510,70
P.O. Vittorio Emanuele di Gela (CL)	€ 11.549.333	€ 696.896	€ 12.246.229	€ 675.444,20	€ 12.921.673,40
P.O. S. Stefano di Mazzarino (CL)	€ 1.010.028	€ 0	€ 1.010.028	€ 0,00	€ 1.010.027,56
P.O. Suor Cecilia Basarocco di Niscemi (CL)	€ 1.974.212	€ 195.086	€ 2.169.298	€ 191.565,71	€ 2.360.863,55
Totale	€ 56.424.414	€ 2.231.325	€ 58.655.739	€ 6.020.238,81	€ 64.675.977,49

Casa di Cura Regina Pacis - S. Cataldo (CL)	3.797.069	1.815.817	€ 5.612.886	€ 377.804,75	€ 5.990.690,49
Casa di Cura S. Barbara So.Ge.Sa. S.p.A. - Gela (CL)	10.718.423	1.187.101	€ 11.905.524	€ 464.320,62	€ 12.369.844,85
Totale	€ 14.515.492	€ 3.002.918	€ 17.518.410	€ 842.125,37	€ 18.360.535,34

Totale ASP	€ 70.939.906	€ 5.234.243	€ 76.174.149	€ 6.862.364,18	€ 83.036.512,83

Dati provvisori con flusso di dicembre 2024

POSTI LETTO DA MODELLI HSP 12 ANNO 2024

PP.OO AREA NORD ASP DI CALTANISSETTA			
COD. PRESIDO	**DESCR. PRESIDIO**	**RICOVERI ACUTI**	**RICOVERI POST ACUTI**
190306	P.O. S. ELIA CALTANISSETTA	263	0
190307	P.O. M.I. LONGO MUSSOMELI	28	0
190308	P.O. M. RAIMONDI SAN CATALDO	0	24
TOTALE		**259**	**291**

PP.OO AREA SUD ASP DI CALTANISSETTA			
COD. PRESIDO	**DESCR. PRESIDIO**	**RICOVERI ACUTI**	**RICOVERI POST ACUTI**
190309	P.O. V. EMANUELE GELA	155	2
190310	P.O. S. STEFANO MAZZARINO	18	0
190311	P.O. SUOR C. BASAROCCO NISCEMI	19	18
TOTALE		**177**	**192**

TOTALE	**483**	**44**

POSTI LETTO DA MODELLI HSP 13 ANNO 2024

C.d.C. ACCREDITATE ASP DI CALTANISSETTA			
COD. PRESIDO	**DESCR. PRESIDIO**	**RICOVERI ORDINARI**	**DH/DS**
190505	CDC REGINA PACIS SAN CATALDO	38	7
190506	CDC SANTA BARBARA GELA	60	30
TOTALE		**98**	**37**

POSTI LETTO DA MODELLI HSP 22 BIS ANNO 2024

P.O. S. ELIA CALTANISSETTA

COD. DISCIP.	DESCRIZIONE DISCIPLINA	RICOVERI ORDINARI	DH/DS
01	ALLERGOLOGIA	0,00	1,83
08	CARDIOLOGIA	12,00	1,92
09	CHIRURGIA GENERALE	20,25	1,92
14	CHIRURGIA VASCOLARE	8,00	1,83
18	EMATOLOGIA	6,00	4,00
24	MALATTIE INFETTIVE	14,67	2,00
26	MEDICINA GENERALE	18,00	1,00
29	NEFROLOGIA	1,00	2,33
30	NEUROCHIRURGIA	13,75	1,17
31	NIDO	1,00	0,00
32	NEUROLOGIA	19,50	2,00
34	OCULISTICA	1,00	1,92
36	ORTOPEDIA	12,17	2,00
37	OSTETRICIA	12,50	2,00
38	ORL	2,92	2,00
39	PEDIATRIA	6,50	2,00
40	PSICHIATRIA	13,00	0,00
43	UROLOGIA	9,83	2,00
49	RIANIMAZIONE	8,50	0,83
50	UTIC	8,00	0,00
52	DERMATOLOGIA	0,00	3,83
58	GASTROENTEROLOGIA	1,00	1,75
62	NEONATOLOGIA	2,00	0,33
64	ONCOLOGIA	9,00	6,00
68	PNEUMOLOGIA	10,25	1,75
TOTALE		**210,83**	**46,42**

P.O. M. RAIMONDI SAN CATALDO

COD. DISCIP.	DISCIPLINA	RICOVERI ORDINARI	DH/DS
56	RIABILITAZIONE	8,83	0,00
60	LUNGIDEGENZA	10,92	0,00
99	HOSPICE	0,00	2,00
TOTALE		**19,75**	**2,00**

P.O. M.I. LONGO MUSSOMELI			
COD. DISCIP.	**DISCIPLINA**	**RICOVERI ORDINARI**	**DH/DS**
09	CHIRURGIA GENERALE	2,00	4,17
26	MEDICINA GENERALE	10,00	2,00
36	ORTOPEDIA	8,00	2,00
60	LUNGODEGENZA	0,00	0,00
TOTALE		**20,00**	**8,17**

P.O. V. EMANUELE GELA			
COD. DISCIP.	**DISCIPLINA**	**RICOVERI ORDINARI**	**DH/DS**
08	CARDIOLOGIA	6,00	2,00
09	CHIRURGIA GENERALE	10,00	3,17
09	BREAST UNIT (SENOLOGIA)	2,00	2,00
18	EMATOLOGIA.	0,00	4,00
24	MALATTIE INFETTIVE	7,00	0,00
26	MEDICINA GENERALE	17,00	3,67
29	NEFROLOGIA	0,00	0,92
31	NIDO	12,00	0,00
32	NEUROLOGIA	0,33	0,00
36	ORTOPEDIA	8,00	4,00
37	OSTETRICIA	16,00	4,00
38	ORL	0,00	0,00
39	PEDIATRIA	8,00	2,00
40	PSICHIATRIA	0,00	0,00
43	UROLOGIA	6,00	2,00
49	RIANIMAZIONE	4,00	0,00
50	UTIC	4,00	0,00
56	RIABILITAZIONE	0,00	0,00
60	LUNGODEGENZA	0,00	0,00
62	NEONATOLOGIA	2,00	0,00
64	ONCOLOGIA	0,00	2,00
99	HOSPICE	0,00	2,00
TOTALE		**102,33**	**31,75**

P.O. S. STEFANO MAZZARINO			
COD. DISCIP.	**DISCIPLINA**	**RICOVERI ORDINARI**	**DH/DS**
09	CHIRURGIA GENERALE	6,00	0,00
26	MEDICINA GENERALE	10,00	0,00
TOTALE		**16,00**	**-**

P.O. SUOR C. BASAROCCO NISCEMI			
COD. DISCIP.	**DISCIPLINA**	**RICOVERI ORDINARI**	**DH/DS**
09	CHIRURGIA GENERALE	6,00	2,00
26	MEDICINA GENERALE	9,00	1,50
56	RIABILITAZIONE	8,00	2,00
60	LUNGIDEGENZA	5,00	0,00
TOTALE		**28,00**	**5,50**

TOTALE PP.OO.	**397**	**94**

POSTI LETTO DA MODELLI HSP 13 ANNO 2024

CDC SANTA BARBARA GELA			
COD. DISCIP.	**DISCIPLINA**	**RICOVERI ORDINARI**	**DH/DS**
08	CARDIOLOGIA	8	0
26	MEDICINA GENERALE	8	0
32	NEUROLOGIA	8	0
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	22	0
56	RIABILITAZIONE	24	6
02	D.H. MED. CARD. NEUR.		4
98	D.S. INDISTINTI		10
TOTALE		**70**	**20**

CDC REGINA PACIS SAN CATALDO			
COD. DISCIP.	**DISCIPLINA**	**RICOVERI ORDINARI**	**DH/DS**
09	CHIRURGIA GENERALE	15	0
56	RIABILITAZIONE	8	0
02	DAY HOSPITAL (RIABIL.)		7
98	DAY SURGERY (CH. GEN.)		15
TOTALE		**23**	**22**

TOTALE C.d.C. ACCREDITATE	**93**	**42**

ARTICOLAZIONE IN DISTRETTI

I Distretti Sanitari costituiscono l'articolazione territoriale dell'Azienda al cui livello sono erogate le prestazioni in materia di prevenzione individuale o collettiva, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria della popolazione che, per le loro caratteristiche, devono essere garantite in maniera diffusa ed omogenea sul territorio.

L'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Caltanissetta è articolata territorialmente, ai sensi del Decreto Presidenziale 22 settembre 2009, attuativo dell'art. 12 della Legge Regionale 5/2009, in **N. 4 Distretti Sanitari** corrispondenti con gli ambiti territoriali dei distretti socio-sanitari della Provincia di Caltanissetta e di seguito individuati**:**

- ***Distretto Sanitario di Caltanissetta*** comprendente i Comuni di: Caltanissetta, Delia, Resuttano, Riesi, Santa Caterina Villarmosa, Sommatino.
- ***Distretto Sanitario di Gela*** comprendente i Comuni di: Butera, Gela, Mazzarino, Niscemi.
- ***Distretto Sanitario di Mussomeli*** comprendente **i Comuni di: Acquaviva Platani, Campofranco, Mussomeli, Sutera, Vallelunga Pratameno, Villalba**.
- ***Distretto Sanitario di San Cataldo*** comprendente i Comuni di: Bompensiere, Marianopoli, Milena, Montedoro, San Cataldo, Serradifalco.

Le Strutture Semplici afferenti ai Distretti, di cui al vigente Atto aziendale (di cui agli Atti deliberativi di approvazione nn. 1422 del 30.09.2019, N. 2401 del 27.12.2019, n. 2416 del 3012 2019 e della delibera di presa d'atto N. 1198 del 14 Maggio 2020 e di cui alla deliberazione n. 2863 del 12 novembre 2020 di definizione delle UU.OO. SS. Ospedaliere e territoriali) sono le seguenti:

- 1) N. 2 UUOOSS **Assistenza Sanitaria di Base**- Area NORD e Area SUD;
- 2) N. 2 UUOOSS **Specialistica Ambulatoriale interna** Area NORD e Area SUD;
- 3) N. 2 UUOOSS **Specialistica Ambulatoriale esterna** Area NORD e Area SUD;
- 4) N. 2 UUOOSS **ADI- (U.V.G.- U.V.M.)** Area NORD e Area SUD;
- 5) N. 2 UUOOSS **Tutela salute Infanzia- Donna** Area NORD e Area SUD;

Popolazione assistita: ***dati ISTAT sulla popolazione residente al 31 Ottobre 2024[1] sono i seguenti:***

Tipo di indicatore demografico	popolazione al 31 ottobre 2024		
Sesso	maschi	femmine	totale
Territorio			
Caltanissetta	118 883	126 347	245 230
Acquaviva Platani	416	427	843
Bompensiere	230	240	470
Butera	2 010	2 083	4 093
Caltanissetta	28 174	29 880	58 054
Campofranco	1 199	1 358	2 557
Delia	1 811	2 049	3 860
Gela	34 308	36 103	70 411
Marianopoli	734	799	1 533
Mazzarino	5 141	5 561	10 702
Milena	1 286	1 339	2 625
Montedoro	643	693	1 336
Mussomeli	4 768	5 067	9 835
Niscemi	12 197	12 491	24 688
Resuttano	831	870	1 701
Riesi	4 916	5 355	10 271
San Cataldo	9 863	10 612	20 475
Santa Caterina Villarmosa	2 149	2 389	4 538
Serradifalco	2 557	2 848	5 405
Sommatino	2 986	3 298	6 284
Sutera	544	598	1 142
Vallelunga Pratameno	1 458	1 579	3 037
Villalba	662	708	1 370

Dati estratti il 09 gen 2025, 11h03 UTC (GMT) da I.Stat

Distretti Sanitari e popolazione afferente al 31 OTTOBRE 2024

Distretto	Comuni afferenti	Maschi	Femmine	Totale
Caltanissetta	Caltanissetta	118 883	126 347	245 230
	Delia	1 811	2 049	3 860
	Resuttano	831	870	1 701
	Riesi	4 916	5 355	10 271
	Santa Caterina Villarmosa	2 149	2 389	4 538
	Sommatino	2 986	3 298	6 284
	Totale	**131.576**	**140.308**	**271.884**
San Cataldo	San Cataldo	9 863	10 612	20 475
	Marianopoli	734	799	1 533
	Serradifalco	2 557	2 848	5 405
	Montedoro	643	693	1 336
	Bompensiere	230	240	470
	Milena	1 286	1 339	2 625
	Totale	**15.313**	**16.531**	**31.844**
Mussomeli	Mussomeli	4 768	5 067	9 835
	Villalba	662	708	1 370
	Vallelunga Pratameno	1 458	1 579	3 037
	Acquaviva Platani	416	427	843
	Sutera	544	598	1 142
	Campofranco	1 199	1 358	2 557
	Totale	**9.047**	**9.737**	**18.784**
Gela	Gela	34 308	36 103	70 411
	Butera	2 010	2 083	4 093
	Mazzarino	5 141	5 561	10 702
	Niscemi	12 197	12 491	24 688
	Totale	**53.656**	**56238**	**109.894**

Dati estratti il 09 gen 2025, 11h03 UTC (GMT) da I.Stat

Gli ambiti distrettuali sono così rappresentati

Comuni:

Caltanissetta, Delia, Sommatino, Riesi, Santa Caterina V.sa, Resuttano

Direttore del Distretto Caltanissetta:

Dr. Paolo Lapaglia

Popolazione : **271.884**

Comuni:

San Cataldo, Marianopoli, Serradifalco, Montedoro, Bompensiere, Milena

Direttore del Distretto San Cataldo:

Dr Paolino Mattina

Popolazione: **31.844**

Comuni:

Mussomeli, Villalba, Vallelunga P., Acquaviva Platani, Sutera, Campofranco

Direttore del Distretto di Mussomeli:

Dr.ssa Grazia Colletto

Popolazione: **18.784**

Comuni:

Gela, Niscemi, Mazzarino, Butera

Direttore del Distretto di Gela:

in atto vacante: FF. Dr. Remo Minardi

Popolazione: **109.894**

I 4 Distretti assicurano le seguenti attività sanitarie: prevenzione collettiva, assistenza di base e specialistica, assistenza riabilitativa, come descritto dettagliatamente nell'art. 35 del vigente Atto aziendale.

L'ASP di Caltanissetta impronta la gestione delle proprie attività a principi di unità ed omogeneità dell'azione.

Le prestazioni vengono erogate assicurando la piena coerenza con la pianificazione e la programmazione assunte a livello centrale, in coerenza con gli obiettivi prefissati e le risorse economiche assegnate e nel rispetto delle diverse tipologie di servizi nonché della valutazione della domanda di salute.

L'orientamento alla domanda di salute costituisce la prima funzione dei distretti aziendali.

L'integrazione ospedale territorio è strumento strategico per realizzare la centralità del cittadino nella programmazione e nella gestione delle strutture dell'Azienda.

Tramite i Distretti, l'Azienda instaura rapporti convenzionali con i soggetti di seguito indicati:

a. Aziende sanitarie provinciali o Aziende Ospedaliere;

b. Enti Pubblici non appartenenti al SSN;

c. Case di Cura accreditate;

d. Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;

e. Specialisti ambulatoriali interni.

f. Strutture specialistiche accreditate.

Compiti del Direttore di Distretto

Di seguito si indicano I compiti del Direttore del Distretto e come si interfaccia con le altre Macro-strutture aziendali (Dipartimenti Strutturali e Funzionali).

L'art. 35 del vigente Atto aziendale descrive, nel dettaglio, i compiti del Direttore del Distretto Sanitario e le competenze afferenti allo stesso.

Il Direttore del Distretto opera sulla base delle risorse assegnate, negoziate con la Direzione Aziendale e definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento ed anche in relazione agli specifici obiettivi di salute riferiti al contesto distrettuale.

Nell'ambito delle risorse destinate, il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separate all'interno del bilancio dell'Azienda ed assegnazione di budget funzionale.

La Direzione di Distretto Sanitario configura incarico di responsabilità di struttura complessa. Gli incarichi di Direttore di Distretto sono conferiti in base ai requisiti ex art. 3- sexies del medesimo decreto, ai sensi del quale "l'incarico di Direttore di Distretto è attribuito dal Direttore Generale a un Dirigente Medico dell'Azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione".

Le articolazioni territoriali dei Dipartimenti strutturali trovano collocazione esclusivamente organizzativa nel Distretto, rimanendo ascrivibile al responsabile del Dipartimento centrale la gestione, mentre le strutture periferiche dei Dipartimenti funzionali, sono sottoposte alla gestione diretta del Direttore del Distretto, il quale realizza, nell'ambito del territorio di competenza, gli indirizzi e le linee guida operative formulate dal responsabile del Dipartimento cui afferiscono funzionalmente le unità operative per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il Distretto articola l'organizzazione dei servizi tenendo conto della realtà del territorio. Le attività di erogazione delle prestazioni, salvo quanto disciplinato diversamente dalla programmazione regionale, sono svolte dai distretti ed organizzate in unità funzionali. Dovranno adottarsi tutte le necessarie misure per garantire la facile accessibilità alle prestazioni specialistiche, in particolare quelle delle branche a visita, e la riduzione dei tempi di attesa, per le prestazioni strumentali.

Per perseguire le più efficaci modalità di erogazione dei servizi, il Distretto sviluppa forme di collaborazione ed integrazione con le altre strutture dell'ASP coinvolte nelle cure territoriali quali: Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Salute Mentale, Distretto Ospedaliero, Servizio di Psicologia, ecc.

L'area di integrazione tra il Distretto Sanitario e Dipartimento di Prevenzione riguarda i programmi e le iniziative di prevenzione primaria e di promozione di stili di vita salutari.

Inoltre, nell'ambito del Distretto, vanno programmate e formalizzate congiuntamente le presenze degli operatori del Dipartimento di prevenzione.

In rapporto al Dipartimento di Salute Mentale, vanno definite le modalità d'integrazione professionale per la progettazione congiunta degli interventi per i pazienti con rilevanti problematiche di natura psichiatrica.

Nel rapporto tra ospedale e distretto sanitario vanno definiti sia i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, ai fini della realizzazione della continuità assistenziale, che i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e diagnostiche ospedaliere e le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre e post-dimissione, ai fini dell'integrazione tra l'ospedale e i servizi del territorio. Tali percorsi possono riguardare anche i servizi di emergenza ai fini dell'integrazione tra l'ospedale e le strutture extra-ospedaliere dell'emergenza-urgenza. In un'ottica di maggiore integrazione, vengono formalizzate congiuntamente le presenze di operatori ospedalieri in sedi distrettuali, e viceversa.

L'Organizzazione dell'ASP

Come già precedentemente indicato, l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati dal Documento relativo all'Atto Aziendale- atto di diritto privato, redatto sulla base della programmazione nazionale e regionale e nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla Regione Sicilia e delle linee guida approvate con Decreto Assessore della Salute n. 736 dell'11/03/2010, integrate/modificare dal D.A. n. 1360 del 03/08/2015 e dal D.A. n. 1675 del 31 Luglio 2019.

L'Organizzazione dell'ASP è composta da numerose strutture: Unità Operative complesse e Unità Operative Semplici.

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

La definizione dell'assetto organizzativo, previsto nell'atto aziendale e, in particolare, la determinazione del numero di strutture complesse, è stato rapportato alle complessive esigenze dei processi di programmazione, budget e controllo dell'Azienda. In tale rideterminazione si è tenuto conto dei parametri di cui al documento dei LEA del 26 marzo 2012, nonché degli standard individuati nel DM n. 70 del 02 Aprile 2015.

Per quanto riguarda il processo di ridefinizione delle Unità Operative complesse e semplici, in ambito ospedaliero, nello specifico, lo stesso si è svolto tenendo conto, da un lato, delle previsioni, in termini di numero e di tempistica, di cui al D.A. 46/15 e, dall'altro, della necessità di mantenere, comunque, i livelli assistenziali in precedenza garantiti dalle UU.OO. Complesse e Semplici non più previste.

Per quanto riguarda le UU.OO. Semplici ospedaliere, all'interno del nuovo Atto aziendale, sono state inserite soltanto quelle previste dal D.A. 46/15, nonché quelle previste da specifiche norme, riservandosi, l'Azienda, di procedere alla ridefinizione complessiva delle stesse, nel rispetto del documento dei LEA del 26 marzo 2012, secondo l'iter procedurale-sindacale- previsto.

Anche per quanto riguarda il processo di ridefinizione delle Unità Operative complesse e semplici, in ambito territoriale, si è tenuto conto dei parametri di cui al documento dei LEA del 26 marzo 2012.

Nella determinazione delle UU.OO.CC. Territoriali, non si sono computate quelle dell'Area dirigenziale Amministrativa e Professionale.

Per quanto riguarda le UU.OO. Semplici, afferenti all'Area di Staff e all'area territoriale all'interno del nuovo Atto aziendale, sono state inserite soltanto quelle previste dalle linee guida assessoriali e da specifiche normative, riservandosi, l'Azienda, di procedere alla ridefinizione complessiva delle stesse, nel rispetto del documento dei LEA del 26 marzo 2012, secondo l'iter procedurale-sindacale- previsto.

Ogni Unità Operativa Complessa e Semplice, a valenza aziendale e dipartimentale, coincide con un Centro di Responsabilità e può corrispondere ad uno o più Centri di Costo.

L'Azienda riconosce la distinzione fra funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, assegnate al Direttore Generale, e funzioni di gestione tecnica, economica e amministrativa assegnate ai dirigenti.

Ad essi è riconosciuta autonomia gestionale, tecnica e amministrativa, collegata alla responsabilizzazione sui risultati raggiunti, valutati in relazione alle risorse impiegate.
A tal fine l'Azienda sviluppa sistemi di reporting che consentono una adeguata oggettivazione e visibilità delle informazioni a valenza tecnica e gestionale necessari per la costante valutazione degli scostamenti rispetto al raggiungimento degli obiettivi.
I dirigenti, secondo quanto previsto dell'atto aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati.
Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

DOTAZIONE ORGANICA E IL PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI.

Le dotazioni organiche costituiscono strumenti di programmazione ed organizzazione e, pertanto, sono soggette, a loro volta, ad un progressivo adattamento alle mutevoli esigenze organizzative e assistenziali, fermo restando che devono comunque prevedere il fabbisogno necessario a soddisfare le esigenze assistenziali inerenti la mission aziendale, in correlazione alle strutture esistenti.

L'Azienda, con atto deliberativo n. 329 del 31/01/2022, modificato con deliberazione n. 971 del 06/04/2022, ha preso atto del Decreto Assessoriale n. 1507/2021 del 31/12/2021, di approvazione della Dotazione Organica e del Piano Triennale del Fabbisogno dell'ASP di Caltanissetta, triennio 2021-2023.

I documenti approvati relativi alla dotazione organica ed alla programmazione del fabbisogno di personale sono stati redatti in linea con le previsioni introdotte dal D.Lgs. n.75/2017, di modifica ed integrazione al D.Lgs n.165/2001, che ha sostituito l'art. 6 del testo unico sull'impiego.

In relazione a quanto sopra, con successivo atto deliberativo n. 528 del 12.06.2024, l'Azienda ha proceduto ad un riallineamento di alcuni profili Professionali- Area Comparto- rispetto a quanto contenuto nella delibera n. 329/2022.

Nel dettaglio, i profili professionali adeguati sono stati i seguenti:

- Ausiliario specializzato (profilo in esaurimento)
- Operatore Socio Sanitario
- Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza (OTA) -profilo in esaurimento
- Operatore Tecnico

Il riallineamento delle sopraindicate figure professionali, ha tenuto conto delle cessazioni per quiescenza nell'anno 2024, il cui costo rientra nei limiti di spesa per i profili di che trattasi, come da prospetto allegato provvedimento (Allegato A).

Con atto deliberativo n. 576 del 08-10-2024, si è proceduto alla Modifica qualitativa della dotazione organica di cui deliberazione n. 329/2022 Area dirigenza medica – relativa a n.3 posti di dirigente medico di Neuroradiologia, con contestuale soppressione di n.2 posti di Dirigente Medico di Medicina d'Urgenza e n.1 posto di Dirigente Medico di Anestesia e Rianimazione.

Con deliberazione n. 655 del 24.10.2024 è stato approvato il Piano Triennale di Riduzione della Spesa per il Personale a Tempo Determinato- Anni 2024- 2026.

La riduzione della Spesa per il Personale a Tempo Determinato rientra tra gli Obiettivi assegnati al Direttore Generale, in sede di firma di Contratto (01.07.2024), secondo lo schema contenuto nella delibera di Giunta n. 197 del 17.06.2024, lettera A.2., che testualmente recita*: "Osservanza delle politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa, con particolare riguardo a: "programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato nel rispetto dell'art.9 comma 28 D.L. n. 78/2010, conv. in L. n. 122/2010, secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso…".*

Nello specifico**, il costo del personale a Tempo Determinato**, come emerge dalla Tabella D1.2 dell'anno 2024, I semestre, secondo i criteri dettati dalla citata norma di finanza pubblica, L. 122/2010, cioè con esclusione dei costi coperti da "*finanziamenti specifici aggiuntivi o da fondi UE*"**, ammonta ad € 9.330.000,00 (18.660.000,00 annui) e il tetto consentito è di € 6.156.000,00;**
Alla data del 31.12.2023, **la spesa** del personale a Tempo Determinato **era di € 18.724.000,00**.

Il percorso da seguire per la riduzione del personale a Tempo Determinato è stato analiticamente indicato all'interno dell'apposita relazione, allegata al sopracitato atto deliberativo n 655 del 24.10.2024 e riepilogato nelle allegate Tabelle A e B) ed è il seguente:

1. Le ulteriori stabilizzazioni previste dalla Legge "Madia" e dalla Legge 234 del 30.12.2021;
2. Lo scorrimento di graduatorie valide;
3. Le assunzioni tramite procedure di mobilità e concorso;

Nella tabella "A" sono stati indicati i numeri del Personale che si prevede di reclutare e/o stabilizzare nel corso degli anni di riferimento.

Nella Tabella "B" è stato indicato l'importo dei costi per il Personale a t.d. che si prevede di sostenere nel triennio di riferimento, alla luce dei reclutamenti a t.i. e delle stabilizzazioni indicati nella tabella A, che tiene conto anche delle dimissioni già notificate dal Personale medico, tecnico e sanitario.

lo Schema di Programma di riduzione della spesa del personale a Tempo Determinato anni 2024-2026 (All. A e B) tenuto conto che le ripartizioni dei risparmi tra Comparto e Dirigenza all'interno delle due macroaree può cambiare, prevedendo comunque il tetto di spesa da raggiungere e salvo blocchi assunzionali imposti dalla legge o dalla Regione.

LA MISSION AZIENDALE

Come già indicato nell'Atto aziendale, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta svolge la funzione di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività, 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'ASP di Caltanissetta fornendo servizi erogati direttamente o da altre Aziende del SSN, pubbliche o private, garantendo l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza- LEA, lo sviluppo del sistema per la qualità aziendale e la sicurezza del paziente, la migliore accessibilità dei servizi all'utente, l'integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, lo sviluppo delle cure primarie, la collaborazione con gli enti locali, le altre organizzazioni sanitarie e le organizzazioni di rappresentanza degli utenti e del volontariato.

2. L'Azienda nello svolgimento delle funzioni assistenziali persegue l'obiettivo di assicurare il più appropriato livello di risposta alla domanda di salute in ambito clinico e assistenziale rispetto agli aspetti preventivi, diagnostico-terapeutici, palliativi e riabilitativi. 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.

3. L'Azienda assicura che l'organizzazione dei servizi erogati e la definizione del livello qualitativo e quantitativo degli stessi siano definiti sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari del territorio e degli utenti da operarsi sulla base degli ultimi dati disponibili.

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

5. L'Azienda, inoltre, pone a fondamento della propria azione i seguenti principi:

- **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 SUES 118 anche in relazione alla presenza della Centrale Operativa 118 e del presidio Ospedaliero Sant'Elia, presidio di 3° livello per l'emergenza;
- **j.** miglioramento continuo nell'erogazione del prodotto e nel processo produttivo;
- **k.** appropriatezza delle performance cliniche e gestionali;
- **l.** valorizzazione delle risorse interne, integrazione delle professionalità e responsabilizzazione del personale sugli obiettivi aziendali;
- **m.** flessibilità organizzativa in relazione ai bisogni espressi dalla comunità che insiste sul territorio di riferimento;

n. partecipazione alla propria attività.

L'azienda, altresì, attraverso la programmazione locale, il confronto e la presa in carico delle richieste del proprio territorio, esercita il ruolo di garante della salute dei propri cittadini. Le sue azioni sono orientate a promuovere e tutelare la salute dei cittadini, sia in forma individuale che collettiva, garantendo i servizi e le attività comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza.

L'ASP di Caltanissetta **considera l'innovazione** come capacità di capire i mutamenti del contesto e anticiparne, se possibile, le necessità.

Obiettivo prioritario è quello relativo alle misure da adottare per l'adeguamento dell'Azienda in materia di "Codice di Amministrazione Digitale" (CAD), di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, ai sensi dell'articolo 1 della legge 7 agosto 2015, n.124, relative alla riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.

L'Azienda, riconoscendo il **significato strategico delle risorse professionali**, promuove e tutela forme di valorizzazione e merito del proprio personale.

Il processo di valorizzazione del personale costituisce **impegno prioritario della Direzione Generale** e dei livelli dirigenziali dell'Azienda. Esso si sviluppa nel rispetto della normativa nazionale di quella regionale, dei CC.NN.LL., coinvolge tutte le componenti professionali operanti nell'azienda e le OO.SS., e si concretizza attraverso:

In ragione della propria missione istituzionale, delle professionalità presenti, delle tecnologie disponibili e dei servizi erogati, l'Azienda intende sviluppare le proprie attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dando una migliore risposta alla domanda di prestazioni sanitarie proveniente dal bacino di riferimento.

L'ASP di Caltanissetta **considera l'innovazione** come capacità di capire i mutamenti del contesto e anticiparne, se possibile, le necessità.

Obiettivo prioritario è quello relativo alle misure da adottare per l'adeguamento dell'Azienda in materia di "Codice di Amministrazione Digitale" (CAD), di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, ai sensi dell'articolo 1 della legge 7 agosto 2015, n.124, relative alla riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.

L'Azienda, riconoscendo il **significato strategico delle risorse professionali**, promuove e tutela forme di valorizzazione e merito del proprio personale.

Il processo di valorizzazione del personale costituisce **impegno prioritario della direzione generale** e dei livelli dirigenziali dell'Azienda. Esso si sviluppa nel rispetto della normativa nazionale di quella regionale, dei CC.NN.LL., coinvolge tutte le componenti professionali operanti nell'azienda e le OO.SS., e si concretizza attraverso:

L'Azienda intende, altresì, sviluppare le proprie attività attraverso:

2. Il sistema clinico–assistenziale di base è strumentale ai bisogni di salute più diffusi e frequenti, che, a parità di sicurezza e qualità dell'offerta, dovrà essere capillare, integrato e "vicino" al cittadino, rinforzando e qualificando ulteriormente le strutture periferiche e assegnando loro precise competenze decisionali, per incrementare l'efficacia e la tempestività della azione.

ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'albero della *performance* è una mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, missione, visione, aree strategiche, obiettivi strategici, e piani d'azione.

Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della *performance* dell'Amministrazione.

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.

OBIETTIVI AZIENDALI CONTRATTUALI- STRATEGICI E OPERATIVI

OBIETTIVI DI UNITA' OPERATIVA

OBIETTIVI INDIVIDUALI

GLI OBIETTIVI STRATEGICI

Sistema obiettivi 2025/2027

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.

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 del D.G. ai sensi dell'art. 20 comma 6 della L.R. n. 5/09.

Per l'ASP di Caltanissetta la definizione degli obiettivi strategici non può non essere correlata agli interventi di sistema e di potenziamento previsti dalla Programmazione Regionale, quale riferimento per la programmazione nel medio termine ed elemento di valutazione della performance.

Articolazione

Gli obiettivi contrattuali e la programmazione aziendale risultano in relazione alle risorse negoziate con l'Assessorato e nel rispetto di quanto previsto dalla legge regionale 5/2009 ed al perseguimento degli indirizzi di programmazione regionale e nazionale (P.O.C.S. Piano Sanitario Regionale vigente, adempimenti LEA, Patto per la Salute vigente).

A tal fine l'Assessorato alla Salute assegna alle Aziende Sanitarie e/o Aziende Ospedaliere obiettivi che, nella propria struttura, oltre agli obiettivi strategici, correlati al sistema di incentivazione per i Direttori Generali, contiene obiettivi generali- a valenza triennale- e obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi. Alle categorie suddette, l'Azienda aggiunge obiettivi propri, la cui peculiarità è data dalla ricerca di superare le criticità presenti nel contesto specifico in cui l'Azienda opera.

OBIETTIVI CONTRATTUALI GENERALI

Gli obiettivi contrattuali generali e quelli di salute e funzionamento sono attribuiti ai Direttori Generali in sede di sottoscrizione del contratto.

Per il triennio 2025-2027, i suddetti Obiettivi sono stati formalmente assegnati all'ASP di Caltanissetta, in sede di firma del Contratto di Lavoro del Direttore Generale, Dott. Salvatore Lucio Ficarra, in data 01.07.2024.

Sulla base degli obiettivi attribuiti dall'Assessorato della Salute, nell'ambito del Ciclo della Performance aziendale, la Direzione aziendale dell'ASP di Caltanissetta declina gli stessi alle singole strutture complesse, in una prima fase, trasmettendo alle stesse il documento relativo alla programmazione degli "obiettivi aziendali, previsti annualmente e rimandando ad una fase successiva la negoziazione delle schede di budget.

Le verifiche, di monitoraggio e finali, sul grado di raggiungimento dei risultati, in merito agli obiettivi strategici assegnati alle singole Aziende sanitarie regionali, sono svolte dall'Agenas e dai Responsabili degli uffici dell'Assessorato, referenti per i singoli obiettivi, attraverso incontri dedicati con la Direzione Strategica Aziendale, secondo un cronoprogramma regionale.

In linea di massima, gli obiettivi strategici, come emerso dalla descrizione delle attività del triennio precedente, sono riconducibili alle tre aree strategiche indicate nell'albero della performance, ovvero: Efficacia, Efficienza, Empowerment, come di seguito illustrato.

Ciascuna delle aree strategiche individuate concorre al raggiungimento degli indirizzi di programmazione regionale e nazionale e contribuisce al miglioramento della qualità dei servizi ed alla soddisfazione dei bisogni degli utenti assistiti.

OBIETTIVI CONTRATTUALI GENERALI

Gli Obiettivi Contrattuali assegnati dall'Assessorato Regionale per il Triennio 2025-2027 sono i seguenti:

AREA	OBIETTIVI	INDICATORI	PESO	VALORE ATTESO
EQUILIBRIO ECONOMICO DI BILANCIO	**Raggiungimento annuale dell'Equilibrio economico**	**Equilibrio di bilancio in relazone alle risorse negoziate**	*on/off*	Risorse utilizzate= risorse negoziate SI
OB. GENERALE GOVERNO LISTE DI ATTESA	**OSSERVANZA ADEMPIMENTI PRESCRITTI DAL PIANO REGIONALE DI GOVERNO LISTE DI ATTESA (P.R.G.L.A)**	INDICATORE GESTIONALE: P**redisposizione Piano Operativo e di recupero delle liste di attesa** entro 30 gg. dall'insediamento e successivamente entro il 31 gennaio di ogni anno, per la relativa approvazione da parte dell'Assessorato	*on/off*	SI
		INDICATORI DI PERFORMANCE per il 2024: A) Ricoveri chirurgici da recuperare da PNGLA > del 70% dei ricoveri rilevati alla data di riferimento del piano o successivo aggiornamento; B) Prestazioni Ambulatoriali da recuperare da PNGLA > 80% delle prestazioni ambulatoriali rilevate alla data di riferimento del piano o successivo aggiornamento. ***I superiori indicatori saranno modificati con apposite schede, da parte dell'Assessorato, per ogni anno successivo al 2024.***	*on/off*	**INDICATORI DI PERFORMANCE 2024:** A) Ricoveri chirurgici da recuperare da PNGLA > del 70% dei ricoveri rilevati alla data indicata nel Piano B) Prestazioni Ambulatoriali da recuperare da PNGLA > 80% delle prestazioni ambulatoriali rilevate alla data indicata nel Piano. ***I superiori indicatori saranno modificati con apposite schede, da parte dell'Assessorato, per ogni anno successivo al 2024.***
OB. GENERALE BILANCIO	**- Contenimento della spesa: Personale: Attività di monitoraggio ed interventi finalizzati al rispetto del tetto di spesa annuale per il Personale assegnato all'Azienda.**	**Rispetto limiti di spesa per il Personale**	*on/off*	Rispetto limiti di spesa
OB. GENERALE BILANCIO	**- Contenimento della spesa Personale a tempo determinato: Programma triennale di riduzione della spesa del Personale a tempo determinato ai sensi della normativa vigente(art. 9, comma 28 del D.L. 31 maggio 2010 n. 78, convertito dalla L. 30 Luglio 2010 n. 122), secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso che, corredato da apposita relazione, dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assessorato.**	**Programma triennale corredato da apposita relazione da trasmettere in Assessorato per essere sottoposto ad approvazione**	*on/off*	Programma triennale
OB.GENERALE BILANCIO	**Contenimento della spesa: Beni e Servizi: Attività di monitoraggio ed interventi finalizzati al rispetto della normativa vigente in merito, di cui al Codice dei Contratti.**	**Ricorso, da parte delle UU.OO. Competenti, esclusivamente alle procedure Consip e Me.Pa, fatte salve le gare centralizzate programmate (CUC e/o di Bacino)**	*on/off*	SI
OB. GENERALE BILANCIO	**Contenimento della spesa: Assistenza farmaceutica territoriale/ospedaliera.**	**Assistenza farmaceutica territoriale/ospedaliera, in funzione del rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione**	*on/off*	Rispetto del tetto definito insede di negoziazione

PNRR	**Missione 6 - Salute del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Conseguimento degli obiettivi previsti nel Piano Operativo Regionale (POR), allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)**	**Azioni previste dal Piano rispetto al cronoprogramma = 100%**	*on/off*	**Azioni effettuate / azioni previste dal cronoprogramma = 100%**
		Assolvimento del debito informativo nei confronti del Ministero della Salute della Regione Siciliana in relazione al monitoraggio sull'avanzamento procedurale e finanziario degli interventi.	*on/off*	**100%**
OB. Rispetto delle prescrizioni di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 416 del 26 Ottobre 2023	**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 decadenza con la procedura di cui all'art. 20, comma 6, della l.r. n. 5/2009**	**Adempimenti finalizzati al RIENTRO IN ORDINARIO DELLE ATTIVITA' DI POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA SICILIANA**	*on/off*	Realizzazione adempimente entro i tempi previsti
OB. FLUSSI INFORMATIVI	**Osservanza degli Obblighi in materia di "Flussi Informativi", sia di istituzione nazionale che regionale, 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 che saranno specificati con separato atto dell'Assessorato.**	**Raggiungimento del 100% della trasmissione dei Flussi informativi, entro la tempistica prevista per ognuno;**	*on/off*	trasmissione dei Flussi informativi, entro la tempistica = 100%
		Rispetto della qualità- coerenza con altre fonti informative e di completezza dei dati dei rispettivi Flussi informativi;	*on/off*	Rispetto della qualità-coerenza con altre fonti informative e completezza=SI
OB. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	**Osservanza degli Obblighi in materia di Prevenzione della corruzione con specifico riferimento ai rischi corruttivi in sanità, nonché degli obblighi di Trasparenza, di cui al D.L.vo n. 33/2013, come modificato dal D.L.vo n. 97/2016, al fine di rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per i cittadini, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare in modo aggregato ed analitico**	**Adempimenti di prevenzione della Corruzione, secondo il PTPCT aziendale, mappatura dei processi e individuazione rischi corruttivi e relative misure preventive, adempimenti relativi alle richieste di accesso civico di competenza, entro le tempistiche previste dalle norme,**	*on/off*	Rispetto adempimenti di prevenzione della Corruzione previsti dalla normativa vigente. SI con relazione
		Assolvimento degli Obblighi di pubblicazione, con l'indicazione delle informazioni previste nelle griglie predisposte annualmente da ANAC per la rilevazione dei dati. Rispetto del Regolamento aziendale relativo alla struttura del sito web aziendale.	*on/off*	**Rispetto adempimenti relativi all'area della trasparenza previsti dalla normativa vigente, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare in modo aggregato ed analitico. SI con relazione**
LIBERA PROFESSIONE INTRA-MURARIA	**Osservanza delle disposizioni impartite dalla regione in materia di Libera Professione Intramuraria, ai sensi dell'art.**	**Rispetto del 100% delle previsioni di cui al Regolamento aziendale su ALPI.**	*on/off*	Adozione regolamento ALPI aggiornato e rispetto di quanto previsto nello stesso

	1, co. 7 della L. 120 del 03 agosto 2007 e ss.mm.ii.	**Monitoraggio e verifica del rapporto su volume di prestazioni in attività istituzionale e Volume di prestazioni in ALPI**	*on/off*	Attività istituzionale/Volume di prestazioni in ALPI =1
Tempi di pagamento	**Rispetto tempi di pagamento L.145/2018 art.1 c. 865**	**Vedi Art. 6 comma 3 del contratto**	*on/off*	Pagamenti effettuati entro i tempi e con le modalità previste dalle norma per le singole tipologie

OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

Gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi, in atto vigenti, in continuità con gli anni precedenti, sono i seguenti:

OBIETTIVO			**Obiettivi di salute e Funzionamento tirennio 2025-2027 (da aggiornare annualmente)**		
Interventi previsti Gennaio- Dicembre ogni anno	**Peso Totale Ob. generale annuale da gennaio a dicembre ogni anno**	**Peso per singolo OB. specifico, da gennaio a dicembre ogni anno**	**Descrizione e articolazione dell'intervento**	**Risultati attesi**	
				Indicatori di risultato	**Valore obiettivo ANNUO**
1. Liste di attesa N.B. GLI INDICATORI DELLA FASE I (2024), SARANNO SOSTITUITI CON QUELLI DELLA FASE II (ANNI SUCCESSIVI) CHE SARANNO INDICATI CON NUOVE SCHEDE. (in coerenza con nuove indicazioni del Piano nazionale delle Liste di Attesa).	**P.D.**		Obiettivo Generale Predisposizione Piano Operativo e di recupero delle liste di attesa	**Predisposizione Piano Operativo e di recupero delle liste di attesa <u>entro il 31 gennaio di ogni anno</u>, per la relativa approvazione da parte dell'Assessorato**	SI/NO
	P.D. ON/OFF		Obiettivo Generale Ricoveri chirurgici da recuperare	31-12-2025 Ricoveri chirurgici da recuperare da PNGLA ***<u>> del 70%</u>*** *dei ricoveri rilevati alla data di riferimento del piano o successivo aggiornamento*	> 70%
			Obiettivo Generale Prestazioni Ambulatoriali da recuperare	31-12-2025 Prestazioni Ambulatoriali da recuperare da PNGLA > 80% *delle prestazioni ambulatoriali rilevate alla data di riferimento del piano o successivo aggiornamento*	> 80%
	10	**5**	Totalità offerta pubblica e privata accreditata negli ambiti territoriali di garanzia tramite i CUP delle aziende sanitarie.	31-12-2024 1-Numero prestazioniambulatoriali di primo accesso pubbliche e private accreditate/ Numero di prestazioni ambulatoriali erogate	100%

		5	Presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative e oncologiche (D.L. 73/2024)	31-12-2024 2.1-Numero di agende dedicate ai PDTA aziendali 2.2-Numero di prestazioni di controllo prescritte direttamente dallo specialista ambulatoriale 2.3-Numero di prestazioni di controllo prescritte da MMG/PLS	1- > n.10 ob. Raggiunto al 100% 2- > 10% rispetto all'anno precedente: ob.Raggiunto al 100% 3- < 20% rispetto all'anno precedente: ob. Raggiunto al 100%
2. ESITI *Per il triennio rimangono confermati indicatori e valori soglia del 2024*	**16**	**4**	Frattura del Femore	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura di femore su pazienti over 65	> 96% val soglia 60%
		4	Incidenza Parti Cesari in punti nascita di I livello o comunque con 500<=vol.<1000 parti anno	Parti cesarei di donne residenti nella regione non precesarizzate (cesarei primari) / totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	I livello < 10,00% val soglia 30%
			Incidenza Parti Cesari in punti nascita di II livello		II livello < 20,00% val soglia 30%
		4	Tempestività PTCA	PTCA effettuate entro un intervallo temporale **di 90 minuti dalla data di ricovero** (con diagnosi certa di IMA-STEMI) / Numero totale di IMA-STEMI diagnosticati	> 82% val soglia 60%
		4	Colecistectomia laparoscopica	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	> 96% val soglia 70%
3. Rispetto degli standard di sicurezza dei Punti Nascita *Per il triennio rimangono confermati indicatori e valori soglia del 2024*	**5**	**5**	Standard di sicurezza dei punti nascita	Numero requisiti garantiti/ Totale requisiti previsti dalla Checklist del PN	Liv.I (tutti SI)=100% Liv.II (95% SI)=90% Liv.III (85% SI)=75%
4. Pronto Soccorso - Gestione del Sovraffollamento *Per il triennio rimangono confermati indicatori e valori soglia del 2024*	**4**	**2,8**	Miglioramento Efficienza Operativa (peso= 70%)	Tempo massimo dalla presa in carico al 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)	TMP >= 85% ob. raggiunto al 100% TMP compreso tra 75% e < 85%: ob. raggiunto al 50% TMP < 75% obiettivo non raggiunto

		1,2	Boarding (peso= 30%)	Pazienti con permanenza pre-ricovero maggiore di 44 ore	Boarding <= 2% ob. raggiunto al 100% Boarding compreso tra 2% e 4%: ob. raggiunto al 50% Boarding > al 4% obiettivo non raggiunto
5. Screening Oncologici	**9**	**3**	Screening Tumore Mammella	Popolazione bersaglio=Donne residenti 50-69 anni (dato ISTAT)/2 ASP CL : **Popolazione bersaglio n.**	Estensione 100%; Adesione 60%; % Aderenti / Target Scala Indicatore LEA= 60% <35% = 0 35-39 % = 5 40-44 % = 6 45-49 % = 7 50-54% = 8 55-59 % = 9 ≥ 60% = 10
			Processo1: Adeguamento della dotazione organica	si/no	SI=1 NO=0
			Processo2: Coinvolgimento MMG	% MMG aderenti per couseling e la prenotazone diretta	0-20%= 0 20-60%= 1 oltre 60%= 2
			Processo3: Prestazioni inappropriate	0-10% >11%	0-10% = 1 >11% = 0
			Processo4: Formazione del personale dedicato allo screening	SI/NO	SI= 1 NO=0
			Processo5: Organizzazione di programmi di comunicazione rivolti alla popolazione target	SI/NO	SI= 1 NO=1
		3	Screening Cervicocarcinoma	Popolazione bersaglio=Donne residenti 25-34 anni (dato ISTAT)/3 + Donne residenti 35-64 anni (dato ISTAT)/5 **ASP CL : Popolazione bersaglio n.**	Estensione 100%; Adesione50%; % Aderenti / Target Scala LEA= 50% <25% = 025-29% = 530-34% = 635-39% = 740-44% = 845-49% = 9≥50% = 10
			Processo1: Adeguamento della dotazione organica	si/no	SI=1 NO=0

			Processo2: Coinvolgimento MMG	%	0-20%= 0 20-60%= 1 oltre 60%= 2
			Processo3: Prestazioni inappropriate	0-10% >11%	0-10% = 1 >11% = 0
			Processo4: Formazione del personale dedicato allo screening	SI/NO	SI= 1 NO=0
			Processo5: Organizzazione di programmi di comunicazione rivolti alla popolazione target	SI/NO	SI= 1 NO=1
		3	Screening Tumore Colon Retto	Popolazione bersaglio= Uomini e Donne residenti 50-69 anni (dato ISTAT)/2 **ASP CL : Popolazione bersaglio n.**	Estensione 100%; Adesione50%; % Aderenti / Target Scala LEA= 50% <25% = 0 25-29% = 5 30-34% = 6 35-39% = 7 40-44% = 8 45-49% = 9 ≥50% = 10
			Processo1: Adeguamento della dotazione organica	si/no	SI= 1 NO=0
			Processo2: Coinvolgimento MMG	%	0-20%= 0 20-60%= 1 oltre 60%= 2
			Processo4: Formazione del personale dedicato allo screening	SI/NO	SI= 1 NO=0
			Processo5: Organizzazione di programmi di comunicazione rivolti alla popolazione target	SI/NO	SI= 1 NO=1

6. Donazione Organi e raccolta sangue	**5**	**2**	Accertamenti di morte con metodo neurologico (30% DEL TOTALE PESO OB)	Numero di accertamenti di morte con criterio neurologico/numero di decessi aziendali per grave neurolesione nell'anno in corso non inferiore del 5% rispetto al 2023	2025 ≥ 15% del 2023 = 100% 2026 ≥ 25% del 2023 = 100% _____ _ 2025 <15 % del 2023 = 80% 2026 < 25% del 2023 = 80% _____ __ 2025 < 10% del 2023 = 50% 2026 < 15% del 2023 = 50% _____ ___ 2025 < 7% del 2023 = Ob. NON Raggiunto 2026 < 10% del 2023 = Ob. NON Raggiunto
		1,5	Tasso opposizione (30% DEL TOTALE PESO OB)	Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%	*N.B. questi valori sono per il 2024. Nella scheda non sono indicati valori per il 2025 e 2026* ≤ 38% = 100% ≤ 41% = 80% ≤ 45% = 50% > 45% = 0

		1	Procurement Cornee (20% DEL TOTALE PESO OB)	Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore battente) non inferiore al 30% rispetto al 2023	2025 ≥ 20% del 2023 = 100% 2026 ≥ 30% del 2023 = 100% _____ 2025 <15 % del 2023 = 80% 2026 < 25% del 2023 = 80% _____ 2025 < 10% del 2023 = 50% 2026 **< 20 %** del 2023 = 50% _____ 2025 < **7%** del 2023 = ob. non raggiunto 2026 < 15% del 2023 = ob. non raggiunto
		0,5	Formazione e sensibilizzazione (10% DEL TOTALE PESO OB.)	Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione	SI/NO
7. Fascicolo Sanitario Elettronico ON/OFF	**8**	**8**	Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	Indicatore 1**: Numeratore:Documenti indicizzati** (1.1-Lettere di Dimissioni Ospedaliere 1.2.Verbali di Pronto Soccorso 3-Referti di Laboratorio 4-Referti di Radiologia 5-Referti di Specialistica Ambulatoriale 6-Referti di Anatomia Patologica 7-Cittadini Residenti con Certificato Vaccinale 8-Totale di Documenti Indicizzati) **/n° di prestazioni erogate**	2025=65% 2026=90%
			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. Documenti indicizzati/ n° di prestazioni erogate	**Indicatore 2** **n° di MMG- PLS che alimenta il FSE/n° di MMG** (Numeratore: n° Utenti MMG-PLS che hanno effettuato almeno una operazione su ESE Denominatore: n° Totale MMG-PLS	2025=85% 2026=85%
			Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	**Indicatore 3** **n° documenti in CDA2/** **n° documenti indicizzati**	2025=90% 2026=90%

			Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	n° documenti firmati in PaDES/ n° documenti indicizzati di cui ai punti 1- 2 - 3- 4- 5 -6 -7 -8	2025=90% 2026=90%
8. Percorso di Certificabilità ON/OFF	**3**	**3**	Piena realizzazione delle Azioni previste dal PAC per la certificabilità dei bilanci aziendali e successiva certificazione degli stessi.	**1) 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); 2) **AL 31.12.2025: Certificazione dei Bilanci Aziendali (SI/NO);**	**1) AL 30.06.2025** SI/NO; **2) AL 31.12.2025: SI/NO;**
	3	**3**	Piena realizzazione delle Azioni previste dal PAC per la certificabilità dei bilanci aziendali e successiva certificazione degli stessi.	Certificazione dei Bilanci Aziendali	**AL 31.12.2026** Conseguimento della certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento SI/NO
9. Approvvigionamento farmaci e gestione I° ciclo terapia N.B. nella scheda non si fa riferimento ad anno	**5**	**2,5**	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.	procedure adottate dall'Azienda Sanitaria / procedure aggiudicatedalla CUC ≥ 0,95	≥ 95%= 100%
		2,5	Ottimizzazione della gestione del I ciclo di terapia a pazienti dimessi sia in DH che in ricovero ordinario	N. prestazioni I ciclo / N. dimessi sia DH che in regime ordinario ≥ 0,8	≥ 80%=100%
N.B. nella scheda non si fa riferimento ad anno **10. Area della performance - Obietttivi Area Garanzia LEA-secondo il nuovo NSG** -	**TOTALE PESO 35**	**2**	**OSPEDALIERA** **1**-Verificare la Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti, con i requisiti dei reparti di senologia, previsti da EUSOMA e ribaditi dal Parlamento Europeo;	**1**- Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui/ N. totale di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti nelle strutture sanitarie italiane;	**1-** VALORE SOGLIA 150 (con 10% tolleranza)/ interventi annui;

		2	**OSPEDALIERA** 2-misurare la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato;	2- 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"/ N. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato";	2- VALORE SOGLIA: 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; (0,10 da CdG)
		4	**OSPEDALIERA** 3-Misurazione della Frequenza di infezioni post-chirurgiche	3- Numero di dimissioni chirurgiche con codice ICD-9-CM per sepsi presente in un campo di diagnosi secondaria durante l'episodio chirurgico e in un qualsiasi campo di diagnosi durante una riammissione entro 30 giorni dall'episodio chirurgico/tutte le dimissioni chirurgiche di pazienti di età 15 anni e più. (Fattore di scala: x 100.000)	3- VALORE SOGLIA: Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.
		2	**TERRITORIALE** **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;	**1-** N. dimissioni/Popolazione residente (Per ciascuna patologia)-Fattore di scala: x 100.000 abitanti;	**1-** Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) e il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'anno di riferimento;
		2	**TERRITORIALE** 2- Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite;	2- N. dimissioni/Popolazione residente (Per ciascuna patologia)-Fattore di scala: x 100.000 abitanti	2- Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) e il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'anno di riferimento;
		5	**TERRITORIALE** 3- Tasso di pazienti trattati in ADI;	3-Totale pazienti assistiti in cure domiciliari/Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)	3- La soglia è determinata in relazione agli standard previsti dal DM 77 (Obiettivo regionale: totale pazienti assistiti n. ----------

		3	**TERRITORIALE** 4-Misurazione dell'efficacia della Rete nella presa in carico dei pazienti terminali fino al termine della loro vita.	4- Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative/ sul numero deceduti per causa di tumore. Ovvero: Numeratore: Σ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso/Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	4-Valore soglia > 35%
		3	PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA 1 A - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) codice NSG P01C ; punti 3	**1 A- numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi)/numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita - Fattore di scala: (x 100);**	**1 A- deve tendere ad un valore superiore al 95%;**
		3	PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA 1 B - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - codice NSG P02C ;	**1 B - numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose/numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita -Fattore di scala: (x 100);**	**1 B- deve tendere ad un valore superiore al 95%;**
		3	**2 -** 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;	**2 - % = (% di copertura del PNR1 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari 2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari 3 x 0,2).**	**2- Le soglie dei singoli addendi sono previste dalle relative fonti normative. Pertanto il valore atteso è il 100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale.**
		3	**3-** Monitoraggio su stili di vita;	**3- Numero di soggetti che presentano un punteggio maggiore o uguale a due./ Popolazione stimata 18-69 residente nella Regione.**	**3- Il punteggio è inteso come somma dei punteggi relativi a 4 indicatori:FUMO-ECCESSO PONDERALE- ALCOL -SEDENTARIETA (Le ASP contribuiscono al campione reg. e non hanno rappresentatività aziendale (nota Assessorato)**

		3	**4-** Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	**4-** % = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2x 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 Farmaco-sorveglianza veterinaria8 x 0,2 **ON/OFF**	**4-** VALORE SOGLIA: >90%

OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI

I restanti obiettivi rappresentano una serie di Azioni che l'Azienda, anche se non obbligata a raggiungere, in quanto non inserite tra gli obiettivi assegnati dall'Assessorato, ha inteso attivare, rappresentando la possibilità di erogazione dei servizi verso gli utenti.

Di seguito si procede alla descrizione di attività svolte dall'Azienda, su alcuni ambiti prioritari, che, al loro interno, prevedono azioni da realizzare nel prossimo triennio. Tali attività si sommano a quelli correlati all'assegnazione degli obiettivi regionali, per il medesimo triennio.

Tra le altre attività strategiche per l'Azienda, particolare importanza rivestono:

1) **Implementazione e aggiornamento continuo** del processo di **informatizzazione** di tutte le attività, amministrative e sanitarie, già avviato negli anni precedenti.

2) **Altro intervento prioritario** individuato, in linea con la normativa regionale e nazionale è quello relativo al **"Miglioramento dei percorsi assistenziali in urgenza/emergenza,** soprattutto all'interno del P.O. "S.Elia" di Caltanissetta, DEA di II livello, nonché del P.O. "Vitt. Eman." Di Gela.
I **servizi di Pronto Soccorso** (PS), infatti, rappresentano il principale punto di riferimento per i bisogni sanitari urgenti e non programmati dei cittadini che vi ricorrono, in modo non preordinato, con esigenze e priorità differenti.

Attualmente la principale criticità dei servizi di PS è rappresentata dal **Sovraffollamento**, ovvero quel fenomeno che periodicamente compromette il normale funzionamento del PS, determinato dallo squilibrio tra domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa di essere visitati, trattati o ricoverati) e capacità di offerta della struttura (disponibilità di risorse umane e/o strutturali).

In aderenza al DA n. 1584/2018 di approvazione del documento su "linee di indirizzo per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di Pronto Soccorso della Regione Sicilia", questa Azienda garantirà le seguenti azioni :

- **monitoraggio** continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento descritti nel capitolo 1 delle Linee Guida;

- attuazione degli **interventi** specifici di prevenzione e contrasto descritti nel capitolo 3 delle specifiche Linee Guida;

3) Informatizzazione dei servizi di gestione della documentazione clinica, con inoltro della stessa al domicilio del paziente.

Questa Azienda intende perseguire, insieme agli altri obiettivi strategici sopraindicati, quello relativo alla implementazione del percorso di informatizzazione dei servizi, già attivato con il CUP- Centro Unico di Prenotazione- Online, con la ricetta medica elettronica e con i certificati telematici di malattia, nell'ambito del processo più ampio di "digitalizzazione in Sanità. In tale ottica saranno realizzate varie iniziative:

- Referti on-line
- CCE – Cartella clinica Elettronica
- FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico).

Tali attività saranno espletate nel rispetto di tutte le misure di sicurezza idonee a rispettare il divieto di diffusione dei dati sanitari ai sensi dell'art. 22, comma 8, del Codice privacy. Altresì saranno previste misure contro i rischi di accesso abusivo, furto o smarrimento dei supporti dei dati o dei sistemi di elaborazione.

4) Innalzamento peso medio DRG

Il peso medio dei Drg indica la complessità dell'attività di ricovero svolta, e la percentuale di ricoveri complicati, cioè con peso maggiore di 2,5 sul totale dei ricoveri ordinari, secondo quanto stabilito dal DM 30 giugno 1997 e smi.

Il peso medio DRG rappresenta, pertanto, un valore che **viene utilizzato come indicatore della complessità del ricovero**, in base all'ipotesi di correlazione positiva fra complessità clinica e consumo di risorse. Le tariffe dei singoli DRG sono fissate a livello regionale sulla base del costo standard di produzione.

Un peso medio del DRG elevato descrive un ospedale che ha la vocazione al trattamento dei casi complessi con particolare capacità nel trattare i casi più difficili.

Questa Azienda **intende perseguire, tra i propri obiettivi strategici**, **quello** relativo ad un **innalzamento del valore del peso medio dei DRG**, presso tutti i PP.OO. ricadenti nel territorio provinciale, con particolare riguardo ai due Ospedali maggiori di Caltanissetta e Gela. A tal fine saranno adottate specifiche misure di miglioramento in quegli ambiti che hanno un peso determinante in tale processo, ovvero:

- Introduzione di tipologie di discipline specialistiche e di prestazioni correlate, con maggiore livello di complessità;
- Implementazione di tecnologie d'avanguardia, non solo per l'imaging e la diagnostica (Tac, risonanze magnetiche e macchinari di ultima generazione), ma anche per gli interventi e le terapie (sale operatorie integrate, tecniche chirurgiche e farmaci innovativi, etc).
- Implementazione delle competenze professionali, alta tecnologia, ampie casistiche, innovazione**,** mediante appositi percorsi di formazione per il personale già in servizio, nonché con l'assunzione di specifiche nuove figure professionali di elevata competenza, che risulteranno necessarie.

5) Riduzione degenza media;

Nel caso della durata della degenza media dei ricoveri, le cause che stanno alla base di un prolungamento della stessa, possono essere diversi e, pertanto, i fattori sui quali incidere risultano essere molteplici.

Tra essi si possono annoverare il dilatarsi dei tempi di esecuzione di visite specialistiche, di esami diagnostico/strumentali e/o di laboratorio, per indisponibilità di medici o di strumentazioni diagnostiche. Altro fattore critico è quello della indisponibilità di sala operatoria o di prolungamento delle sedute operatorie che fanno slittare gli interventi programmati e che determinano un aumento delle giornate di degenza. In questo caso strategica risulta la gestione unica delle sale operatorie, con una riorganizzazione delle stesse e una integrazione di personale e di percorsi condivisi tra i vari reparti.

Altro fattore determinante sul quale incidere è quello dell'Appropriatezza dei ricoveri, anche quelli di un giorno o ripetuti.

Un obiettivo importante che questa Azienda intende perseguire è, pertanto, l'aumento dei posti di post-acuzie (lungodegenza e riabilitazione), soprattutto nell'ambito del processo di rifunzionalizzazione dei PP.OO. minori e della RSA, nonché l'implementazione dei percorsi di assistenza domiciliari.

6) Implementazione PDTA e informatizzazione/remotizzazione dei segnali biometrici:

L'informatica rappresenta sempre più una branca che, in ogni ambito in cui viene applicata, ne modifica il quadro tradizionale di approccio e ne migliora sia i risultati, in termini di efficacia sia gli aspetti economici, con rilevanti benefici.
Anche in Medicina si sta realizzando una profonda trasformazione con l'applicazione dell'informatica, che insieme al web, ai dispositivi medici e a tutto lo staff sanitario, sta cambiando profondamente il modo di "fare medicina" e quindi di affrontare le questioni mediche sia a livello individuale che di comunità.
Questa Azienda intende investire nello sviluppo di questo percorso di informatizzazione nell'ambito dei diversi servizi sanitari aziendali.
Ci si riferisce allo sviluppo della telemedicina che può rappresentare un'opportunità di cura in più, garantendo uno stretto monitoraggio anche a distanza per i pazienti.
La telemedicina, sia in ambito ospedaliero che territoriale e domiciliare, merita una grande attenzione, in particolare per i grandi e provati benefici clinici (riduzione della mortalità e delle complicanze) ed economici (riduzione delle giornate di degenza, di trasferimenti inappropriati, ridotto costo dello staff) delle sue applicazioni in ambito ospedaliero.

Le branche di applicazione della telemedicina sono correlate a diverse branche specialistiche e, in particolare, questa Azienda intende privilegiare la teleradiologia, la telecardiologia, la tele-home care.

L'applicazione della telemedicina risulta particolarmente utile nei seguenti casi:

1) Servizi sanitari in Aree disagiate;
2) pazienti disagiati (con supporto presso il domicilio del paziente),
3) Supporto al Medico di Base;
4) Telemonitoraggio;
5) Teleconsulto tra ospedali Hub&Spoke;
6) Il teleconsulto tra reparti diversi di uno stesso ospedale in cui l'accesso degli specialisti in un setting di emergenza (tipicamente il pronto soccorso) dove la rapidità della diagnosi e del trattamento migliorano gli outcomes e possono ottimizzare la gestione e la dimissione del paziente;
7) Tele ECG;
8) Trasmissione del tracciato ECG via scanner;
9) Auscultazione battiti cardiaci e/o respiro (PC+scheda audio)

I tipi di dati scambiati possono essere, pertanto,

- **statici** (referti-esami), immagini (rx, rm);
- **dinamici** (audio/video); segnali vitali (es: monitoraggio ECG)
-

I vantaggi sono molteplici, in termini, sia di **Ottimizzazione del lavoro** (es**.** riduzione degli spostamenti), sia di **Riduzione degli sprechi** (es: Un tele ECG potrebbe ridurre gli accessi ai P.S., nella considerazione che in una grande percentuale di pz. che arrivano al pronto Soccorso, in realtà non si tratta di infarto). Inoltre, ci sono vantaggi in termini di miglioramento della qualità ed efficienza dei Servizi Sanitari resi all'utenza.

Si procederà in tale processo di informatizzazione/remotizzazione, che ha già preso avvio negli anni precedenti, con una preventiva attività di implementazione di tutta la rete informatica aziendale, con la

predisposizione dei PDTA tra tutti i Professionisti delle varie strutture sanitarie aziendali, nell'ambito delle varie branche specialistiche coinvolte, nonché una riorganizzazione dei vari Servizi.

7) Altro Obiettivo prioritario per il prossimo triennio è quello relativo alle misure da adottare per **l'adeguamento dell'Azienda in materia di "Codice di Amministrazione Digitale" (CAD),** di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, ai sensi dell'articolo 1 della legge 7 agosto 2015, n.124, relative alla riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche**.**

Nello specifico questa Direzione Strategica, proseguirà nel processo di dematerializzazione già avviato in Azienda con le attività di Fatturazione elettronica, nonché dei cedolini economici informatici, delle PEC, delle **Delibere Digitali**, **di tutti i protocolli interni** (art. 40 bis del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82).

Altresì, obiettivo strategico è il potenziamento della digitalizzazione dei servizi ai cittadini ed informatizzazione e facilitazione degli accessi ai percorsi di cura, nonché la implementazione di Sistemi di D.B.I. per controllo direzionale e contabilità analitica e, non in ultimo, l'Analisi dei processi energetici e sviluppo di soluzioni anche con fonti rinnovabili, in un'ottica di contenimento di emissioni in atmosfera.

8) Umanizzazione delle cure e Miglioramento degli Standard di comfort alberghiero, presso i PP.OO. aziendali.

L'umanizzazione dell'assistenza investe numerosi ambiti: significa prendere in carico il cittadino nel percorso terapeutico, curare la relazione tra professionisti sanitari e pazienti e familiari, prestare attenzione al comfort degli ambienti e ai processi organizzativi vicini alle esigenze dei cittadini, assicurarsi la trasparenza e l'accessibilità delle informazioni nonché la partecipazione civica quale contributo al buon andamento della qualità dei servizi e dei processi organizzativi.

Risulta utile fare un'autoanalisi delle carenze organizzative in termini di umanizzazione ed è indubbio che, per una corretta pianificazione degli obiettivi di miglioramento, sia di fondamentale importanza il punto di vista dei nostri utenti.

Quindi:

1) Autovalutazione, da parte del personale interno;

2) Valutazione da parte degli utenti e dei familiari.

Quanto sopra con la realizzazione di quella che viene definita la ***People satisfaction,*** un programma di conoscenza e utilità che comprende la *customer satisfaction e la valutazione del Benessere Organizzativo*, dove la differenza consiste in una diversa prospettiva d'azione e che coinvolge massivamente diversi attori, non più solo il Cittadino/Utente, ma anche il Personale interno, in un'ottica co-relazionale.

Un nuovo concetto, dunque, quello della People Satisfaction che, superando quello della semplice Customer, presenta le diverse ottiche integrate tra di loro, le ricompone, le fa convergere in modo sufficientemente organico.

Tale metodologia di analisi potrà risultare particolarmente utile in alcuni ambiti lavorativi, dove una delle criticità è rappresentata dal sovraffollamento, come i Pronto Soccorso dei vari P.O.

Tale forma di indagine/valutazione si integra e rafforza con quanto previsto dal D.L.vo n. 74 del 25 Maggio 2017, recante "Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'art. 17, comma 1, lettera r) della Legge n. 124 del 2015.

Si tratta di uno dei due decreti attuativi della riforma della P.A. che tra le novità introdotte prevede, nell'ambito della valutazione della Performance organizzativa, un **ruolo attivo dei cittadini, mediante la definizione di sistemi di rilevamento della soddisfazione degli utenti in merito alla qualità dei servizi resi.** Quindi nell'ambito del ciclo di gestione della Valutazione della Performance, non solo le dimensioni relative all'Azienda (organizzativa, delle Strutture ed individuali), ma, contestualmente, la dimensione degli Utenti/Cittadini).

Come maggiormente critica, sulla quale realizzare la people satisfaction, viene individuata, da parte di questa Direzione Strategica, l'area del comfort alberghiero, soprattutto per quanto riguarda la cura e la pulizia degli ambienti, la funzionalità dei servizi igienici, la qualità e l'orario dei pasti e la possibilità di scelta del menu.

9) Efficientamento energetico

10) Miglioramento dell'offerta dei Servizi in Generale

Il Miglioramento dell'offerta di tutti i servizi sanitari resi all'utenza riguarda, sia il soddisfacimento di bisogni di salute, sia il raggiungimento di uno standard sempre più elevato anche per i servizi accessori (pulizia, comfort, accoglienza, cortesia, facilità di accesso e fruibilità).

Questa Azienda ha individuato il percorso di Miglioramento dei propri servizi sanitari quale Obiettivo Generale prioritario e strategico, al quale, indubbiamente, sono correlati tutti gli altri Obiettivi strategici specifici sopraelencati.

Per riuscire in tale ambizioso obiettivo ci sarà la necessità del lavoro e della motivazione dell'intera "Squadra" del Personale aziendale, nella piena convinzione che il vero "capitale" di un'Azienda siano le "Risorse Umane".

In linea di massima, comunque, gli obiettivi strategici, come emerso dalla descrizione delle attività del triennio precedente, sono riconducibili alle tre aree strategiche indicate nell'albero della performance, ovvero: Efficacia, Efficienza, Empowerment, come di seguito illustrato.

Ciascuna delle aree strategiche individuate concorre al raggiungimento degli indirizzi di programmazione regionale e nazionale e contribuisce al miglioramento della qualità dei servizi ed alla soddisfazione dei bisogni degli utenti assistiti.

DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI

Consequenzialmente a quanto descritto nel capitolo precedente, in un quadro di sintesi, si può concludere che le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo regionali.

Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di programmazione e budgeting.

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

Attraverso opportuna reportistica viene monitorato l'andamento della gestione confrontandola con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere, in caso di scostamenti e/o criticità, eventuali correttivi.

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, Pubblicazione sul sito web aziendale, sull'apposita sezione Amministrazione Trasparente", ecc).

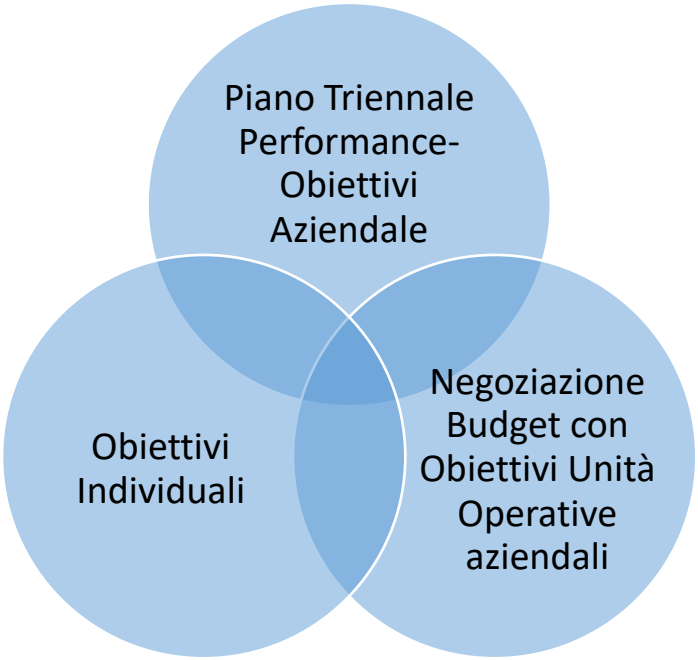
Gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Aziendale con cadenza annuale e/o triennale, sulla base degli indirizzi definiti dalla Regione e delle risultanze del monitoraggio adottato.

Per quanto riguarda il percorso per l'avvio del ciclo della *performance* ed il coinvolgimento a cascata del personale, sono previsti i seguenti passaggi:

- la Direzione Aziendale con il supporto dell'U.O. Programmazione e 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 Responsabili di Unità Operativa Complessa avranno cura di redigere, sulla base degli obiettivi assegnati, specifici piani annuali di lavoro coinvolgendo, in fase di elaborazione e di attuazione, tutti i responsabili di struttura semplice afferenti nonché tutto il personale in servizio della dirigenza e del comparto assegnato;
- nei piani di lavoro annuale vengono esplicitate le iniziative che si intendono avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici nel rispetto dei programmi e degli obiettivi strategici dell'Azienda.
- i piani di lavoro elaborati dai titolari di Centri di Responsabilità e trasmessi alla Direzione Aziendale (U.O. Programmazione e Controllo di Gestione);
- ciascun titolare di Centro di Responsabilità assegna obiettivi individuali alle Unità di Personale afferenti alla propria Struttura, sulla scorta degli obiettivi di negoziazione del proprio budget e su questi verificherà, tramite la predisposizione di schede di valutazione individuali, alla fine di ogni anno, il grado di coinvolgimento e di partecipazione del personale assegnato al conseguimento dei suddetti obiettivi, 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;
- L'Organismo Indipendente di Valutazione valuta, nei tempi previsti dalle norme di riferimento, il grado di raggiungimento degli obiettivi di Performance, delle UU.OO, al fine del relativo accesso alla premialità, in riferimento agli indicatori individuati

SCHEMA DI PASSAGGIO A CASCATA DEL SISTEMA OBIETTIVO:



IL PROCESSO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE.

Il processo del Ciclo di gestione per la valutazione della *Performance* si inserisce nel contesto del più complessivo processo di pianificazione strategica e di programmazione operativa dell'Azienda.

Il punto di partenza è costituito dagli indirizzi di programmazione emanati dalla Regione Siciliana, dagli obiettivi individuati ed assegnati alla Direzione Generale e dal vigente Piano Regionale per la Salute.

La Direzione Generale, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale, definisce le proprie linee strategiche che vengono assegnati ai Dirigenti titolari di centri di responsabilità attraverso un processo di concertazione.

Quadro normativo

Il D.L.vo n. 150/2009 ha introdotto disposizioni sulla misurazione e valutazione della Performance del Personale dipendente dalle Pubbliche Amministrazioni. In applicazione del summenzionato D.L.vo l'Assessorato Regionale alla Salute, con D.A. n. 1821 del 26 Settembre 2011, ha emanato le "Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e di valutazione del Personale dipendente del S.S.R.

I Decreti sopracitati, inoltre, hanno previsto che ogni Amministrazione si dotasse di un Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).

Nel quadro normativo, in materia di Performance, sono intervenute, alcune modifiche/integrazioni, di cui si è tenuto conto nella redazione del presente Piano.

A tal proposito, infatti, risulta opportuno fare presente che le competenze dell'ANAC, già CiVIT, relative alla misurazione e valutazione della performance, di cui agli articoli 7, 8, 9, 10, 12, 13 e 14 del decreto legislativo 150 del 2009, sono state trasferite al Dipartimento della Funzione Pubblica, con l'entrata in vigore della legge 11 agosto 2014, n. 114, di conversione del decreto legge 23 giugno 2014, n. 90.

Altresì, con il D.P.R. 9 maggio 2016, n. 105, pubblicato sulla GURS n. 140- Serie Generale- del 17.06.2016, è stato approvato il "Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, in materia di Misurazione e Valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni", entrato in vigore il 2 luglio 2016.

Ai sensi del sopracitato DPR, rimane confermato il calendario delle attività che le Amministrazioni Pubbliche devono porre in essere in relazione al ciclo della performance (per Ministeri ed Enti Pubblici Nazionali) e mantengono la loro validità le indicazioni operative già espresse attraverso le relative delibere dalla CIVIT, tranne la data di validazione della Relazione della Performance, che sostituisce la precedente scadenza del 15 settembre con quella del 30 giugno di ogni anno.

Per tutte le Amministrazioni, pertanto, restano ferme le modalità di pubblicazione della documentazione già previste, attraverso l'aggiornamento della sezione "Amministrazione Trasparente" dei rispettivi siti.

Il portale Performance.gov.it contiene i documenti e le informazioni relative alla Performance delle Pubbliche Amministrazioni.

Per la nomina dei Componenti dell'OIV, ai sensi dell'art. 6, commi 3 e 4, del D.P.R. 9 maggio 2016, n. 105, infatti, presso il Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, è stato istituito l'Elenco nazionale dei componenti degli Organismi Indipendenti di Valutazione della Performance.

Tale elenco è stato istituito con decreto adottato dal Ministro per la semplificazione e la Pubblica Amministrazione, su delega della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica del 2 dicembre 2016, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 14 del 18 Gennaio 2017.

L'iscrizione all'Elenco nazionale e' condizione necessaria per la partecipazione alle procedure comparative di nomina degli Organismi Indipendenti di Valutazione della Performance.

Inoltre, ai sensi dell'art. 2 del Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, l'iscrizione nell'Elenco nazionale può essere chiesta esclusivamente dai soggetti in possesso di specifici requisiti.

Il quadro normativo relativo alla misurazione e valutazione della Performance, nello specifico, oltrechè dall'emanazione del DPR n. 105 del 2016, è stato integrato/modificato dal Dlgs 25 Maggio 2017 n. 74. e dal **DM 06 Agosto 2020,** dalle Linee guida n. 2/2017 e n. 5/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica, **le Nuove indicazioni del Ministero PA (del 28.11.2023) relative alla Misurazione e Valutazione della performance Individuale**, che hanno sostituito, per i ministeri, le seguenti Delibere CIVIT/ANAC:

1. **Delibera n. 89/2010;**
2. **Delibera n. 104/2010;**
3. **Delibera n. 114/2010;**
4. **Delibera n. 1/2012, paragrafi 3 e 4.**

Il presente Piano tiene conto sia del nuovo quadro normativo sopracitato, nonché dell'esperienza maturata all'interno di questa Azienda e degli aspetti critici emersi dall'analisi del Sistema di Misurazione e Valutazione, fin qui adottato. Un elemento essenziale che sarà tenuto in considerazione nei successivi articoli è, ad esempio, la differenza tra misurazione e valutazione ed il collegamento tra *performance* organizzativa e *performance* individuale.

Quanto contenuto nel presente Piano disciplina il sistema di valutazione delle strutture e dei dipendenti di questa Azienda, il cui rapporto di lavoro, come nelle altre amministrazioni pubbliche, è disciplinato dall'articolo 2, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, al fine di assicurare elevati standard qualitativi ed economici dei servizi offerti, tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa e individuale.

Il principio generale su cui si basa il processo aziendale di misurazione e valutazione della performance è il miglioramento della qualità dei servizi offerti da questa ASP, nonché la crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative, in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

La valutazione della performance sarà effettuata con riferimento sia all'amministrazione, nel suo complesso, sia alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui la stessa si articola e ai singoli dipendenti, secondo le modalità indicate nel Titolo I del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica ai sensi dell'art. 19 del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114.

In aderenza al nuovo quadro normativo si dovrà garantire:

1. L'adozione di modalità e strumenti di comunicazione che garantiscano la massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della performance effettuate.

2. L'adozione di metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la performance individuale e quella organizzativa, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi.

3. Il rispetto delle disposizioni *del Titolo I del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150,* che è condizione necessaria per l'erogazione di premi *e componenti del trattamento retributivo legati alla performance e rileva ai fini del riconoscimento delle progressioni economiche, dell'attribuzione di incarichi di responsabilità al personale, nonché del conferimento degli incarichi dirigenziali* .

Inoltre, la valutazione negativa, come disciplinata nell'ambito del sistema di misurazione e valutazione della performance, previsto dal nuovo quadro normativo, rileva ai fini dell'accertamento della responsabilità dirigenziale e ai fini dell'irrogazione del licenziamento disciplinare ai sensi dell'art. 55 -quater, comma 1, lettera f -quinquies), del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ove resa a tali fini specifici nel rispetto delle disposizioni del medesimo decreto.

Competenze dell'OIV

I Decreti sopracitati, inoltre, hanno previsto che ogni Amministrazione si dotasse di un Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).

Il Decreto Ministeriale del 2 dicembre 2016, **successivamente sostituito dal Decreto Ministeriale del 6 agosto 2020**, ha previsto l'istituzione presso il Dipartimento della funzione pubblica dell'Elenco nazionale dei componenti degli Organismi indipendenti di valutazione della *performance* (articolo 6, commi 3 e 4, del decreto del Presidente della Repubblica del 9 maggio 2016, n. 105).

L'iscrizione nell'Elenco nazionale è condizione necessaria per la partecipazione alle procedure comparative di nomina degli Organismi indipendenti di valutazione, presso amministrazioni, agenzie ed enti statali, anche a ordinamento autonomo.

- l'art. 2 del DM 06 Agosto 2020 che individua i requisiti di competenza, esperienza e integrità, dei soggetti iscritti nel suddetto Elenco nazionale;

- l'art. 4 del DM 06 Agosto 2020 che individua gli obblighi dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale;

Questa Azienda, in aderenza a quanto previsto dal DM 06 Agosto 2020, con Delibera n.35 del 10.01.2023, si è dotata di un Organismo Indipendente di Valutazione, composto da tre Componenti, tutti esterni, di cui uno con funzioni di Presidente.

L'O.I.V., per previsione delle linee di indirizzo di cui al D.A. n. 1821/2011 del 26 settembre 2011, oltrechè alle competenze previste dall'art. 14 del decreto legislativo n. 150/09, è chiamato a:

- **a.** garantire la correttezza del processo di misurazione e valutazione annuale della performance di ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso in relazione ai suoi processi;
- **b.** valutare annualmente, in seconda istanza, i dirigenti in termini di risultati raggiunti in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato, nonché il personale del comparto titolare di posizione organizzativa;

c. valutare annualmente, in seconda istanza, i risultati di gestione del dirigente di struttura complessa ed anche di struttura semplice.

A tal fine l'OIV predispone apposita scheda/verbale per la valutazione.

La valutazione in termini di capacità gestionale e manageriale è riferita:

- alla gestione del budget formalmente affidato e delle risorse umane e strumentali effettivamente assegnate in relazione agli obiettivi concordati e risultati conseguiti;
- ad ogni altra funzione gestionale espressamente delegata in base all'atto aziendale;
- all'efficacia dei modelli gestionali adottati per il raggiungimento degli obiettivi annuali;
- alle competenze manageriali.

L'O.I.V. svolge funzioni di monitoraggio del funzionamento del Sistema complessivo della valutazione e della trasparenza, elaborando una relazione annuale sullo stato dello stesso.

Garantisce la correttezza dei processi di misurazione, valutazione e premialità, secondo le linee guida dettate in materia dalla Commissione di cui all'art. 13 del decreto legislativo, ai sensi degli articoli 7, comma 3, e 13, comma 6, lett. b), d) ed e) dello stesso decreto, la cui corretta applicazione è rimessa alla sua vigilanza e responsabilità.

Supporta l'organo politico-amministrativo nella definizione degli obiettivi strategici, favorendone il coordinamento, e nella individuazione delle responsabilità per gli obiettivi medesimi.

Contribuisce, altresì, attraverso il Sistema di misurazione e valutazione, all'allineamento dei comportamenti del personale alla missione dell'organizzazione.

Struttura Tecnica Permanente

La Struttura Tecnica Permanente (STP), istituita con deliberazioni n. 2127 del 31.12.2013 e n.1477/2013, composta, in atto, soltanto dal Responsabile, in possesso della specifica professionalità nel campo della Misurazione della Performance nelle Amministrazioni Pubbliche, prevista dalla normativa vigente, dovrà essere implementata con le risorse necessarie al suo funzionamento, come previsto dalle norme nazionali e regionali in materia, stante le innumerevoli competenze, con precise scadenze, che afferiscono alla stessa.

La Struttura Tecnica Permanente fornisce il supporto tecnico all'OIV, in materia di Valutazione della Performance, con la raccolta delle cosiddette "carte di lavoro", rappresentate da documenti aziendali e dai dati provenienti dalla reportistica ufficiale aziendale.

Sin dalla istituzione della Struttura Tecnica Permanente la Responsabile della stessa ha posto in essere tutti gli adempimenti di competenza.

7.4 Azioni di Implementazione/Miglioramento sul Ciclo di Gestione della Performance.

Sulla scorta delle considerazioni effettuate dall'Organismo Indipendente di Valutazione, nell'ambito delle varie relazioni dallo stesso redatte nel corso dell'ultimo triennio, nonché dalle criticità emerse nel corso di un'analisi di contesto aziendale, l'Azienda ha realizzato alcune azioni strategiche finalizzate a migliorare/implementare il sistema relativo al ciclo di gestione della Performance, tra i quali il Miglioramento degli aspetti legati al processo di Budgeting;

Il Budgeting è il processo formale fondamentale e prioritario, che sta alla base del buon funzionamento dell'intero ciclo della Performance.

L'aspetto critico più rilevante che è stato oggetto di attenzione, in quanto ha un riflesso negativo in ogni fase del processo, è quello dello slittamento di quello che dovrebbe essere il periodo temporale di riferimento, previsto dalle norme per il ciclo della performance.

Tale slittamento è correlato ad una serie di fattori che riguardano i diversi livelli di negoziazione del budget, da quello regionale a quello aziendale e, pertanto, è di difficile risoluzione ad un solo livello. Tuttavia l'Azienda, rilevato che tale criticità ha un riflesso negativo in ogni fase del processo ha ritenuto di apportare tutte quelle modifiche e/o integrazioni possibili, soprattutto sull'aspetto che riguarda l'organizzazione e le procedure interne.

L'implementazione del processo di budgeting, pertanto, risulta fondamentale per l'Azienda, al fine di determinare un utilizzo più razionale ed ottimale delle risorse, nonché un miglioramento dell'efficienza operativa.

Fasi del ciclo di gestione della performance

Il ciclo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:

a) processo di budgeting*, con la* definizione e assegnazione formale degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, *tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance di cui all'art. 10;*
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 agli organi di indirizzo politico- amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi *di controllo interni ed* esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi, tramite un mezzo di comunicazione trasparente, che possa raggiungere tutti, ovvero la pubblicazione degli stessi, sul sito web aziendale- secondo il seguente percorso: Sezione "Amministrazione Trasparente" - Performance- rendicondazione risultati.

Il ciclo della *performance* vede, quindi, in prima linea i decisori politico- amministrativi che, nello specifico, nell'ASP di Caltanissetta, sono:

- La Direzione Strategica, alla quale compete l'esercizio della funzione di indirizzo e la definizione degli obiettivi da perseguire e dei programmi da attuare;
- i Dirigenti apicali, titolari di Centri di Responsabilità (CDR), preventivamente individuati dalla direzione strategica, per l'avvio dell'attività di negoziazione budget.

Di seguito lo schema riepilogativo dei diversi LIVELLI DEL BUDGET

LIVELLO DEL BUDGET	**DESCRIZIONE FASE PROCESSO**	**RUOLO LIVELLO**	**MODALITA' DIREZIONE FASE PROCESSO**
I LIVELLO DI GOVERNO	NEGOZIAZIONE TRA REGIONE E AZIENDE SANITARIE	RUOLO STRATEGICO	PREVALENTEMENTE DI TIPO TOP-DOWN: DEFINIZIONE OBIETTIVI SPETTA ALLA REGIONE.
2° LIVELLO GESTIONALE	NEGOZIAZIONE TRA LA DIREZIONE GENERALE E LE MACROAREE	RUOLO DELLA COMMITTENZA	**EQUILIBRIO:** TOP-DOWN E BOTTOM-UP
3° LIVELLO OPERATIVO	NEGOZIAZIONE OBIETTIVI E RISORSE DI OGNI MACROAREA CON CENTRI DI RESPONSABILITA' DI DIRETTA GESTIONE DELLA STESSA MACROAREA.	RUOLO DELLA PRODUZIONE	**Equilibrio** TOP DOWN E BOTTOM UP

Il percorso per l'avvio del ciclo della *performance* ed il coinvolgimento a cascata del personale, può, pertanto, riassumersi con la previsione dei seguenti passaggi:

1) Assegnazione degli obiettivi, da parte dell'Assessorato Reg.le della Salute, al Direttore Generale dell'ASP, sulla base della programmazione regionale, integrata con le esigenze correlate all'analisi del contesto interno ed esterno.

2) la Direzione Aziendale, sulla base degli obiettivi assegnati dall'Assessorato Reg.le della Salute, provvederà, preliminarmente, alla stesura di una programmazione aziendale, con l'individuazione degli obiettivi generali e specifici da raggiungere, nonché dei vari livelli di Responsabilità (Macrostrutture, UU.OO.CC e/o UU.OO.SS aziendali o dipartimentali) ai quali assegnare gli stessi, nell'ambito di un processo formale di negoziazione di budget.

A tal proposito, sulla base di quanto verificatosi negli anni scorsi, si ritiene di rilevare che la fase descritta al punto precedente, si realizza, di fatto, in una data avanzata rispetto ad ogni anno corrente e, pertanto, risulta necessario inserire un fattore correttivo che consenta di non compromettere le fasi successive. Tale fattore correttivo è rappresentato dal procedere, da parte della Direzione Strategica, all'assegnazione di obiettivi ai vari livelli di Responsabilità (Macrostrutture, UU.OO.CC e/o UU.OO.SS aziendali o dipartimentali), sin dal mese di gennaio e, comunque, non oltre il mese di Febbraio, nella considerazione che gli obiettivi regionali hanno un respiro triennale e quindi in continuità con l'anno precedente, e di procederne ad una eventuale rinegoziazione/integrazione nel caso di nuovi obiettivi assegnati nel corso dell'anno da parte dell'assessorato Regionale.

Per l'avvio del suddetto processo di negoziazione di budget, la Direzione aziendale si avvarrà del supporto dell'U.O. Programmazione e Controllo di Gestione, supportata da un apposito ufficio di budget, con la predisposizione di specifiche schede di budget, da utilizzare per la negoziazione formale, con i Direttori/Responsabili di ogni livello di Responsabilità, preliminarmente individuato, degli obiettivi, definendo le risorse necessarie, gli indicatori, i valori attesi e la tempistica per il loro raggiungimento.

3) i Direttori/Responsabili di Macrostruttura (Distretto/Dipartimento) o di altra Unità Operativa Complessa o Semplice aziendale o Dipartimentale, che abbiano negoziato gli obiettivi, con formale scheda di budget, avranno cura di redigere specifici piani di lavoro, per ogni anno, con l'indicazione delle attività da svolgere per il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici assegnati e dei relativi valori attesi, secondo gli indicatori e la tempistica previsti nelle schede di negoziazione.

4) ciascun titolare di Centro di Responsabilità (Macrostruttura: Distretto/ Dipartimento o UOC, UOS aziendale o Dipartimentale) che, per ogni anno di riferimento, abbia negoziato gli obiettivi con la Direzione Generale, provvederà, a cascata, ad assegnare, altrettanto formalmente, con apposita scheda di assegnazione, gli obiettivi ai Responsabili di ognuna delle UU.OO.CC. e/o Semplici, afferenti alla propria Macrostruttura o UOC. Tale assegnazione dovrà avvenire entro il 15 marzo dell'anno di riferimento.

5) Altresì ciascun titolare di Centro di Responsabilità (Macrostruttura: Distretto/ Dipartimento o UOC) che, per ogni anno di riferimento, abbia negoziato gli obiettivi con la Direzione Generale, provvederà all'assegnazione formale, con apposita scheda di assegnazione, degli obiettivi individuali, a tutte le unità di personale, afferenti alla propria Unità Operativa (Complessa e/o Semplice). Tale assegnazione dovrà avvenire entro il 30 marzo dell'anno di riferimento. Fino a quella data saranno di riferimento gli obiettivi individuali assegnati per l'anno precedente. Ciò in considerazione del fatto che gli obiettivi individuali, soprattutto per il comparto, non sempre sono direttamente correlati agli obiettivi di negoziazione budget.

6) ciascun titolare di Centro di Responsabilità che, per ogni anno di riferimento, abbia negoziato gli obiettivi con la Direzione Generale verificherà, alla fine dell'anno di riferimento, il grado di coinvolgimento e di partecipazione, per ognuna delle Unità di personale assegnate, al conseguimento dei suddetti obiettivi. A tale scopo, per ogni Unità di personale, della Dirigenza e del Comparto, dovrà essere predisposta un'apposita scheda di valutazione individuale che riporterà la percentuale di risultato raggiunta, che consentirà l'accesso alla premialità, nella medesima percentuale.

7) L'Organismo Indipendente di Valutazione valuta, nei tempi previsti dalle norme di riferimento, il grado di raggiungimento degli obiettivi di Performance, di tutte le UU.OO, che abbiano negoziato gli obiettivi con la Direzione Generale e, per le quali, sia stata formalizzata un'apposita scheda di budget, firmata dal Direttore Generale/ Suo delegato e dal Responsabile della UOC o UOS interessata.

8) Per quanto riguarda le UU.OO. Complesse o Semplici che, per qualsivoglia scelta strategica della Direzione, non abbiano, comunque, proceduto ad una formale negoziazione con la Direzione Generale, nella considerazione che dovrà essere garantito il diritto all'accesso alla premialità, da parte di tutto il Personale dell'Azienda, dovrà comunque, prevedersi, da parte della Direzione Strategica, l'individuazione di obiettivi da assegnare formalmente a tali UU.OO. Tale assegnazione potrà essere effettuata, con apposita scheda, da parte dei Responsabili delle UU.OO.CC. (che abbiano negoziato formalmente), alle quali afferiscono le UU.OO. in questione (che non abbiano negoziato direttamente), in aderenza a quanto previsto dall'Organigramma, di cui all'Atto aziendale, e/o dal Piano dei Centri di Responsabilità aziendale.

9) Entro il mese di Febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento, ogni Titolare di Centro di Responsabilità (Macrostruttura: Distretto/Dipartimento o UOC), che abbia negoziato gli obiettivi con la Direzione Generale, previa acquisizione di apposite relazioni finali, da parte delle UU.OO.CC. e/o Semplici, afferenti alla propria macrostruttura o UOC, è tenuto a fare pervenire all'OIV, per il tramite della Struttura Tecnica Permanente, una relazione finale, comprensiva delle suddette relazioni finali, con la quale rendiconterà tutte le attività realizzate per il raggiungimento di ogni singolo obiettivo contenuto nella scheda di budget. La relazione finale dovrà contenere:

a) la descrizione delle attività;

b) il valore raggiunto, rispetto al valore atteso, indicato nella scheda di negoziazione, nel rispetto dei relativi indicatori e della tempistica previsti.

c) il grado di raggiungimento dei risultati, espresso in percentuale, dei singoli Operatori afferenti alla U.O. di competenza, come riportato nelle schede di valutazione individuali.

La suddetta relazione finale dovrà essere trasmessa dai Titolari di Centro di Responsabilità (Macrostruttura: Distretto/Dipartimento o UOC), che abbiano negoziato gli obiettivi con la Direzione Generale, senza che ne sia formulata o sollecitata alcuna richiesta da parte della Direzione Strategica, della STP o dell'OIV.

Nel caso di non trasmissione, o di ritardo nella stessa, oltre i termini indicati, della suddetta relazione, l'OIV procederà a valutazione negativa.

10) Alla relazione finale, di cui al punto precedente, dovranno essere allegate:

a) le schede di assegnazione obiettivi e di valutazione individuale di ogni singolo dipendente afferente alla propria U.O. Anche la mancanza di valutazione individuale e delle relative schede determinerà, da parte dell'OIV, una valutazione negativa del Responsabile della U.O., che si rifletterà sia nell'ambito della premialità sia in quello relativo all'incarico.

b) Altresì, ad evidenza dei risultati raggiunti, dovrà risultare allegata tutta la Documentazione prodotta per il raggiungimento di ogni singolo obiettivo, che sarà necessaria all'OIV per la valutazione dello stesso. Tale documentazione, insieme alla relazione e alle schede di valutazione individuale rappresenteranno elemento importante per l'OIV per la valutazione di competenza. Allorquando il valore atteso sia rappresentato dalla produzione di una specifica documentazione (es. report, PDTA, documento di monitoraggio, mail di trasmissione, schede di valutazione etc), la presenza della stessa rappresenterà elemento sostanziale ed imprescindibile per la valutazione, da parte dell'OIV. La mancanza della documentazione di riferimento rappresenterà elemento per una valutazione negativa dei relativi obiettivi, da parte dell'OIV.

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.

Oggetto della valutazione: Obiettivi e Indicatori

La Performance è il contributo, risultato e modalità che un soggetto, una organizzazione, una Unità organizzativa o un singolo individuo apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi per la quale l'organizzazione è stata costituita.

Gli obiettivi si articolano in:

a) obiettivi generali

b) obiettivi specifici.

Per l'ASP di Caltanissetta la definizione degli obiettivi, generali e specifici, non può non essere correlata agli interventi di sistema e di potenziamento previsti dalla Programmazione Regionale, quale riferimento per la programmazione nel medio termine ed elemento di valutazione della performance.

Il sistema degli obiettivi predisposto dall'Assessorato Regionale della Salute, insieme all'Agenas, prevede un arco temporale triennale, aggiornato annualmente, per le singole Aziende Sanitarie Siciliane.

Gli obiettivi generali, aziendali, vengono, pertanto, definiti dalla Direzione Aziendale con cadenza annuale e/o triennale, sulla base degli indirizzi definiti dalla Regione.

Gli obiettivi aziendali vengono declinati in obiettivi specifici, con relativi indicatori e valori attesi, all'interno di specifiche schede di Budget ed assegnati alle singole strutture, attraverso il processo di programmazione e budgeting.

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.

Gli obiettivi devono essere:

a) **rilevanti e pertinenti** rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;

b) **specifici e misurabili in termini concreti** e chiari;

c) tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;

d) riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;

e) **commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard** definiti a vari livelli, (nazionale, regionale e aziendale);

f) confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;

g) correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.».

L'attività di Monitoraggio della performance viene effettuata dall' Organismo Indipendente di Valutazione, il quale, anche accedendo alle risultanze dei sistemi di controllo strategico e di gestione presenti nell'amministrazione, verificano l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi programmati durante il periodo di riferimento e segnalano la necessità o l'opportunità di interventi correttivi in corso di esercizio all'organo di indirizzo politico-amministrativo, anche in relazione al verificarsi di eventi imprevedibili tali da alterare l'assetto dell'organizzazione e delle risorse a disposizione dell'amministrazione. Le variazioni, verificatesi durante l'esercizio, degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale sono inserite nella relazione sulla performance e vengono valutate dall'OIV ai fini della validazione di cui all'art. 14, comma 4, lettera c) del d.lgs. 150/2009, come modificato dal d.lgs. 74/2017.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) è un insieme di tecniche, risorse e processi che assicurano il corretto svolgimento delle funzioni di programmazione, misurazione, valutazione e rendicontazione della *performance*, ossia del ciclo della *performance*.

Questa ASP di CL, come previsto per le Amministrazioni pubbliche, procede a valutare annualmente la *performance* organizzativa e individuale

La funzione di Misurazione e Valutazione delle *Performance* è svolta:

a) dall' Organismo Indipendente di Valutazione, aziendale, della *Performance*, di cui all'art. 14 *del* d.lgs. 150/2009, come modificato dal d.lgs. 74/2017, cui compete la misurazione e valutazione della performance di ciascuna Unità Operativa (macrostruttura e/o UOC, UOS aziendale, Dipartimentale), nel suo complesso, nonché la proposta di valutazione annuale dei dirigenti di vertice ai sensi del comma 4, lettera *e)* , del medesimo articolo;

b) dai Dirigenti dell'Azienda*, secondo quanto previsto agli articoli 8 e 9 del* d.lgs. 150/2009, come modificato dal d.lgs. 74/2017*;*

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance è adottato in coerenza con gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della Funzione Pubblica ai sensi dell'art. 3, comma 2, del d.lgs. 150/2009, come modificato dal d.lgs. 74/2017 e dal DM 06 agosto 2020.

Come già indicato sopra risulta utile definire e distinguere le *attività di misurazione* da quelle *di valutazione*.

Per *Misurazione* si intende l'attività di quantificazione del livello di raggiungimento dei risultati, attraverso il ricorso a indicatori.

Per *Valutazione* si intende l'attività di analisi e interpretazione dei valori misurati, che tiene conto dei fattori di contesto che possono avere determinato l'allineamento o lo scostamento rispetto ad un valore di riferimento.

Misurazione e Valutazione della performance sono attività distinte ma complementari, in quanto fasi del più ampio Ciclo della *Performance*.

La Misurazione della *performance* organizzativa

Gli elementi essenziali del sistema di misurazione e valutazione della *performance* organizzativa, sono quattro:

- **le unità di analisi della misurazione,**

- gli indicatori,

- il passaggio dalla misurazione alla valutazione,

-la partecipazione di cittadini ed utenti.

La misurazione della *performance* organizzativa può essere riferita ad unità di analisi differenti, ma tra loro correlate:

1. ***Amministrazione nel suo complesso*,**
2. ***singole articolazioni dell'Azienda,*** lungo tutta la linea organizzativa, centrali o periferiche;
3. ***processi e progetti*;**
4. ***individui*.**

Gli indicatori rappresentano un elemento cardine del sistema di misurazione.
Partendo dall'architettura del SMVP, ossia dalle unità di analisi che si decide di misurare, occorre innanzitutto decidere quali e quanti indicatori associare a ciascun obiettivo.

In merito a quali indicatori utilizzare, le principali dimensioni di indicatori da utilizzare per la misurazione della *performance* organizzativa, sono:

- **lo *stato delle risorse*: *umane, economico-finanziarie e strumentali.*** La misurazione dello stato delle risorse umane richiede l'utilizzo di sistemi informativi a supporto.
- **l'*efficienza* e l'*efficacia.***
- **l'*impatto*.** La dimensione dell'*impatto* esprime l'effetto generato da una politica o da un servizio sui destinatari diretti o indiretti.

La definizione degli indicatori da utilizzare per programmare, misurare e poi valutare la *performance* **è un'attività di importanza critica**.
Il *set* di indicatori associato agli obiettivi deve essere caratterizzato da:

- ***precisione*, o *significatività***, intesa come la capacità di un indicatore o di un insieme di indicatori di misurare realmente ed esattamente il grado di raggiungimento di un obiettivo
- ***completezza***, ossia la capacità del sistema di indicatori di rappresentare le variabili principali che determinano i risultati dell'amministrazione.
- ***tempestività***
- ***misurabilità*:** questo requisito è fondamentale e indica la capacità dell'indicatore di essere quantificabile, secondo una procedura oggettiva, basata su fonti affidabili. **È fortemente sconsigliato,** ad esempio**,** l'utilizzo di indicatori basati su giudizi qualitativi espressi dal personale stesso.
  Poco appropriati anche indicatori quantitativi ma non presidiati dalle strutture di supporto alla programmazione

Dalla Misurazione alla Valutazione della Performance

Dopo la fase della misurazione si realizza la fase della valutazione vera e propria. La valutazione della *performance* organizzativa si basa sull'analisi e contestualizzazione delle cause dello scostamento tra i risultati effettivamente raggiunti e quelli programmati.
I valori definiti in fase di programmazione non sono mai delle previsioni esatte ed è, quindi, normale avere degli scostamenti tra *target* e consuntivo. E', pertanto, utile concentrare l'attenzione su scostamenti significativi.
Lo scostamento è la base numerica per avviare l'analisi dei fattori che hanno portato a variazioni significative, che possono essere legate a:

- fattori esogeni, ossia fattori non direttamente controllabili dall'Azienda;
- fattori endogeni, ossia variabili controllabili dall'Azienda, che presentano valori diversi da quanto preventivato in fase di pianificazione.

Nell'effettuare l'analisi degli scostamenti è importante verificare la correttezza del sistema di indicatori e delle misure utilizzate.

Lo scostamento rispetto al valore *target* (es.+ 5€) può essere dovuto ad un imprevisto aumento di voci di costo non direttamente (o solo parzialmente) controllabili dall'Azienda (costo del lavoro, costo dei materiali/attrezzature utilizzate, etc.) oppure da fattori sotto la diretta responsabilità dell'amministrazione, quali minore produttività del personale, cattiva gestione delle attrezzature ed infrastrutture disponibili, etc.). Può esistere, infine, una terza casistica nella quale lo scostamento è principalmente dovuto a problemi/errori nella costruzione dell'indicatore in fase di programmazione.

La fase di valutazione diviene, quindi, fondamentale per:

- **identificare i fattori** che hanno portato allo scostamento; in questa fase l'analisi dei rischi che le amministrazioni dovrebbero condurre in fase di programmazione diventa un utile strumento. I rischi sono infatti eventi che possono inficiare il raggiungimento degli obiettivi e che l'amministrazione decide di monitorare. Le cause degli scostamenti sono rischi che si sono verificati. L'analisi delle cause consente di migliorare il "catalogo" dei rischi per il futuro periodo di programmazione e, eventualmente, inserire il monitoraggio dei rischi nei sistemi di controllo;

- **verificare** se gli scostamenti sono dovuti ad un problema del sistema, con particolare riferimento alle fasi di programmazione e misurazione. In questo caso è utile tenere conto dei possibili miglioramenti del sistema valutando con attenzione il beneficio informativo del miglioramento del sistema rispetto al costo e alla sostenibilità dello stesso;

- **analizzare** se le cause di scostamento sono esogene o endogene; è qui importante sottolineare che la separazione tra fattori esogeni e endogeni non sempre è così netta: la riduzione di efficienza del personale, ad esempio, può essere un fattore esogeno se si considerano elementi accidentali (sostituzione per malattia del personale durante l'anno, con conseguente periodo di apprendimento sui processi) ma anche, anzi soprattutto, un fattore endogeno (legato ad errori in fase di progettazione del processo o in quella di gestione delle risorse umane).

La fase di valutazione si conclude, quindi, con la formulazione di un giudizio o con l'assegnazione di un punteggio (sulla base di metriche predefinite), che potranno essere utilizzati per diverse finalità, fra le quali si ricordano, a titolo di esempio non esaustivo:

- **il miglioramento organizzativo;**
- **la ridefinizione degli obiettivi dell'amministrazione;**
- **la valorizzazione delle risorse umane,** anche attraverso gli strumenti di riconoscimento del merito e i metodi di incentivazione della produttività e della qualità della prestazione lavorativa previsti dalla normativa vigente.

Gli esiti del processo di valutazione della *performance* organizzativa devono essere documentati mediante reportistica appositamente definita dall'amministrazione e devono confluire nella Relazione sulla *performance* (le modalità di predisposizione della quale saranno oggetto di ulteriori linee guida) che rappresenta l'atto conclusivo del ciclo della *performance*.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa concerne:

a) *l'attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle esigenze della collettività;*

b) l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;

c) la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;

d) la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;

e) lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;

f) l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;

g) la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;

h) il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

***La Misurazione e Valutazione della Performance individuale*.**

Relativamente alla Valutazione Individuale sono state emanate, appositamente, le Linee Guida n. 5/2019 **e le nuove indicazioni del Ministero della PA, del 29 Novembre 2023,** che forniscono alle Amministrazioni indicazioni di maggior dettaglio in ordine alla Misurazione e Valutazione della performance individuale rispetto a quanto già previsto nelle precedenti linee guida del Dipartimento e, in particolare, nelle linee guida n. 2/2017.

Infatti, sono fornite alle amministrazioni indicazioni utili per accompagnarle nella costruzione di sistemi di misurazione e valutazione della performance (SMVP) finalizzati al miglioramento delle prestazioni dei dipendenti pubblici.

Il principio fondamentale è la concezione della valutazione individuale come una delle leve più rilevanti per la gestione strategica delle risorse umane. In questa nuova prospettiva, le indicazioni contenute completano quanto già riportato nelle linee guida n. 2/2017 in merito a:

- elementi di riferimento dei sistemi di misurazione e valutazione della performance individuale;

- processo, che ripercorre le fasi in cui si articola il ciclo della performance individuale dalla programmazione alla valutazione.

Prestare attenzione al processo di valutazione individuale, collocandolo correttamente nell'ambito degli strumenti di gestione e sviluppo del capitale umano, è funzionale al miglioramento della qualità complessiva delle prestazioni e dei servizi resi dalle amministrazioni pubbliche, il quale rappresenta la principale finalità dell'intero ciclo di gestione della performance.

A questo proposito, si sottolinea come una gestione più efficace del processo di valutazione individuale generi un duplice effetto positivo:

- sul piano individuale, consentendo la valorizzazione delle capacità e delle competenze dei singoli anche attraverso la definizione di percorsi di sviluppo e crescita professionale;

- sul piano organizzativo, in quanto il miglioramento della performance dei singoli comporta inevitabilmente anche un miglioramento dell'intera organizzazione e dei servizi da essa erogati; gli esiti della valutazione, inoltre, possono essere utilizzati per ripensare eventualmente la struttura e/o i processi organizzativi, attraverso attività di reingegnerizzazione.

Relativamente alla misurazione e valutazione della performance individuale, gli indirizzi forniti intendono contribuire a risolvere alcune criticità, manifestatesi sul piano applicativo, che derivano da un approccio prevalentemente formale alla valutazione e da un'eccessiva enfasi sugli effetti premiali di natura monetaria.

Tali criticità sono principalmente riconducibili a:

- una distinzione non sempre esplicita e immediata fra performance organizzativa ed individuale;

- un limitato ricorso ad alcuni elementi rilevanti del processo di misurazione e valutazione della performance individuale (quali, ad esempio, i colloqui di feedback);

- un limitato impiego di strumenti quali i Dizionari dei comportamenti attesi o i meccanismi di calibrazione ex ante ed ex post;

- una scarsa differenziazione delle valutazioni.

Secondo le Linee- Guida Ministeriali -Dipartimento Funzione Pubblica, n. 2/2017, per definire il sistema di Misurazione e valutazione della *Performance* individuale, si distingue tra:

1) ***gli elementi di riferimento***, che includono indicazioni su cosa e chi misura e valuta;

2) ***il processo***, che ripercorre le fasi in cui si articola il ciclo della *performance* individuale dalla programmazione alla valutazione.

1) *Elementi di riferimento per la misurazione e valutazione della performance individuale.*

La *performance* individuale, anche ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. 150/2009, è l'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo che opera nell'organizzazione, in altre parole, il contributo fornito dal singolo al conseguimento della *performance* complessiva dell'organizzazione.

Le dimensioni che compongono la *performance* individuale sono:

a) *risultati,* riferiti agli obiettivi *annuali* inseriti nel Piano della *performance* o negli altri documenti di programmazione aziendale o di unità operativa. Essi sono, a **loro** volta, distinguibili in base a quanto l'amministrazione indica nel proprio SMVP, in:

- risultati raggiunti attraverso attività e progetti di competenza dell'unità organizzativa di diretta responsabilità o appartenenza;
- risultati dell'amministrazione nel suo complesso o dell'unità organizzativa sovraordinata cui il valutato contribuisce;
- risultati legati ad eventuali obiettivi individuali specificamente assegnati;

b) *comportamenti*, che attengono al "come" un'attività viene svolta da ciascuno, all'interno dell'amministrazione. Nell'ambito della valutazione dei comportamenti dei Dirigenti/Responsabili di Unità Organizzative, una specifica rilevanza viene attribuita alla capacità di valutazione dei propri collaboratori.

La performance individuale contribuisce alla *performance* organizzativa complessiva, che si completa con i risultati degli obiettivi specifici triennali.

Il peso attribuito alle dimensioni della *performance* Individuale varia in relazione alle attività e responsabilità assegnate all'individuo, ossia con la sua posizione all'interno della struttura organizzativa.

Per la costruzione e il funzionamento del sistema di misurazione e valutazione della *performance* individuale, la mappatura dei diversi ruoli organizzativi all'interno dell'amministrazione e delle singole UU.OO. è un elemento fondamentale.

Le ultime indicazioni del Ministero della Pubblica Amministrazione del 28 Novembre 2023 introducono elementi di novità rispetto alle precedenti Linee Guida.

La suddetta Direttiva ha fatto seguito alle indicazioni fornite precedentemente dal Dipartimento della funzione pubblica (nel seguito "Dipartimento") con riguardo alle modalità operative da adottare per la misurazione e la valutazione della *performance* individuale del personale delle amministrazioni pubbliche, di livello dirigenziale e non, al fine di integrare e adeguare ai nuovi indirizzi di efficacia ed efficienza l'attività delle amministrazioni pubbliche.

Vale altresì ricordare che tutti gli Stati membri dell'Unione europea hanno adottato nell'ultimo decennio modelli di retribuzione di risultato (*pay-for-performance*) collegati a sistemi di misurazione e valutazione della *performance* individuale. E a tal proposito, anche in considerazione del sopradescritto scenario europeo in materia, con la presente Direttiva, il Ministro per la Pubblica Amministrazione ha inteso, innanzitutto, richiamare l'attenzione delle amministrazioni in indirizzo in merito alla corretta attuazione dei contenuti delle suddette linee guida, con particolare riferimento, fra l'altro, a:

- l'adozione di modalità di valutazione che vadano oltre - soprattutto per il personale dirigenziale - la sola valutazione effettuata dal superiore gerarchico e che coinvolgano una pluralità di soggetti, interni o esterni all'organizzazione, per arrivare gradualmente alla valutazione a 360°;
- la corretta definizione della correlazione fra *performance* individuale e *performance* organizzativa;
- la necessità che i Sistemi di misurazione e valutazione delle *performance* (di seguito SMVP) siano in grado di assicurare un'adeguata differenziazione delle valutazioni (alle quale la contrattazione collettiva deve adeguarsi), quale leva essenziale per l'efficace gestione delle risorse umane, utilizzando strumenti quali momenti di confronto, *feedback*, omogeneizzazione, che sono in grado di agire sul livello di equità percepita da parte dei soggetti valutati;
- la definizione, all'interno del SMVP, di cosa l'Amministrazione intenda per valutazione negativa, definendo, ad esempio, una soglia di punteggio minima (all'interno della scala di valutazione definita nel Sistema stesso) al di sotto della quale la valutazione deve intendersi negativa;
- l'introduzione di forme di *rewarding* per chi ha contribuito maggiormente al miglioramento della *performance* dell'amministrazione.

Il Ministro, inoltre, ha inteso fornire ulteriori indicazioni volte a:

- migliorare l'efficacia e l'utilità dei sistemi attualmente in uso per la valutazione della *performance* individuale dei Dirigenti, ponendo al centro del processo di valutazione la *leadership* quale leva abilitante per il funzionamento delle organizzazioni;
- promuovere il ruolo fondamentale della formazione nella valutazione individuale. In particolare, per i dirigenti occorrerà stabilire priorità formative sia per il perfezionamento delle competenze personali, sia per l'efficace svolgimento del ruolo dirigenziale, al fine di poter guidare con successo il personale assegnato e fungere da *leader* del cambiamento nell'organizzazione;
- favorire l'individuazione di nuove forme di premialità, in relazione al conseguimento di elevate *performance* individuali e organizzative, valorizzando in questo modo il merito e riconoscendo il valore aggiunto che ciascuno può rappresentare all'interno di ogni amministrazione.

2 Sviluppo dei Sistemi di Misurazione e Valutazione delle *Performance*

Alla luce degli obiettivi indicati in premessa, questa Azienda procederà alla predisposizione del nuovo SMVP, indirizzando lo stesso verso la direzione di un progressivo superamento della semplice valutazione gerarchica e unidirezionale – nella quale il superiore valuta il sottoposto – a vantaggio di sistemi in cui la valutazione è frutto del contributo di una pluralità di soggetti, interni o esterni all'organizzazione.

In tale ambito, in particolare, all'interno del nuovo SMVP, dovranno essere valorizzati i seguenti elementi:

- la valutazione dal basso, nella quale sono i collaboratori ad esprimere, in forma rigorosamente anonima, un giudizio sul proprio superiore (ad esempio, con questionari anonimi volti a verificare se l'operato del dirigente è orientato a valorizzare le attitudini del personale, a incentivarne la produttività, a garantire il benessere organizzativo, etc.);
- la valutazione fra pari, nella quale sono coinvolti i colleghi, soprattutto quelli con i quali si ha un rapporto più costante e rilevante;
- la valutazione collegiale (v. infra *calibration*), nella quale al fine di superare eventuali asimmetrie nelle scale di valutazione degli obiettivi e dei comportamenti del personale, sono previste specifiche

fasi – preventive e successive – di confronto tra dirigenti (o, a seconda dei casi, tra direttori o tra dirigenti apicali);

- la valutazione, con riguardo alla *performance* organizzativa di strutture complesse o meno, da parte di stakeholder esterni (per esempio, da parte degli utenti di un servizio erogato dall'ufficio o di un campione di cittadini opportunamente individuato o da altri portatori di interessi, fondamentale quando si tratta di dipendenti a stretto contatto con il pubblico).

Il punto di arrivo del processo di aggiornamento del nuovo SMVP, come anticipato, dovrà essere l'adozione di sistemi di misurazione e di valutazione a 360 gradi, che prevedano l'utilizzo combinato di tutte le forme di valutazione sopra indicate.

Di particolare rilievo, l'adozione, anche in via sperimentale, di meccanismi di calibrazione (c.d. *calibration*), così da contribuire a rendere i processi di valutazione finale il frutto non solo della misurazione del conseguimento degli obiettivi e dell'osservazione dei comportamenti da parte del superiore gerarchico, ma anche della verifica e valutazione congiunta da parte di una pluralità di soggetti – di pari livello rispetto a quest'ultimo – che questa Azienda provvederà opportunamente ad individuare in base alla propria organizzazione interna.

3 Valorizzazione del merito

La direttiva può considerarsi una "bussola" per i dirigenti delle amministrazioni pubbliche con l'obiettivo di valorizzare le nostre persone nel loro contesto organizzativo. Il nuovo SMVP dovrà essere innanzitutto improntato alla massima attenzione verso i propri dipendenti, che sono il fulcro dell' Amministrazione.

È proprio con riferimento alla necessità di offrire nuove opportunità che il merito assume un ruolo cruciale nel contesto organizzativo proprio perché trattasi di un valore irrinunciabile.

Si tratta di un valore strettamente legato al raggiungimento degli obiettivi e, prim'ancora, a sistemi di misurazione che devono essere sviluppati non in ottica punitiva, bensì conoscitiva per accrescere il valore delle persone, non solo a livello individuale ma anche nel più ampio contesto organizzativo.

4 Valutazione dei comportamenti: la *leadership*

Le linee guida del Dipartimento in materia di *performance* hanno individuato la *leadership* come una delle capacità fondamentali da tenere in considerazione nella valutazione della *performance* individuale del personale dirigenziale .

Alla luce di quanto precede, all'interno del prossimo SMVP, si prevederà che tutto il personale di livello dirigenziale venga necessariamente valutato anche con riferimento alla capacità di esercitare adeguatamente la propria "*leadership*".

La formazione e il capitale umano

Il Ministro della P.A. e il Dipartimento hanno a più riprese e in più occasioni sottolineato la centralità della formazione e dello sviluppo del capitale umano per la crescita ed il "successo" delle amministrazioni pubbliche.

A tale proposito vale la pena ricordare la **Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione** del 23 marzo 2023 avente ad oggetto "Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza", con la quale sono state fornite alle amministrazioni una serie di "*indicazioni metodologiche e operative per la pianificazione, la gestione e la valutazione delle attività formative.*

6 Altre forme di premialità

Nelle Linee guida n. 5 del 2019, il Dipartimento aveva già formulato alcuni esempi di altre forme di premialità che potrebbero essere utilizzate per "affiancare" gli incentivi di natura strettamente economica. Si rammentano, fra gli altri:

- attività di *coaching* e di mentoring individuale piuttosto che percorsi formativi di riconosciuta qualità, orientati allo sviluppo e alla crescita professionale del dipendente;
- riconoscimenti all'interno dell'organizzazione per i "*best performer*"

Con questo Piano Triennale si riconosce la necessità di premiare il MERITO a quel Personale che è titolare

di Incarichi di particolare rilevanza e complessità, come Incarichi, direttamente dipendenti dal Direttore Generale, a valenza aziendale, seppure non identificabili come incarichi di struttura (Semplice o Complessa).

A tale Personale dovranno essere assegnati premi e riconoscimenti "ulteriori" rispetto a quelli strettamente collegati al ciclo della *performance,* che possano andare a riconoscere il contributo fornito con riferimento a specifiche attività.

In tale fattispecie rientrano alcuni rilevanti Incarichi previsti obbligatoriamente da norme nazionali e regionali, come RPCT (Responsabile della Prevenzione e della Trasparenza), STP (Struttura Tecnica Permanente, di supporto all'OIV), attraverso la realizzazione di attività previste da circolari o direttive emanate da Ministeri o altre Strutture Pubbliche (ANAC, Dipartimento Funzione Pubblica, Assessorato Regionale Salute, Governo nazionale e Regionale etc), finalizzate al conseguimento di specifici adempimenti, (PIAO, Piano Triennale della Performance, Relazione annuale della Performance al 30 giugno di ogni anno, attività propedeutiche al processo di Valutazione della Performance aziendale e delle UU.OO., Attività propedeutiche per l'assolvimento degli Obblighi di Pubblicazione e relative attestazioni rilasciate dall'OIV, etc), entro tempistiche precise, dei quali possa significativamente contribuire al livello di *performance* aziendale complessivo. La realizzazione di tali Adempimenti previsti dalle norme vigenti rappresenta il raggiungimento di quegli specifici obiettivi individuali, strettamente connessi all'adeguato svolgimento di tali Incarichi, a seguito dei quali la Direzione Strategica dovrà riconoscere ai Titolari degli stessi una "Ulteriore premialità" economica, oltre quella correlata ad altro Incarico aziendale di struttura svolto.

Scopo della valutazione annuale della performance individuale

La valutazione relativa alla Performance individuale, ai fini dell'accesso alla premialità, viene effettuata, previa assegnazione di obiettivi individuali, sulla scorta degli obiettivi di negoziazione annuale di Budget assegnati alla struttura, a tutto il Personale Dirigente e di Comparto.

Tale valutazione è a carico del Responsabile della U.O. di appartenenza. L'OIV verifica la realizzazione della valutazione individuale, da parte del Responsabile, senza entrare nel merito della stessa.

Costituisce scopo prioritario della Misurazione e Valutazione della performance individuale:

1. evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;

2. chiarire e comunicare ad ognuna delle unità di personale, in sede di assegnazione preventiva degli obiettivi individuali, che cosa ci si attende – in termini di risultati di operatività e di comportamenti – da ognuna di esse;

3. Gli obiettivi individuali devono essere allineati agli obiettivi di Budget della Unità Operativa ed il Responsabile avrà cura di supportare le singole persone nel miglioramento della loro performance;

4. valutare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona;

5. contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole;

6. promuovere e valorizzare il Merito, attraverso opportuni sistemi incentivanti;

7. promuovere una corretta gestione delle risorse umane.

Organi di valutazione:

Sono Organi di valutazione aziendale:

1. Il **Dirigente di struttura** immediatamente sovraordinata - Valutatore di I^ istanza

2. Il **Collegio Tecnico**, Valutatore di II^ istanza.

3) L' **Organismo Indipendente di Valutazione**. Valutatore di II^ istanza.

Percorso valutativo delle Performance individuali (Dirigenti e Personale del Comparto)

Il percorso valutativo delle performance individuali annuali si svolge con fasi e tempi comuni al Comparto e alle due aree dirigenziali.

La Direzione aziendale, sulla base degli obiettivi ed essa assegnati dagli organismi regionali e della relativa pianificazione, procede alla definizione e assegnazione degli obiettivi operativi annuali alle macro strutture aziendali (Dipartimento/Coordinamento/Strutture Complesse).

I Responsabili delle macro strutture, coadiuvati dai Dirigenti delle Strutture coordinate, entro trenta giorni dalla fine della negoziazione si impegnano a:

− comunicare a tutto il personale gli obiettivi negoziati con la Direzione aziendale;

− comunicare le modalità previste per il raggiungimento degli stessi;

− informare tutti i dipendenti sui criteri e le modalità di valutazione delle performance individuali;

− effettuare i colloqui di assegnazione degli obiettivi, individuali o di gruppo.

L'assegnazione degli obiettivi deve essere formalizzata mediante la compilazione e la firma di apposita scheda/verbale che sarà utilizzata per la valutazione.

Nel corso dell'anno il valutatore effettua le attività per verificare l'andamento della performance attivando gli eventuali interventi correttivi.

Per i dipendenti che cambiano struttura nel corso dell'anno, la valutazione sarà curata dai dirigenti delle strutture interessate per i periodi di rispettiva competenza.

Il dirigente valutatore che cessa dal servizio nel corso dell'anno di riferimento dovrà provvedere a predisporre la valutazione dei dipendenti operanti presso la propria struttura per il periodo di competenza, prima della cessazione.

Le valutazioni infra-annuali, coperte dalle garanzie previste per le valutazioni annuali, dovranno essere trasmesse alla Struttura Tecnica Permanente per il successivo monitoraggio.

In caso di mancata effettuazione della valutazione da parte del Dirigente valutatore cessato a qualsiasi titolo dal servizio durante l'anno di riferimento, la valutazione per l'intero anno sarà curata dal Responsabile della struttura in cui il valutato si trovava al 31.12. dell'anno cui si riferisce la valutazione, previa acquisizione degli elementi conoscitivi utili al fine della formulazione del giudizio annuale.

Il valutatore effettua la valutazione a conclusione del periodo di riferimento, formulando i giudizi conclusivi e attribuendo i relativi punteggi, e motivando per iscritto, negli appositi spazi o attraverso documentazione allegata alla scheda, eventuali giudizi al di sotto del livello di adeguatezza; il dipendente valutato è tenuto a firmare la scheda di valutazione per presa visione.

In caso di non condivisione della valutazione ricevuta, il valutato può formulare eventuali osservazioni all'atto della sottoscrizione per presa visione della scheda, utilizzando l'apposito spazio previsto, ovvero con separata comunicazione da effettuare entro i successivi 10 giorni.

Il Responsabile della macrostruttura (Dipartimento/Coordinamento/Direttore di Struttura Complessa), predispone e trasmette gli elenchi del personale valutato, unitamente alle schede di valutazione, presso la Struttura Tecnica Permanente, che opera a supporto dell'OIV. Gli elenchi del Personale valutato, con l'indicazione della percentuale di Performance individuale raggiunta, dovrà essere inviata, contestualmente, al TEP (Ufficio per il Trattamento Economico del Personale) per i relativi pagamenti, correlati alle percentuali dei risultati raggiunti da ogni singolo Dipendente.

La corretta e puntuale compilazione delle schede di valutazione annuali di prima istanza, nonché l'invio delle stesse nei tempi debiti alla Struttura competente, rappresenta responsabilità diretta del Dirigente valutatore.

Le valutazioni organizzative delle singole UU.OO., definite dall'O.I.V. saranno trasmesse dal segretario dell'OIV, all'U.O. Trattamento Economico del Personale, per il pagamento delle spettanze ai Dipendenti nel rispetto del Sistema incentivante.

Strumenti per la valutazione della performance: le schede di valutazione

La valutazione di equipe (di Struttura) avviene attraverso l'utilizzo di indicatori quantizzati in maniera oggettiva.

Tali indicatori servono a misurare il raggiungimento percentuale (%) degli obiettivi nel rispetto di eventuali pesi differenziali assegnati. La percentuale totale raggiunta determina la quota di fondo che verrà assegnata alla U.O.

La valutazione della performance individuale avviene attraverso l'impiego di indicatori di operatività, nonché di comportamento. I valori assegnati diventano il differenziale per il calcolo della quota economica individuale. A valutazioni uguali, nella stessa Struttura, corrispondono retribuzioni uguali, differenziati per ogni Area contrattuale e posizione funzionale ricoperta.

Il processo di valutazione della Performance individuale si alimenta attraverso indicatori non necessariamente impiegati nella scheda di negoziazione del budget di Struttura ed, infatti, può definire indicatori ritenuti dallo stesso opportuni per la propria configurazione organizzativa.

Gli indicatori utilizzati per la valutazione delle performance individuali trovano opportuna efficacia nel mettere in relazione le attività con gli esiti del processo e si possono distinguere in due macroaree: Professionale e Comportamentale.

Una volta che sono stati selezionati i criteri/indicatori ne vanno definiti i range, all'interno dei quali può variare la valutazione. Tali range servono a definire i valori che verranno impiegati.

Nella definizione dei range va tenuto conto se l'indicatore valorizza la performance in senso crescente (es. numero di presenze, disponibilità alla sostituzione), oppure in senso decrescente (es. richiami formali, numero di assenze).

Per l'assegnazione del punteggio individuale vanno selezionati, almeno 3 indicatori per ogni sezione della scheda. Ognuno di essi può assumere un valore compreso tra 1 e 5. Tali valori devono essere misurati singolarmente, rapportati ai range preventivamente definiti, nonché tradotti in punteggio individuale in riferimento all'indicatore in interesse.

Il risultato derivante dalla somma dei punteggi viene fatto ricadere all'interno di un range preventivamente concordato e rappresenterà il punteggio individuale cumulativo, il cui valore farà da discriminante per il calcolo della quota economica, differenziandola all'interno dell'Equipe.

La Valutazione delle Performance individuali annuali viene documentata attraverso la compilazione delle schede per la valutazione del Comparto e della Dirigenza.

La scheda di valutazione, con i singoli fattori, obiettivi individuali e/o di gruppo e punteggi conseguibili nelle rispettive aree, viene illustrata dal valutatore e condivisa con il valutato in occasione del primo colloquio, I fase del processo di valutazione, ovvero in sede di assegnazione degli obiettivi individuali.

Le variabili oggetto di valutazione che compongono le schede di valutazione del Comparto possono essere raggruppate nelle seguenti sezioni ed aree di valutazione :

Sezione 1: Area Professionale: Indicatori di Operatività;

Sezione 2: Area Comportamentale: Indicatori di Disponibilità, di Partecipazione, di Comportamento.

Le due Sezioni sopradescritte sono presenti anche nelle schede di valutazione per la Dirigenza che, contengono, altresì la :

Sezione 3 : Area Capacità Manageriali: Indicatori di Capacità Manageriali.

Le schede predisposte per la Dirigenza e per il Comparto sono parte integrante del Regolamento per la Misurazione e Valutazione della Performance, per ogni anno vigente, pubblicato nell'apposita Sezione "Amministrazione Trasparente"- area Performance.

Valutazione Individuale Dirigenza Sanitaria Medica

Con D.A. n. 1563 del 14 dicembre 2023 sono state approvate in via sperimentale le schede di valutazione in prima istanza della Dirigenza sanitaria medica del S.S.R., distinte per aree operative (Territoriale, Medica, Chirurgica, Emergenza/Urgenza, Servizi di diagnostica, di Direzione Medica di Presidio e di Staff) ed, in via sperimentale, l'applicazione delle stesse da parte di tutte UU.OO. strutturate presso le Aziende del S.S.R. della Provincia di Palermo nel periodo 01/01/2024 - 31/12/2024.

Il nuovo modello valutativo, previsto tramite l'utilizzo delle schede allegate al D.A. n. 1563 del 14 dicembre 2023, è stato orientato alla valutazione della performance della Dirigenza Sanitaria Medica Siciliana, basato su una più attenta analisi condotta sotto il profilo professionale, gestionale, scientifico e comportamentale.

La fase di applicazione sperimentale ha fatto rilevare la possibilità di superare gran parte delle criticità insite nelle attuali schede di valutazione di prima istanza, le quali non consentono al valutatore di avere contezza dell'esatta dimensione quali-quantitativa delle performance del singolo dirigente sanitario medico valutato.

Sulla base delle risultanze del proprio Monitoraggio effettuato nella fase sperimentale, il DASOE ha evidenziato la necessità di allargare tale esperienza innovativa a tutte strutture aziendali del S.S.R. (Aziende Sanitarie Provinciali, Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere Universitarie) al fine di raccogliere il maggior numero di elementi correttivi volti a rendere flessibili gli strumenti adottati garantendo omogeneità applicativa su tutto il territorio regionale.

A tal fine l'Assessorato Regionale della Salute ha ritenuto necessario fornire alle Aziende del S.S.R. apposite Linee Guida che permettano l'uniforme applicazione del nuovo strumento specifico di valutazione in prima istanza della Dirigenza sanitaria medica del S.S.R. della Sicilia.

Con D.A. n. 1231 del 21 Ottobre 2024, sono state approvate le Linee Guida per la "Valutazione della Dirigenza Sanitaria Medica", di cui all'allegato A allo stesso Decreto.

Il superiore D.A., all'art. 2 ha previsto la sperimentazione applicativa delle schede di cui all'allegato A del D.A. n. 1563 del 14 dicembre 2023, da svolgere sarà svolta da tutte le UU.OO. strutturate presso le Aziende del S.S.R. della Regione Siciliana a partire dal primo gennaio 2025 fino al 31 dicembre dello stesso anno. A tal fine è stata prevista una propedeutica attività di formazione del personale medico apicale secondo l'indirizzo del Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico della Regione Siciliana che provvederà anche al monitoraggio delle varie fasi di applicazione.

Per tutta la durata della fase sperimentale, ai sensi dell'art. 3 del D.A. n. 1231 del 21 Ottobre 2024, resteranno in vigore, per tutti gli effetti conseguenti, le schede di valutazione di prima istanza di uso corrente e gli indicatori di riferimento di cui al D.A. n.1821/2011.

Nello specifico, le Linee Guida per la "Valutazione della Dirigenza Sanitaria Medica", di cui all'allegato del D.A. n. 1231 del 21 Ottobre 2024, fanno rilevare come le evidenze scientifiche di settore, da qualche anno, sono concordi nel ritenere che una corretta valutazione delle performance in sanità debba tenere conto di quattro fondamentali dimensioni:

a) la *performance clinica*: i risultati dell'attività clinica sul paziente, i volumi di prestazioni eseguite, gli esiti delle prestazioni eseguite, la complessità del case-mix, la complessità delle procedure, l'utilizzo di tecnologie, gli indicatori PNE;
b) la *performance scientifica*: i risultati dell'attività di ricerca e didattica;
c) la *performance gestionale*: i risultati di programmazione, organizzazione e gestione;
d) i *comportamenti*: le modalità con cui le competenze a supporto della performance clinica, scientifica e gestionale si mettono in campo. In particolare assumono, nello specifico, particolare importanza gli aspetti relativi a: attitudine alla comunicazione, professionalità, gestione dei conflitti, collaborazione e inclinazione al *team work*, nonché alla capacità di *leadership*.

Il decreto legislativo n. 150 del 27.10.2009 ha previsto importanti indirizzi per la misurazione e valutazione dei comportamenti professionali e organizzativi del personale, in un sistema globale di gestione della performance in cui sono strettamente connesse performance di organizzazione e performance individuale. L'anello di congiunzione tra performance di struttura e quella individuale è sempre più rappresentato dal collegamento operativo con gli obiettivi aziendali perseguiti in ragione dell'incarico dirigenziale ricoperto.
Obiettivo privilegiato del rilevamento di dati ai fini valutativi deve essere quindi l'ottica dell'apprezzamento complessivo (relativo cioè a tutti i quattro ambiti della valutazione simultaneamente considerati) tenendo in debito conto anche il contesto operativo (azienda sanitaria territoriale, ambiente universitario, ambiente ospedaliero, livello ambulatoriale, collegiale/ispettivo/certificativo, etc.) nonché quello specialistico.

Nell'ambito del percorso di valutazione di prima istanza dei dirigenti medici che operano nel S.S.R., **le Linee Guida per la "Valutazione della Dirigenza Sanitaria Medica", di cui all'allegato del D.A. n. 1231 del 21 Ottobre 2024, prevedono**, in fase sperimentale, l'utilizzo di un nuovo strumento (scheda) distinto per Aree Operative e intestato alla Unità Operativa relativa al dirigente valutato identificato per nome e cognome insieme a quelli del valutatore.

Tali aree sono:

Area Territoriale (ambulatoriale, servizi sanitari, commissioni sanitarie, etc.)
Area Emergenza Urgenza
Area Chirurgica
Area Medica
Area Servizi (diagnostica x immagini, laboratori)
Area Staff

La scheda di ciascuna delle Aree è divisa in tre ambiti di valutazione:

1) Gestione della casistica, dei processi e degli esiti clinici;
2) Comportamenti e Servizio
3) Attività scientifica e formazione

L'ambito che distingue le schede pertinenti alle diverse aree operative è solo quello relativa alla gestione della casistica, dei processi e degli esiti clinici.

Ogni ambito di valutazione della scheda prevede l'indicazione di:

Linea operativa
Indicatore
Risultato atteso
Peso attribuito alla linea operativa
Risultato conseguito
Punteggio

Il punteggio massimo attribuibile alle tre componenti è:

Gestione della casistica, dei processi e degli esiti clinici: 50 punti
Comportamenti e Servizio: 30 punti
Attività scientifica e formazione: 20 punti

Di seguito si indicano le Fasi della Procedura di Valutazione, come testualmente descritte dalle Linee Guida regionali:

"*Attraverso una serie di incontri preliminari ed esplicativi ciascun valutatore di prima istanza dovrà negoziare con il dirigente medico valutato le singole linee operative da considerare (tra quelle presenti nella scheda competente per area) e i relativi risultati attesi nell'arco temporale di un anno. Potrà, altresì, individuare una o più linee operative diverse da quelle presenti in scheda a seconda della natura specialistica della struttura. Tale scelta deve essere in linea con l'incarico dirigenziale assegnato al valutato e in linea con gli obiettivi della specifica struttura.*
Il valutatore di prima istanza dovrà, inoltre, attribuire i pesi relativi alle linee operative selezionate rispettando i tetti di punteggio complessivamente previsti per ciascun ambito. Il gradiente di peso andrà scelto in base alle priorità operative assegnate o eseguite dal dirigente valutato e concordato in sede di negoziazione preliminare dove la più completa informazione circa i parametri rappresenta uno dei fattori di qualità dell'intera procedura.
La scelta degli indicatori deve essere conforme alla disponibilità dei dati in possesso alla struttura e deve poter attingere ad una mirata attività di registrazione delle prestazioni a partire dal primo gennaio di ogni anno.
Gli indicatori di riferimento sono quelli elencati e distinti per area nell'allegato tecnico al D.A. Salute n. 1821 del 26 settembre 2011, pubblicato sulla G.U.R.S. del 14/10/2011, n. 43, con il quale sono state approvate le Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e valutazione del personale dipendente del S.S.R., finalizzate a recepire in ambito sanitario le disposizioni nazionali sulla misurazione e valutazione della performance secondo il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, e sono state invitate le Aziende Sanitarie a porre in

essere tutti gli adempimenti obbligatori in materia di misurazione e valutazione delle performance in armonia con la redazione del documento programmatico triennale denominato Piano Aziendale della Performance.
Il peso da attribuire alla singola linea operativa è un valore numerico (anche decimale) con cui si contrassegna l'importanza del risultato raggiunto rispetto a quelli delle altre linee operative previste nello stesso ambito.
Il peso da attribuire alla singola linea operativa è specifico per dirigente valutato e non della linea stessa che può assumere valori diversi nell'ambito della valutazione di dirigenti nella stessa struttura operativa in quanto correlati all'incarico dirigenziale specifico e agli obiettivi assegnati.

Per il calcolo del punteggio totale dello specifico ambito di valutazione si dovrà tenere conto dei pesi assegnati e concordati al fine di pervenire ad una equilibrata valutazione delle performance rese.

Esempio:

Ambito di valutazione con punteggio massimo 30 punti.
Linea operativa 1: peso 2
Linea operativa 2: peso 1,5
Linea operativa 3: peso 0,5
Linea operativa 4: peso 1
Linea operativa 5. Peso 3

Nell'ipotesi che il dirigente valutato abbia raggiunto in tutte le linee operative il risultato atteso gli andranno assegnati i 30 punti per intero.
Laddove, invece, non dovesse raggiungerlo in una o più linee si procede come di seguito:

I 30 punti previsti si distribuiscono tra le linee operative in ragione del loro peso.

Nel caso in esempio:
Linea operativa 1: peso 2 = punti massimi 7,5
Linea operativa 2: peso 1,5 = punti massimi 5,63
Linea operativa 3: peso 0,5 = punti massimi 1,87
Linea operativa 4: peso 1 = punti massimi 3,75
Linea operativa 5. Peso 3 = punti massimi 11,25
Totale: 30 punti

Si passa alla valutazione delle sole linee dove il risultato raggiunto è inferiore a quello atteso
Si misura lo scostamento percentuale tra il risultato atteso e quello raggiunto nella singola linea.

Esempio:

Risultato atteso: 1000 ecografie/anno
Risultato conseguito: 800 ecografie/anno
Scostamento percentuale: - 20%
Il punteggio previsto nella singola verrà abbattuto del 20%

Si sommano i punteggi di tutte le linee distinte per peso per definire la valutazione di ambito.

La valutazione complessiva del dirigente si ottiene sommando le tre valutazioni di ambito: Gestione della casistica, dei processi e degli esiti clinici + Comportamenti e Servizio + Attività scientifica e formazione.
Laddove, per la valutazione di alcune linee operative, dovesse rendersi necessario l'utilizzo, sempre su preventiva base negoziale, di misure qualitative al posto di volumi numericamente rappresentati, il valutatore, per ottenere le perequazioni sopra riportate in seno alla singola linea, sempre tenendo conto del peso assegnatole, potrà fare riferimento alla seguente tabella sinottica:

Assente	*0*	*0*
Inadeguato	*1*	*10%*
Scarso	*2*	*20%*
Limitato	*3*	*30%*
Mediocre	*4*	*40%*
Insufficiente	*5*	*50%*
Sufficiente	*6*	*60%*
Buono	*7*	*70%*
Distinto	*8*	*80%*
Ottimo	*9*	*90%*
Eccellente	*10*	*100%*

In virtù di quanto sopra esposto si evince che, al fine di evitare le annose disarmonie valutative tra dirigenti impegnati in diverse mansioni, che possono risultare a volte penalizzanti per il singolo caso, massima attenzione dovrà essere assegnata alle seguenti fasi cruciali della procedura:

a) Adeguata assegnazione degli incarichi dirigenziali in ragione degli obiettivi aziendali in carico alla struttura operativa;
b) Individuazione concordata delle linee operative oggetto di valutazione in funzione dell'incarico dirigenziale specifico e degli obiettivi di struttura;
c) Chiara scelta preventiva degli indicatori quali/quantitativi;
d) Equilibrata assegnazione del peso in base alle priorità operative di struttura in linea con gli obiettivi aziendali;
e) Precisa azione di registro delle prestazioni rese dal singolo dirigente valutato.
f) Supporto costante da parte del Sistema Informativo Aziendale".

Rispetto a quanto sopra riportato, si rappresenta che è già in programma una fase di Formazione per la corretta compilazione delle nuove schede di valutazione della Dirigenza sanitaria Medica, effettuata dal DASOE e rivolta a Personale opportunamente individuato dalla Direzione Strategica, che provvederà alla formazione a cascata dei Dirigenti delle UU.OO.CC. aziendali, di area medica.

Sistema di incentivazione aziendale

Il sistema di incentivazione individuale si applica a tutto il Personale (Dirigenti e Comparto) dell'ASP di Caltanissetta, con rapporto di lavoro esclusivo, a tempo determinato e a tempo indeterminato.

Il Personale a tempo determinato con incarico non inferiore a 6 mesi nell'anno di riferimento partecipa alla realizzazione degli obiettivi e percepisce il premio incentivante.

L'erogazione dei compensi incentivanti è subordinata alla verifica annuale da parte del Dirigente preposto e dell'O.I.V.

Costituisce condizione inderogabile per l'accesso al sistema premiante la validazione, da parte dell'O.I.V., della Relazione sulla performance, nel rispetto dei principi di selettività e di meritocrazia, entro il termine previsto dal Dipartimento Funzione Pubblica.

Ferme restando le modalità di calcolo per la costituzione del "Fondo di Produttività" della Dirigenza e del Comparto, annualmente rideterminato secondo gli accordi di cui ai vigenti CC.NN.LL., le quote teoriche di produttività individuale sono differenziate nel rispetto di parametri prestabiliti, in correlazione al ruolo ricoperto.

Le quote reali di produttività individuale saranno assegnate dall'Azienda, in relazione al punteggio che ogni singolo dipendente avrà raggiunto nella valutazione di I istanza, nonché, in percentuale al raggiungimento degli obiettivi che avrà raggiunto la Struttura di appartenenza.

La differenziazione delle valutazioni costituisce una condizione di efficacia di tutto il sistema di misurazione e valutazione della *performance,* nonché **un obbligo** esplicitamente sancito a carico di tutti i valutatori dal d.lgs. 150/2009.

Se un sistema funziona bene, le valutazioni risultano necessariamente differenziate perché riflettono le diversità dei livelli di *performance* presenti nel mondo reale.

Al fine di assicurare la differenziazione occorre, in primo luogo, garantire la presenza dei presupposti necessari per la corretta applicazione del sistema. In particolare:

Per la valutazione della Performance delle strutture e, pertanto, del grado di raggiungimento degli obiettivi, l'OIV basa le sue determinazioni sull'esame delle singole schede annuali, nelle quali saranno individuati gli obiettivi assegnati e il budget negoziato, con i relativi indicatori e i risultati attesi.

L'OIV provvederà ad elaborare la percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi tenendo conto dei dati di reportistica ufficiale, forniti dagli Uffici preposti, nonchè delle relazioni prodotte dai Responsabili delle Unità Operative e delle relative evidenze documentali allegate alle stesse.

La percentuale di raggiungimento degli obiettivi sarà data dalla somma dei pesi relativi ai singoli obiettivi raggiunti.

Per quanto riguarda la valutazione delle Performance individuali l'OIV verificherà che la stessa sia stata realizzata, da parte del Responsabile di ogni Struttura, per ognuna delle Unità di personale, Dirigente e di Comparto, alla stessa afferenti. La valutazione e il punteggio raggiunto da ogni singolo Dipendente, sarà quello riportato nelle singole schede individuali da parte del proprio Dirigente Responsabile.

Le risorse non utilizzate ritorneranno al fondo dell'anno di riferimento.

Strumenti per premiare il merito e la professionalità

Per premiare il merito e la professionalità, l'ASP di Caltanissetta utilizza, oltre che il fondo di produttività/risultato di cui all'articolo precedente, gli strumenti di cui all'articolo 20, comma 1, lettere c), d), e) ed f), del decreto legislativo n. 150/09, nel rispetto dell'apposita regolamentazione aziendale riferita a ciascun istituto contrattuale, ed in particolare.

- le progressioni economiche;
- le progressioni di carriera;
- l'attribuzione di incarichi e responsabilità;

- l'accesso a percorsi di alta formazione e di crescita professionale, in ambito nazionale e internazionale.

La misurazione e valutazione della performance individuale dei dirigenti, in posizione di autonomia e responsabilità, *secondo le modalità indicate nel sistema di cui all'art. 7* del d.lgs. 150/2009, modificato dal d.lgs. 74/2017, è collegata:

a) agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità, *ai quali è attribuito un peso prevalente nella valutazione complessiva;*

b) al raggiungimento di specifici obiettivi individuali;

c) alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate, *nonché ai comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate* ;

d) alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, *dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi.*

La misurazione e valutazione della performance individuale dei dirigenti titolari degli incarichi di cui all'art. 19, commi 3 e 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, è collegata altresì al raggiungimento degli obiettivi individuati nelle direttive generali, regionali, per l'azione amministrativa e la gestione dell'Azienda e nel Piano della performance, nonché di quelli specifici definiti nel contratto individuale.

Per quanto riguarda il personale del Comparto, la misurazione e la valutazione sono svolte dai Dirigenti, direttamente sovraordinati, sulla base del sistema di cui all'art. 7 del d.lgs. 150/2009, modificato dal d.lgs. 74/2017e collegate:

***a)* al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;**

***b)* alla qualità del contributo assicurato** alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

Nella valutazione di performance individuale non sono considerati i periodi di congedo di maternità, di paternità e parentale.».

Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle *performance*

Il Ciclo di gestione della performance prevede l'integrazione di flussi informativi, linee di indirizzo regionali e ministeriali, esigenze prioritarie legate al contesto locale. L'implementazione del sistema della performance potrà pertanto richiedere l'aggiornamento delle strategie e degli obiettivi proposti e l'apporto di eventuali correttivi al Piano.

Nel corso del triennio 2025-2027 il Piano potrà essere oggetto di revisione in considerazione degli obiettivi legati alla Pianificazione Regionale, oltrechè di altre eventuali disposizioni normative o modifiche organizzative.

La Responsabile
Struttura Tecnica Permanente e
Monitoraggio Obiettivi Direzione Strategica
Dr.ssa Grazia Colletto

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CALTANISSETTA

ALLEGATO

Piano della Performance 2025-2027

MODELLI

Schede Negoziazione Budget con UU.OO. aziendali

Schede a consuntivo per valutazione da parte di OIV

Schede di assegnazione Obiettivi individuali (Per Personale della Dirigenza e del Comparto)

Schede valutazione individuale (Per Personale della Dirigenza e del Comparto)

A.S.P. Caltanissetta		**MODELLO SCHEDA BUDGET NEGOZIAZIONE (per singolo anno)** **N.B. GLI OBIETTIVI E RELATIVI INDICATORI CAMBIERANNO ANNUALMENTE**			
Area di attività		**UNITA' OPERATIVA**			
Area di risultato	**Obiettivo**	**Indicatore**	**Peso**	**Valore atteso**	**Note**
Efficienza					
Appropriatezza					
Consumi	Es: Consumi farmaci e materiale sanitario	Es: Consumo farmaci e materiale sanitario, correlato al numero dei pazienti ricoverati e/o delle prestazioni ambulatoriali eseguite.		Es: Consumo Farmaci e materiale sanitario/n. pazienti ricoverati e/o prestazioni amb. eseguite	
Area gestionale e Performance	Es: Rispetto delle Direttive e dei regolamenti aziendali in merito a: a) Gestione del Personale; b) aggiornamento dati su carta servizi e personale, per pubblicazione c) Misurazione e Valutazione della Performance, di struttura e individuale; d) Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza; e) Trattamento Dati personali	Es: Riscontro e applicazione delle direttive e dei regolamenti aziendali, in merito agli ambiti individuati nell'obiettivo.		Es: SI. Relazione sui singoli riscontri effettuati.	

A.S.P. Caltanissetta		MODELLO SCHEDA A CONSUNTIVO PER VALUTAZIONE OIV					
UNITA' OPERATIVA		N.B. GLI OBIETTIVI E RELATIVI INDICATORI CAMBIERANNO ANNUALMENTE					
Area di attività							
Area di risultato	**Obiettivo**	**Indicatore**	**Peso anno**	**Valore atteso anno**	**Peso**	**Risultato raggiunto**	**Parere OIV**
Efficienza							
Appropriatezza							
Consumi	Es: Consumi farmaci e materiale sanitario	Es: Consumo farmaci e materiale sanitario, correlato al numero dei pazienti ricoverati e/o delle prestazioni ambulatoriali eseguite.		Es: Consumo Farmaci e materiale sanitario/n. pazienti ricoverati e/o prestazioni amb. eseguite			
Area gestionale e Performance	Es: Rispetto delle Direttive e dei regolamenti aziendali in merito a: a) Gestione del Personale; b) aggiornamento dati su carta servizi e personale, per pubblicazione c) Misurazione e Valutazione della Performance, di struttura e individuale; d) Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza; e) Trattamento Dati personali	Es: Riscontro e applicazione delle direttive e dei regolamenti aziendali, in merito agli ambiti individuati nell'obiettivo.		Es: SI. Relazione sui singoli riscontri effettuati.			

Modello A

Scheda assegnazione Obiettivi Personale Comparto

Performance individuale Anno ----------

Dipendente: _____ Unità Operativa_____: Periodo: _____

Direttore/Responsabile U.O._____:

Livello di apporto concordato: Totale punteggio = ---------- = 100%

I SEZIONE Area Competenze Professionali
Indicatori di operatività

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO OBIETTIVO
			5
			5
			5
			5
TOTALE PESO			

II SEZIONE- Area Comportamentale

Indicatori di: disponibilità – partecipazione – comportamento.

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO OBIETTIVO
Disponibilità alla sostituzione, in caso di effettiva necessità, di un collega	n. di sostituzioni effettuate/ numero di richieste da parte del Dirigente= 100%	**100%**	**5**
Disponibilità a ore di lavoro aggiuntivo, non comprese in progetti-obiettivo;	n. di sostituzioni effettuate/ numero di richieste da parte del Dirigente= 100%	**100%**	**5**
Partecipazione alla stesura di manuali/procedure	n. di stesure procedure/ numero di procedure realizzate= 100%	**100%**	**5**
Partecipazione a corsi di formazione interni	n. di partecipazioni effettuate/ su n. inviti= 100%	**100%**	**5**
Capacità comunicativa e disponibilità con colleghi U.O. e altro personale dipendente	**n. di conflitti segnalati/rilevati= 0**	**0**	**5**
comportamento nel rispetto del relativo codice aziendale	Presenza di richiami verbali/formali da dirigente o direzione= 0	**0**	**5**
TOTALE PESO			

Range disponibilità/partecipazione

% di adesioni e partecipazioni	100%	90-80%	79-70%	69-50%	>50%
punteggio	5	4	3	2	1

Range conflitti segnalati/rilevati

N. segnalazioni	0	1	2	3	>3
punteggio	5	4	3	2	1

Eventuali Osservazioni da parte del Dipendente

_____
_____
_____
_____

Data

Firma del Dipendente

_____

Firma del Direttore/Responsabile U.O.

_____

Modello A1

Scheda di Valutazione Performance individuale- Personale Comparto

Dipendente: _____ Unità Operativa_____: Periodo: _____

Responsabile Valutazione: _____

Livello di apporto concordato: Totale punteggio =----------= 100%

I SEZIONE Area Competenze Professionali
Indicatori di operatività

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	RISULTATO RAGGIUNTO	PUNTEGGIO (Range da 1 a 5)
TOTALE PUNTEGGIO				

II SEZIONE- Area Comportamentale

Indicatori di: disponibilità – partecipazione - comportamento

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	RISULTATO RAGGIUNTO	PUNTEGGIO (range da 1 a 5)
Disponibilità alla sostituzione, in caso di effettiva necessità, di un collega	n. di sostituzioni effettuate/ numero di richieste da parte del Dirigente= 100%	**100%**		**5**
Disponibilità a ore di lavoro aggiuntivo, non comprese in progetti-obiettivo;	n. di sostituzioni effettuate/ numero di richieste da parte del Dirigente= 100%	**100%**		**5**
Partecipazione alla stesura di manuali/procedure	n. di stesure procedure/ numero di procedure realizzate= 100%	**100%**		**5**
Partecipazione a corsi di formazione interni	n. di partecipazioni effettuate/ su n. inviti= 100%	**100%**		**5**
Capacità comunicativa e disponibilità con colleghi U.O. e altro personale dipendente	**n. di conflitti segnalati/rilevati= 0**	**0**		**5**
comportamento nel rispetto del relativo codice aziendale	Presenza di richiami verbali/formali da dirigente o direzione= 0	**0**		**5**

TOTALE PUNTEGGIO	

ASP CALTANISSETTA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Range disponibilità/partecipazione

% di adesioni e partecipazioni	100%	90-80%	79-70%	69-50%	>50%
punteggio	5	4	3	2	1

Range conflitti segnalati/rilevati

N. segnalazioni	0	1	2	3	>3
punteggio	5	4	3	2	1

Motivazioni della Valutazione.

_____
_____
_____

Eventuali Osservazioni da parte del Valutato

_____
_____
_____

Data

Firma del Valutato **Firma del Responsabile**

_____ _____

Modello B

Scheda di assegnazione Obiettivi Personale Dirigenza

Performance individuale Anno ----------

Dipendente: _____ Unità Operativa_____: Periodo: _____

Direttore/Responsabile U.O.: _____

Livello di apporto concordato: Totale punteggio = ---------- = 100%

I SEZIONE Area Competenze Professionali

Indicatori di operatività

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO OBIETTIVO
			5
			5
			5
			5
TOTALE PESO			

II SEZIONE- Area Comportamentale

Indicatori di: disponibilità – partecipazione - comportamento

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO OBIETTIVO
Disponibilità alla sostituzione, in caso di effettiva necessità, di un collega	n. di sostituzioni effettuate/ numero di richieste da parte del Dirigente= 100%	**100%**	**5**
Disponibilità a ore di lavoro aggiuntivo, non comprese in progetti-obiettivo;	n. di sostituzioni effettuate/ numero di richieste da parte del Dirigente= 100%	**100%**	**5**
Partecipazione alla stesura di manuali/procedure	n. di stesure procedure/ numero di procedure realizzate= 100%	**100%**	**5**
Partecipazione a corsi di formazione interni	n. di partecipazioni effettuate/ su n. inviti= 100%	**100%**	**5**
Capacità comunicativa e disponibilità con colleghi U.O. e altro personale dipendente	**n. di conflitti segnalati/rilevati= 0**	**0**	**5**
comportamento nel rispetto del relativo codice aziendale	Presenza di richiami verbali/formali da dirigente o direzione= 0	**0**	**5**
TOTALE PESO			

Range disponibilità/partecipazione

% di adesioni e partecipazioni	100%	90-80%	79-70%	69-50%	>50%
punteggio	5	4	3	2	1

Range conflitti segnalati/rilevati

N. segnalazioni	0	1	2	3	>3
punteggio	5	4	3	2	1

III SEZIONE

Area Manageriale

Indicatori di: comportamento gestionale e/o manageriale

OBIETTIVO	**INDICATORE**	**VALORE ATTESO**	**PESO OBIETTIVO**
			5
			5
			5
			5
TOTALE PESO			

Eventuali Osservazioni da parte del Valutato

_____
_____
_____
_____

Data

Firma del Dipendente **Firma del Direttore/Responsabile U.O.**

Modello B1

Scheda di Valutazione - Personale Dirigenza
Performance individuale Anno----------

Dipendente: _____ Unità Operativa_____: Periodo: _____

Responsabile Valutazione: _____

Livello di apporto concordato: Totale punteggio = ---------- = 100%

I SEZIONE Area Competenze Professionali- Indicatori di operatività

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	RISULTATO RAGGIUNTO	PUNTEGGIO (range da 1 a 5)
TOTALE				

II SEZIONE- Area Comportamentale

Indicatori di: disponibilità – partecipazione - comportamento

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	RISULTATO RAGGIUNTO	PUNTEGGIO (range da 1 a 5)
Disponibilità alla sostituzione, in caso di effettiva necessità, di un collega	n. di sostituzioni effettuate/ numero di richieste da parte del Dirigente= 100%	**100%**		
Disponibilità a ore di lavoro aggiuntivo, non comprese in progetti-obiettivo;	n. di sostituzioni effettuate/ numero di richieste da parte del Dirigente= 100%	**100%**		
Partecipazione alla stesura di manuali/procedure	n. di stesure procedure/ numero di procedure realizzate= 100%	**100%**		
Partecipazione a corsi di formazione interni	n. di partecipazioni effettuate/ su n. inviti= 100%	**100%**		
Capacità comunicativa e disponibilità con colleghi U.O. e altro personale dipendente	**n. di conflitti segnalati/rilevati= 0**	**0**		
comportamento nel rispetto del relativo codice aziendale	Presenza di richiami verbali/formali da dirigente o direzione= 0	**0**		
TOTALE PUNTEGGIO				

Range disponibilità/partecipazione

% di adesioni e partecipazioni	100%	90-80%	79-70%	69-50%	>50%
punteggio	5	4	3	2	1

Range conflitti segnalati/rilevati

N. segnalazioni	0	1	2	3	>3
punteggio	5	4	3	2	1

III SEZIONE

Area Manageriale

Indicatori di: comportamento gestionale e/o manageriale

OBIETTIVO	**INDICATORE**	**VALORE ATTESO**	**VALORE RAGGIUNTO**	**PUNTEGGIO (range da 1 a 5)**
TOTALE PUNTEGGIO				

Motivazioni della Valutazione.

_____
_____
_____
_____
_____

Eventuali Osservazioni da parte del Valutato

_____
_____
_____
_____
_____

Data

Firma del Valutato **Firma del Responsabile**

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Condizioni per l'Accesso alla Prestazione Lavorativa in Forma Agile.

PREMESSA

La legge di bilancio 2024 ed il Decreto milleproroghe 2024 non hanno previsto alcuna proroga per il lavoro agile nelle P.A. per i lavoratori fragili o per i genitori di figli under 14.

Con Direttiva Ministeriale del 2023, valida dal 2024 è stato stabilito che , per i lavoratori fragili , al pari degli altri lavoratori, il lavoro in modalità agile può essere consentito solo in gravi situazioni di salute, personali e familiari.

La suddetta Direttiva ha parimenti previsto che l'autorizzazione allo svolgimento del lavoro agile compete ai Dirigenti delle PP.AA. interessate che dovranno anche individuare le misure organizzative necessarie attraverso accordi individuali.

Quanto sopra allo scopo i sensibilizzare la dirigenza delle amministrazioni pubbliche ad un utilizzo orientato alla salvaguardia sei soggetti piu esposti a situazioni di rischio per la salute e che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni oltre che di salute anche personali e familiari, e tutto anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza.

La Direttiva conclude demandando ai Vertici di ciascuna Amministrazione di adeguare tempestivamente le proprie disposizioni interne per rendere la stessa concreta ed immediatamente applica

Destinatari , requisiti di accesso e misure organizzative

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria. Si effettua quindi su richiesta del lavoratore che documenti particolari e gravi condizioni di salute o gravi motivi personalie/o familiari ed è consentito ove le attività svolte siano idonee ad essere prestate a distanza, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, a tempo pieno o parziale

La programmazione e l'individuazione delle tipologie di attività idonee allo svolgimento in modalità agile è effettuata dai rispettivi Dirigenti responsabili che nello specifico devono:

individuare e programmare le attività che non richiedano la necessaria presenza in sede;

individuare gli obiettivi da raggiungere;

verificare le richieste dei lavoratori interessati a svolgere lavoro agile per valutarne l'idoneità all'accesso;

monitorare la corretta esecuzione del lavoro agile;

verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati;

valutare la performance individuale dei dipendenti che svolgono lavoro agile;

monitorare il rapporto e l'incidenza che le prestazioni non in sede hanno sull'efficienza e sull'efficacia dell'azione amministrativa e sulle singole performances personali;

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

siano esegibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche

possano essere remotizzabili e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore in sede

prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili

richiedano una concentrazione particolare per la loro esecuzione

non richiedano una costante relazione con il responsabile della struttura di appartenenza

siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati

Restano in ogni caso esclusi i lavori in turno e quelli che richiedano l'utilizzo di strumentazioni e documentazioni non remotizzabili.

Procedura di accesso al lavoro agile

L'accesso al lavoro agile avviene su richiesta del dipendente interessato in esito alla quale , valutata la sussistenza dei gravi motivi di salute, personali e familiari , il Responsabile predisporrà accordo individuale che verrà sottoscritto da entrambe le parti e vistato dal Direttore Generale.
Tale accordo dovrà essere trasmesso alla UOC Gestione Risorse Umane.
L'accordo deve contenere almeno i seguenti elementi essenziali.

- durata dell'accordo;
- individuazione delle attività da svolgere;
- individuazione degli obiettivi;

- modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quella da svolgere a distanza;
- modalità di recesso , che deve avvenire con un termine non inferiore a 30 giorni ;
- i casi di giustificato motivo di recesso;
- i tempi di riposo del lavoratore che non potranno essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza ;
- le fasce di reperibilità concordate con il Direttore/Responsabile comunque non superiori all'orario giornaliero di lavoro;
- le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione<;
- l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione;
- la strumentazione che il dipendente utilizzerà per l'attività lavorativa.

Rilevazione delle presenze

Le giornate da svolgersi in modalità agile, per come risultanti dall'accordo individuale, saranno registrate mediante inserimento di apposita causale nel sistema rilevazione presenze.

Controllo e Potere Disciplinare

La modalità di lavoro in lavoro agile non modifica il potere direttivo e di controllo del Datore di lavoro, che sarà esercitato con modalità analoghe a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso i locali aziendali. Il potere di controllo sulla prestazione resa al di fuori dei locali aziendali si espliciterà, di massima, attraverso la verifica dei risultati ottenuti.

Tra dipendente in lavoro agile e diretto responsabile saranno condivisi obiettivi puntuali, chiari e misurabili che possano consentire di monitorare i risultati dalla prestazione lavorativa in lavoro agile. Per assicurare il buon andamento delle attività e degli obiettivi, dipendente e responsabile si confronteranno almeno con cadenza mensile/bimensile

sullo stato di avanzamento. Restano ferme le ordinarie modalità di valutazione delle prestazioni, secondo il sistema vigente per tutti i dipendenti.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile il comportamento del dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta sulla base di quanto previsto dai CCNL vigenti e di quanto indicato nel Codice Etico e di comportamento. la loro gravità e nel rispetto

Le condotte connesse all'esecuzione della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali danno luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari, così come individuate nel regolamento disciplinare, ai sensi della disciplina legale e contrattuale vigente,

Riservatezza

Il dipendente in modalità smart working, designato al trattamento dati personali ai sensi dell'art. 2 –quaterdecies del Codice in materia di protezione dei dati personali, durante le operazioni di trattamento dati ai quali abbia accesso in esecuzione della prestazione lavorativa in considerazione delle mansioni ricoperte e in relazione alla finalità legata all'espletamento della suddetta prestazione lavorativa, è tenuto alla più assoluta riservatezza sui dati e informazioni in suo possesso e ad osservare tutte le disposizioni previste dal Regolamento UE 679/2016, dal D.Lgs. n. 196/2003, come novellato dal Decreto Legislativo 10 Agosto 2018 n. 10, dal Regolamento Aziendale pubblicato sul sito aziendale con riguardo al trattamento dei dati personali (giusta Deliberazione del Commissario n. 1822 del 19/07/2018) nonché le eventuali ulteriori direttive che verranno impartire dal Titolare del trattamento o dal Responsabile interno Privacy di riferimento.

Il dipendente è tenuto altresì ad adottare tutte le misure di sicurezza per proteggere le informazioni trattate nell'ambito dello svolgimento della prestazione lavorativa da remoto nonché ad adottare le necessarie cautele per assicurare la segretezza delle credenziali di autenticazione e la diligente custodia degli eventuali dispositivi informatici forniti dall'amministrazione senza alterare le configurazioni di sistema o installare software in difetto di preventiva autorizzazione.

Regione Siciliana

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CALTANISSETTA

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2025/2027

1. PREMESSA 1

PARTE I

2. FONTI NORMATIVE 2

3. OBIETTIVI DEL P.T.P.C.T. 3

4. LA DIREZIONE GENERALE 5

5. RESPONSABILE PER LA P.C.T. 6

6. I DIRIGENTI E I RESPONSABILI DELLE UNITA' ORGANIZZATIVE 10

7. ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE 12

8. RAPPORTI CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE 13

9. L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI 16

10. DIPENDENTI, PERSONALE CONVENZIONATO E COLLABORATORI 16

11. LA REDAZIONE DEL PIANO 17

12. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E INTERNO 18

12.1 CONTESTO ESTERNO 19

12.2 CONTESTO INTERNO 25

13. ASSETTO ORGANIZZATIVO 29

14. DOTAZIONE ORGANICA 31

PARTE II

15. MAPPATURA DEI PROCESSI 33

16. MODALITÀ DI REALIZZAZIONE DELLA MAPPATURA DEI PROCESSI 34

16.1 VALUTAZIONE DEL RISCHIO 35

17. PONDERAZIONE DEL RISCHIO 45

18. AREE DI RISCHIO GENERALI 48

19. TRATTAMENTO DEL RISCHIO 55

20. INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE 57

21. PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE 58

22. MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE 59

23. CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE 61

24. MISURE TRASVERSALI 62

25. RACCORDO RESPONSABILE – REFERENTI 62
26. CODICE DI COMPORTAMENTO 63
27. ROTAZIONE DEI DIPENDENTI 63
28. ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO 66
29. CONFLITTO DI INTERESSI. 69
30. INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI DIRIGENZIALI 70
31. VIGILANZA SULLE DISPOSIZIONI DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ 72
32. ATTIVITA' EXTRAISTITUZIONALE 73
33. WHISTLEBLOWING (la tutela del dipendente che segnala illeciti) 73
34. LA FORMAZIONE 77
PARTE III- SEZIONE TRASPARENZA
35. CONSIDERAZIONI GENERALI SULLA TRASPARENZA 80
36. PRINCIPI GENERALI, FINALITÀ E OBIETTIVI STRATEGICI 80
37. QUALITÀ DEI DATI E OBBLIGO DI PUBBLICAZIONE 81
38. ATTIVITÀ DI VIGILANZA E DI MONITORAGGIO 83
39. L'ACCESSO CIVICO "SEMPLICE" E L'ACCESSO CIVICO "GENERALIZZATO" 86
39.1 ACCESSO CIVICO 86
40. SCHEMA DELLE TIPOLOGIA DI ACCESSO 86
38.2 ACCESSO CIVICO A DATI E DOCUMENTI 89
41. L'ISTITUTO DEL RIESAME PER LE ISTANZE DI ACCESSO 89
42. REGISTRO DEGLI ACCESSI 89
43. INIZIATIVE DI PROMOZIONE DELLA TRASPARENZA 90
44. DISPOSIZIONE FINALE 91

1. PREMESSA

Il concetto di corruzione deve essere inteso in senso lato, ossia comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso, da parte di un soggetto, del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. La Circolare del Dipartimento Funzione Pubblica n.1 del 25/01/2013 ha, infatti, specificato che le situazioni rilevanti non si esauriscono nella violazione degli artt. 318, 319 e 319 ter c.p., comprendendo non solo l'intera gamma dei delitti contro la Pubblica Amministrazione disciplinati nel Libro II, Titolo II, Capo I del Codice Penale (così come modificati dalla legge 9 gennaio 2019, n. 3 "Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione, nonché in materia di prescrizione del reato e in materia di trasparenza dei partiti e movimenti politici" (GU Serie Generale n.13 del 16/01/2019), 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, ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa ab externo, sia che tale azione abbia successo, sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo. La nozione di corruzione coincide dunque con la "maladministration, intesa come assunzione di decisioni devianti dall'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari" (Determinazione ANAC n.12/2015).

Sia per la Convenzione ONU che per altre Convenzioni internazionali predisposte da organizzazioni internazionali, (es. OCSE e Consiglio d'Europa) firmate e ratificate dall'Italia, la corruzione consiste in comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assuma (o concorra all'adozione di) una decisione pubblica, deviando, in cambio di un vantaggio (economico o meno), dai propri doveri d'ufficio, cioè dalla cura imparziale dell'interesse pubblico affidatogli.

Questa definizione, che è tipica del contrasto penalistico ai fenomeni corruttivi, volto ad evitare comportamenti soggettivi di funzionari pubblici (intesi in senso molto ampio, fino a ricomprendere nella disciplina di contrasto anche la persona incaricata di pubblico servizio), delimita il fenomeno corruttivo in senso proprio. Nell'ordinamento penale italiano la corruzione non coincide con i soli reati più strettamente definiti come corruttivi (concussione, art. 317, corruzione impropria, art. 318, corruzione propria, art. 319, corruzione in atti giudiziari, art. 319-ter, induzione indebita a dare e promettere utilità, art. 319-quater), ma comprende anche reati relativi ad atti che la legge definisce come "condotte di natura corruttiva". L'Autorità, con la propria delibera n. 215 del 2019, sia pure ai

fini dell'applicazione della misura della rotazione straordinaria (di cui alla Parte III, § 1.2. "La rotazione straordinaria"), ha considerato come "condotte di natura corruttiva" tutte quelle indicate dall'art. 7 della legge n. 69 del 2015, che aggiunge ai reati prima indicati quelli di cui agli art. 319-bis,321, 322, 322-bis, 346-bis, 353, 353-bis del codice penale

PARTE I

2. FONTI NORMATIVE

- Legge n. 190 del 6 novembre 2012: “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”;
- Circolare n.1 del 25 Gennaio 2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento della Funzione Pubblica;
- Piano Nazionale Anticorruzione 2013;
- Determinazione ANAC n. 12 del 28 Ottobre 2015, aggiornamento al PNA 2015;
- Piano Nazionale Anticorruzione 2016, Delibera n. 831/2016: Indicazioni specifiche ed approfondimenti in materia di sanità;
- Delibera ANAC n.1064 del 13 novembre 2019, adozione del PNA 2019;
- Decreto Legislativo n.33 del 14 marzo 2013: “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicita', trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Decreto Legislativo n. 97/2016: “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicita' e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- Decreto Legislativo n. 39 dell’8 aprile 2013: “Disposizioni in materia di inconferibilita' e incompatibilita' di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190.”;
- Decreto Legislativo n.165 del 30 marzo 2001: “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- D.P.R. n. 62/2013:“Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.”;
- Decreto Legislativo n.150 del 27 ottobre 2009: “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttivita' del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.”;
- Legge n.116 del 3 agosto 2009: "Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dalla Assemblea generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, sottoscritta dallo Stato italiano il 9 dicembre 2003 nonché norme di adeguamento interno e modifiche al Codice Penale e al Codice di Procedura Penale”;
- Codice Penale: artt. 318-323 e artt. 328 e 346-bis**.**

3. OBIETTIVI DEL P.T.P.C.T.

Il PTPCT è un programma di attività pianificate e concertate, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure esistenti e da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e, infine, dei tempi. Esso pertanto è uno strumento per l'individuazione di misure concrete, da realizzare con certezza e da monitorare sia nella effettiva applicazione, sia nell' efficacia. Si configura come un processo di miglioramento continuo, il cui obiettivo è l'aumento del livello di integrità in tutte le aree aziendali, anche a difesa della sostenibilità, dell'efficienza e della qualità del sistema, i cui strumenti vengono "via via affinati, modificati, o sostituiti in relazione al feed-back ottenuto dalla loro applicazione". Esso assume, inoltre, importante valore programmatico in quanto prevede il diretto coinvolgimento della Direzione aziendale in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione della corruzione mediante la individuazione degli obiettivi contenuti nei documenti di programmazione strategico-gestionale.

L'Organo di governo dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta, con l'adozione del presente PTPCT, si propone di:

- dare attuazione alla Legge n.190/2012 confermando il proprio orientamento, nel contrasto alla corruzione, verso un sistema di prevenzione integrato con gli altri strumenti strategici adottati a livello aziendale (Codice di Comportamento, Modello Organizzativo, Piano della Performance, Sistemi di Gestione della Qualità, Risk Management), valorizzando e migliorando le misure già esistenti per l'attuazione coordinata dei sistemi di controllo interno e degli interventi organizzativi volti a garantire imparzialità e buon andamento dell'amministrazione ai sensi dell'art.97 della Costituzione;
- integrare in modo organico le disposizioni e i contenuti della Delibera ANAC n.831/2016 e della Determinazione ANAC n.12/2015, che si pongono in linea di continuità con il PNA 2019 (Delibera n.1064 del 13/11/2019), nella programmazione 2022-2024, riorientando il PTPCT verso gli aggiornamenti introdotti ed il modello di pianificazione proposto, migliorandone così l'impianto complessivo e l'efficacia;
- integrare le previsioni del D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n.97/2016, e le collegate delibere ANAC di attuazione n. 1309/2016 e 1310/2016, che implementano il PTPCT 2022-2024, con le nuove norme in materia di trasparenza, con riguardo alle circolari del Dipartimento delle Funzione Pubblica n.2/2017 e n.1/2019 (Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (FOIA);
- armonizzare le misure con le disposizioni contenute nella legge 9 gennaio 2019, n.3, "Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione, nonché in materia di prescrizione del reato e in materia di trasparenza dei partiti e movimenti politici" (C.D. Spazza Corrotti);
- dare una risposta sistemica ad un fenomeno che pregiudica la fiducia nei confronti delle istituzioni e la legittimazione dell'amministrazione stessa, finalizzata alla realizzazione di una gestione amministrativa aperta e al servizio del cittadino.

Per la piena attuazione della Legge n.190/2012, nella stesura del PTPCT, è stata posta l'attenzione sui seguenti punti:

a) la chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità del personale;
b) l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
c) lo sviluppo e il monitoraggio di meccanismi di supporto, attuazione e controllo delle decisioni per rafforzare la cultura dell'integrità e, nelle aree a maggior rischio, l'effettuazione di percorsi formativi secondo un approccio che sia al contempo normativo e valoriale, in modo da accrescere le competenze e rinforzare il senso etico;
d) la creazione di uno stretto collegamento tra comportamento etico e attività lavorativa;
e) il coinvolgimento dei dirigenti e di tutto il personale addetto alle aree a più elevato rischio nell'attività di analisi e valutazione, di proposta e definizione delle misure di monitoraggio del Piano;
f) la definizione degli obblighi di informazione nei confronti del RPCT;
g) il monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
h) il monitoraggio dei rapporti tra amministrazione e soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere;
i) l'adozione delle misure in materia di trasparenza come disciplinate dal D.Lgs. n.33/2013 recante il "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e integrate nel PTPCT in apposita "Sezione".

Al fine di dare attuazione all'indirizzo, le misure contenute nel presente aggiornamento sono state individuate, di concerto con i Direttori delle Strutture e con il Controllo di Gestione, sulla base di una revisione finalizzata a produrre una nuova mappatura nell'ambito delle aree a più elevato rischio, suscettibile di assicurare una migliore e più mirata individuazione delle misure, come emerge dalle schede tecniche e viene descritto nei relativi capitoli del Piano, e di aumentare la capacità di individuare casi di corruzione o di illegalità nell'Amministrazione, mediante il periodico monitoraggio dell'utilizzo degli strumenti e delle misure di contrasto.

Tale obiettivo ha condotto alla puntuale predisposizione di tempistica, responsabilità e indicatori per monitorare l'applicazione delle misure, nonché alla previsione, per alcune aree di rischio, quali quelle afferenti alle Unità Operative Provveditorato, Tecnico, Risorse Umane, Affari Generali, Dipartimenti di Prevenzione e di Prevenzione Veterinaria dell'adozione di specifici regolamenti.

4. LA DIREZIONE GENERALE

Le misure di prevenzione hanno un contenuto organizzativo. Con esse vengono adottati interventi che toccano l'amministrazione nel suo complesso, ovvero singoli settori o singoli processi/procedimenti tesi a ridurre le condizioni operative che favoriscono la corruzione nel senso ampio prima indicato. Per tal motivo il Commissario Straordinario, quale Organo amministrativo di vertice, dispone di rilevanti competenze nel processo di individuazione delle misure di prevenzione della corruzione:

a) nomina il Responsabile della prevenzione della corruzione (art. 1, c. 7, L. n.190/2012) e dispone, con il medesimo atto, che tutti i Dirigenti Responsabili di UU.OO.CC. assicurino allo stesso la necessaria collaborazione;

b) definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione;

c) riceve in bozza il PTPCT, predisposto dal RPCT, per una prima valutazione delle misure in esso contenute a cui partecipa lo stesso RPCT al fine di illustrarne adeguatamente i contenuti e le implicazioni attuative;

d) adotta il PTPCT e i suoi aggiornamenti;

e) adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;

f) introduce modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività;

g) riceve la relazione annuale del RPCT; chiama quest'ultimo a riferire sull'attività e riceve dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza; h) è responsabile, unitamente al RPCT, della mancata adozione del PTPCT e/o dell'assenza di elementi minimi dello stesso (A.N.AC. sull'art. 19, c. 5, lett. b) del d.l. 90/2014).

Il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza viene adottato dal Direttore Generale, su proposta del R.P.C.T., entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il P.T.P.C.T. ha valenza triennale ma è previsto un aggiornamento annuale, secondo un meccanismo a scorrimento, prendendo a riferimento il triennio successivo.

L'adozione del P.T.P.C.T. ed i suoi aggiornamenti sono adeguatamente pubblicizzati dall'Azienda sul sito internet ed intranet, nonché mediante comunicazione ai Direttori di struttura perché ne diano divulgazione ai propri collaboratori.

5. RESPONSABILE PER LA P.C.T.

Il RPCT dell'ASP, individuato, ai sensi dell'art 1 comma 7 della Legge 190/2012 e conformemente alla Circolare della funzione pubblica n.1 del 2013 è la dott.ssa Carmela Murè.

Il suo nominativo è stato comunicato all'ANAC utilizzando il modulo pubblicato sul sito istituzionale dell'Autorità. Il RPCT svolge le funzioni in condizioni di indipendenza e di garanzia e il relativo incarico, non di natura fiduciaria, ha durata non correlata a quella del contratto del Direttore Generale. Il RPCT predispone la bozza del PTPCT e la trasmette al Direttore Generale per una prima valutazione sui contenuti e le conseguenti implicazioni attuative.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, condiviso con il Direttore Generale, deve essere adottato entro il 31 gennaio di ogni anno e pubblicato sul sito internet dell'Azienda (a), nella sezione "Amministrazione trasparente" sotto sezioni "Disposizioni Generali" –Triennale della Prevenzione Corruzione e Trasparenza" e "Altri contenuti" - "prevenzione corruzione", tempestivamente e comunque non oltre un mese dall'adozione.

Per il RPCT, così come disciplinato dalla Legge n.190/2012 e come indicato in particolar modo nella Delibera ANAC n.840 del 02/10/2018 e dell'Allegato 1 al PNA 2019), inoltre, sono previsti ruolo e funzioni nel modo che segue:

Compiti e Funzioni

art 1, co. 8, l. 190/2012 - il RPCT predispone – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – il PTPCT e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione.

art 1, co. 7, l. 190/2012 - il RPCT segnala all'organo di indirizzo e all'OIV le "disfunzioni" (così recita la norma) inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

art. 1, co. 9, lett. c), l. 190/2012 - il PTPCT prevede «obblighi di informazione nei confronti del RPCT chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano», con particolare riguardo alle attività ivi individuate.

art 1, co. 10, l. 190/2012 - il RPCT verifica l'efficace attuazione del PTPCT e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. La richiamata disposizione assegna al RPCT anche il compito di verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione.

art. 1, co. 14, l. 190/2012 - il RPCT redige la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPCT.

art. 43, D.Lgs. 33/2013 – sono assegnate al RPCT, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, attribuendo a tale soggetto "un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione".

art. 5, co. 7, D.Lgs. 33/2013 – è attribuito al RPCT il compito di occuparsi dei casi di riesame dell'accesso civico: "Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni".

art. 5, co. 10, D.Lgs. 33/2013 - nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina di cui all'art. 43, co. 5 del D.Lgs. 33/2013.

art. 15, co. 3, d.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 - il RPCT cura la diffusione della conoscenza dei Codici di Comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione ad ANAC dei risultati del monitoraggio. Supporto conoscitivo ed informativo al RPCT

art. 1, co. 9, lett. c), l. 190/2012 - con particolare riguardo ai contenuti del PTPC, sono previsti obblighi di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, con particolare riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPC e alle misure di contrasto del rischio di corruzione.

art. 16, co. 1-ter, D.Lgs. n. 165 del 2001 - i dirigenti degli uffici dirigenziali generali sono tenuti a "fornire le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione".

art. 8, d.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 - i dipendenti dell'amministrazione sono tenuti a "rispettare le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione e a prestare collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione". Rapporti con l'organo di indirizzo

art. 1, co. 8, l. 190/2012 - "l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del PTPC". Tali poteri di indirizzo sono strettamente connessi con

quelli che la legge attribuisce al RPCT per la predisposizione del PTPCT nonché per la verifica sulla sua attuazione e idoneità con conseguente potere di proporre modifiche dello stesso Piano.

art. 1, co. 14, l. 190/2012 – è stabilito l'obbligo per il RPCT di riferire all'Organo di indirizzo politico sull'attività, con la relazione annuale sopra citata, da pubblicare anche nel sito web dell'amministrazione. Nei casi in cui l'organo di indirizzo lo richieda, il RPCT è tenuto a riferire sull'attività svolta.

L'art. 1, co. 7, l. 190/2012 stabilisce l'obbligo da parte del RPCT di segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione.

La medesima disposizione, al fine di garantire che il RPCT abbia poteri all'interno di tutta la struttura tali da poter svolgere con effettività i propri compiti, stabilisce che "l'organo di indirizzo dispone le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività". Rapporti con l'Autorità Nazionale Anticorruzione

art. 43, D.Lgs. 33/2013 - al RPCT spetta il "controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione".

art 15, D.Lgs. 39/2013 - analogamente, il RPCT segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni del richiamato decreto, tra gli altri anche all'Autorità nazionale anticorruzione.

La medesima norma, al co. 3, prevede l'intervento di ANAC sui provvedimenti di revoca del RPCT qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal Responsabile in materia di prevenzione della corruzione. La richiamata disposizione si inserisce in un sistema più ampio di tutela e garanzia del RPCT messo in atto dal legislatore che prevede l'intervento di ANAC su misure discriminatorie anche diverse dalla revoca, perpetuate nei confronti del RPCT per motivi collegati, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni (art. 1, co. 7, l. 190/2012). L'Autorità ha ritenuto opportuno disciplinare il proprio intervento sia con riferimento alla revoca, sia con riferimento alle altre misure discriminatorie nei confronti del RPCT con "Regolamento sull'esercizio del potere dell'Autorità di richiedere il riesame dei provvedimenti di revoca o di misure discriminatorie adottati nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione" adottato dal Consiglio dell'Autorità in data 18 luglio 2018.

art. 15, co. 3, d.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 - il RPCT comunica ad ANAC i risultati del monitoraggio annuale dell'attuazione dei Codici di comportamento.

art. 45, co. 2, D.Lgs. 33/2013 - ANAC controlla l'operato dei responsabili per la trasparenza a cui può chiedere il rendiconto sui risultati del controllo svolto all'interno delle amministrazioni. Le garanzie della posizione di indipendenza del RPCT

Stante il difficile compito assegnato al RPCT, il legislatore ha elaborato un sistema di garanzia a tutela di tale soggetto (cui si è accennato sopra), al fine di evitare ritorsioni nei confronti dello stesso per l'esercizio delle sue funzioni (art. 1, co. 7 e co. 82, l. n. 190/2012, art. 15, co. 3, D.Lgs. 39/2013). In tema di inconferibilità e incompatibilità di incarichi

Ai sensi dall'art. 15, D.Lgs. n. 39/2013 al RPCT è affidato il compito di vigilare sul rispetto delle disposizioni sulle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al medesimo decreto legislativo, con capacità proprie di intervento, anche sanzionatorio e di segnalare le violazioni ad ANAC. A tale proposito è utile ricordare che l'Autorità con le "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione", adottate con Delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016, ha precisato che spetta al RPCT "avviare il procedimento sanzionatorio, ai fini dell'accertamento delle responsabilità soggettive e dell'applicazione della misura interdittiva prevista dall'art. 18 (per le sole inconferibilità). Il procedimento avviato dal RPCT è un distinto e autonomo procedimento, che si svolge nel rispetto del contraddittorio e che è volto ad accertare la sussistenza dell'elemento psicologico del dolo o della colpa, anche lieve, in capo all'organo conferente. All'esito del suo accertamento il RPCT irroga, se del caso, la sanzione inibitoria di cui all'art. 18 del D.Lgs. n. 39/2013. Per effetto di tale sanzione, l'organo che ha conferito l'incarico non potrà, per i successivi tre mesi, procedere al conferimento di incarichi di propria competenza." In tema di responsabilità del RPCT

A fronte dei compiti attribuiti, la l. 190/2012 prevede (artt. 12 e 14) anche consistenti responsabilità in capo al RPCT. In particolare, l'art. 12 stabilisce che "In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il RPCT risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 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 di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano". L'art. 14 stabilisce altresì che "In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il responsabile […] risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, […] nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano. La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare". Inoltre, non spetta al RPCT l'accertamento di responsabilità (e quindi la fondatezza dei fatti oggetto di segnalazione), qualunque natura esse abbiano. Al riguardo, il RPCT è tenuto a fare riferimento agli organi preposti appositamente sia all'interno dell'amministrazione che all'esterno, valorizzando così un modello di poteri del RPCT strettamente connessi, e non sovrapponibili, con quello di altri soggetti che hanno

specifici poteri e responsabilità sul buon andamento dell'attività amministrativa nonché sull'accertamento di responsabilità. Ciò è garantito dal rapporto di collaborazione stabile tra il RPCT e organi di controllo dell'Azienda nel rispetto delle rispettive competenze. Il RPCT non può svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione, né esprimersi sulla regolarità tecnica o contabile di tali atti, a pena di sconfinare nella competenza dei soggetti a ciò preposti all'interno dell'Azienda ovvero della magistratura. L'integrazione funzionale dei poteri del RPCT, in particolare con quelli di uffici/organi interni di controllo dell'Azienda garantirà la collaborazione costante e costruttiva di questi ultimi con il RPCT anche mediante l'informazione sugli esiti delle attività svolte. Con provvedimento n.59159 del 25/06/2018, e successiva modifica prot. n.99624 dell'11/09/2019, è stato costituito, presso il RPCT, un gruppo di lavoro dedicato alle "segnalazioni" (con particolare riferimento a quelle del c.d. whistleblower) e ciò al fine di consentire la ottimale gestione delle stesse mediante un iter procedurale definito e comunicato all'esterno con termini certi per l'avvio e la conclusione dell'istruttoria, nell'ambito della competenza delineata da ANAC con la Delibera n.840 del 02/10/2018. Riguardo alle cause ostative allo svolgimento e al mantenimento dell'incarico di RPCT, tra esse vi sono le condanne in primo grado di cui al decreto legislativo 31 dicembre 2012, n.235, art. 7, co. 1, lett. da a) ad f), nonché quelle per i reati contro la pubblica amministrazione e, in particolare, quelli richiamati dal D.Lgs. n.39/2013 che fanno riferimento al Titolo II, Capo I «Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la Pubblica amministrazione». Per quanto precede, il RPCT deve dare tempestiva comunicazione all'Azienda di aver subìto eventuali condanne di primo grado, almeno tra quelle relative alle disposizioni sopra richiamate. L'Azienda, ove venga a conoscenza di tali condanne da parte del RPCT interessato o anche da terzi, è tenuta alla revoca dell'incarico. I provvedimenti di revoca devono essere tempestivamente comunicati all'ANAC secondo quanto previsto dalla normativa vigente e chiarito nell'Aggiornamento al PNA 2018, nonché come disciplinato nel recente Regolamento approvato con delibera ANAC n.657 del 18 luglio 2018 ["Regolamento sull'esercizio del potere dell'Autorità di richiedere il riesame dei provvedimenti di revoca o di misure discriminatorie adottati nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione

6. I DIRIGENTI E I RESPONSABILI DELLE UNITA' ORGANIZZATIVE

in considerazione dell'elevato numero di strutture presenti nell'organizzazione dell'A.S.P. di Caltanissetta, onde poter assicurare una puntuale ed esatta osservazione della Legge n.190/2012,i Direttori delle UU.OO.CC. sono stati individuati Responsabili, nell'ambito della U.O. di competenza, dell'attuazione del presente Piano 2025/2027;

In particolare, essi concorrono a:

• individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, assicurando, al contempo, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile, chiamato a vigilare sull'osservanza e funzionamento del Piano;

• collaborare con il Responsabile P.C.T. e il Direttore Generale per definire misure concrete e sostenibili da un punto di vista organizzativo entro tempi chiaramente definiti;

• individuare e programmare le misure da adottare in termini di precisi obiettivi da raggiungere, da parte di ciascuno degli uffici coinvolti, anche ai fini della responsabilità dirigenziale;

• partecipare a tutte le fasi di predisposizione e di attuazione del Piano promuovendo così la piena condivisione degli obiettivi e la più ampia responsabilizzazione di tutti i dipendenti;

• prevedere meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei aprevenire il rischio di corruzione;

• monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per laconclusione dei procedimenti;

• monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere;

• acquisire le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del personale sottoposto;

• individuare eventuali specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

I Direttori delle Strutture Complesse dall'ASP di Caltanissetta, concorrono, altresì, con ilResponsabile P.C.T:

• alla verifica dell'efficace attuazione del Piano e della sua idoneità, proponendone la modifica nel caso si accertino significative violazioni delle prescrizioni ovvero nel caso in cui intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;

• alla verifica dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici a più elevato rischio di corruzione;

• ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione che opera nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;

In caso di ripetute violazioni del Piano, qualora il Responsabile P.C.T. dimostri di avere effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di avere vigilato sull'osservanza del Piano, i Direttori delle UU.OO.CC. rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzionedella corruzione.

Tutti i dirigenti dell'A.S.P. di Caltanissetta:

• partecipano al processo di gestione del rischio;

• propongono eventuali misure di prevenzione della corruzione;

• assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento da parte dei dipendenti everificano le ipotesi di violazione;

• adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, lasospensione e rotazione del personale, ciascuno per la propria competenza;

• osservano le misure contenute nel presente Piano

Il Responsabile P.C.T. promuoverà, d'intesa con i Responsabili delle UU.OO.CC., ulteriori soluzioni organizzative e procedurali al fine di consentire una maggiore partecipazione a tutte le fasi di predisposizione e di attuazione del Piano.

7. ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) svolge un ruolo di rilievo nelle politiche diprevenzione della corruzione dell'Azienda in quanto deputato alla verifica della coerenza tragli obiettivi di performance organizzativa e individuale e l'attuazione delle misure diprevenzione della corruzione.

L'O.I.V. infatti:

• partecipa al processo di gestione del rischio;

• considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti;

• svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa;

• verifica che il Piano Triennale sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

• riceve la relazione annuale del RPCT, recante i risultati dell'attività svolta da pubblicare nel sito web dell'amministrazione (art. 41, co. 1, lett. I), d.lgs.97/2016).

• coadiuva il Responsabile P.C.T. nell'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento;

• attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal d.lgs. 150/2009.

• esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall'Azienda.

• ha la facoltà di richiedere al Responsabile della Corruzione informazioni e documenti necessari per lo svolgimento dell'attività di controllo di sua competenza (art. 41, co. 1 lett. h), d.lgs. 97/2016);

• riceve dal Responsabile della Corruzione le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione del Piano (art. 1, co. 7, I. 190/2012);

• garantisce all'ANAC , su esplicita richiesta di quest'ultima, tutte le informazioni in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione etrasparenza (art. 1, co. 8-bis, I. 190/2012),

Inoltre, l'OIV, ai sensi dell'art. 44 del D.Lgs. 33/2013, verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance. La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce pertanto obiettivo strategico dell'Ente (art. 10D.Lgsl.n.33/13), che garantisce la massima trasparenza in ogni fase del ciclo di gestione dellaPerformance.

8. RAPPORTI CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il PTPCT realizza la propria mission mediante la progressiva integrazione con gli altri strumenti della programmazione aziendale, in special modo con il ciclo delle Performance, in raccordo con la Direzione Strategica e stimolando la responsabilizzazione dei dirigenti verso standard di attività che, consolidando i livelli già raggiunti, possano elevare la qualità dei processi aziendali.

In tale ottica, l'integrazione già avviata negli anni mediante l'inserimento delle misure nelle schede di budget sarà sostenuta nel 2025, a seguito della revisione già avviata per le aree di rischio, mediante una nuova metodologia di cui si tratterà nelle successive pagine del presente documento

Gli obiettivi strategici della performance aziendale, che vengono trasfusi e declinati in quelli operativi, da contenere anch'essi nel Piano della Performance 2025-2027, rappresentano anche la traduzione di alcune delle misure di trasparenza e di prevenzione dei possibili comportamenti corruttivi, individuate ed elaborate in sede di mappatura dei processi e delle attività delle Unità Operative dell'ASP. Il Piano della Performance, pertanto, è strettamente coordinato con il PTPCT e la valutazione dei dirigenti verrà effettuata tenendo conto degli obiettivi operativi assegnati, anche, sulla base della corretta adozione delle misure individuate nel PTPCT.

Attraverso la realizzazione della predetta integrazione e coordinamento tra Piano delle performance e PTPCT, pertanto, è valorizzata anche l'interazione tra sistemi di controllo di gestione, misurazione della Performance e PTPCT, laddove ciascuna di queste attività si interseca in qualche modo con le altre. I processi mappati all'interno del PTPCT, infatti, costituiscono la base di partenza per il controllo di gestione che sarà costruito, così come avverrà per la misurazione della Performance, anche tenendo conto delle misure adottate per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

In quest'ottica, l'adozione di un PTPCT che preveda il collegamento il più possibile esaustivo con il Piano della Performance è d'ausilio anche per attività di controllo interno e di valutazione della Performance, assumendo la duplice funzione di strumento concreto di presidio alla riduzione del rischio di corruzione e di elemento di efficace supporto.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) svolge un ruolo di rilievo nelle politiche di prevenzione della corruzione dell'Azienda in quanto deputato alla verifica della coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione. L'O.I.V. infatti: - partecipa al processo di gestione del rischio; - considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione

della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti; - svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa; - verifica che il PTPCT sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. - riceve la relazione annuale del RPCT, recante i risultati dell'attività svolta da pubblicare nel sito web dell'amministrazione (art. 41, co. 1, lett. l), D.Lgs. 97/2016). - verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispone e trasmette all'OIV, oltre che al Direttore Generale, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della l. 190/2012. - chiede al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari per lo svolgimento dell'attività di controllo di sua competenza ed effettua audizioni di dipendenti (art. 1, co. 8- bis, l. 190/2012; art. 41, co. 1 lett. h), D.Lgs. 97/2016).

- coadiuva il RPCT nell'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- riceve la segnalazione del RPCT di casi di mancato o ritardato adempimento;
- attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal D.Lgs. 150/2009;
- esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall'Azienda; - riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione dei PTPC (art. 1, co. 7, l. 190/2012);
- garantisce all'ANAC, su esplicita richiesta di quest'ultima, tutte le informazioni in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza (art. 1, co. 8- bis, l. 190/2012).

Inoltre, l'OIV, ai sensi dell'art. 44 del D.Lgs. 33/2013, verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance. La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce pertanto obiettivo strategico dell'Ente (art. 10 D.Lgsl.n.33/13), che garantisce la massima trasparenza in ogni fase del ciclo di gestione della Performance. Di particolare rilievo risulta anche l'attività di attestazione degli OIV dei dati pubblicati. L'ANAC, nell'ambito dell'esercizio dei propri poteri di controllo e vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione e trasparenza, definisce annualmente le modalità per la predisposizione dell'attestazione. Al fine di favorire lo svolgimento efficace delle attività degli OIV, le attestazioni dovranno essere predisposte entro il 30 aprile di ogni anno, scadenza utile anche per la presentazione da parte degli OIV di documenti sulla performance. Saranno oggetto di attestazione sia la pubblicazione del PTPCT, sia l'esistenza di misure organizzative per assicurare il regolare funzionamento dei flussi informativi ai fini della pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente" (Delibera ANAC n.1208/2017 "Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione"). In particolare, nel corso del 2021 è stato effettuato da parte dell'OIV, come previsto dalla Delibera ANAC n.294 del 13/04/2021, recante "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni

analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2021 e attività di vigilanza dell'Autorità" (termini di monitoraggio e pubblicazione della relativa attestazione previsti rispettivamente per il 31/05/2021 e 30/06/2021), il relativo monitoraggio sugli adempimenti inerenti gli obblighi di pubblicazione ivi individuati di cui al D.Lgs. n.33/2013, come modificato dal D.Lgs. n.97/2016, previsti per le pubbliche amministrazioni all'Allegato 2.1. della predetta deliberazione ANAC ed inerenti questa ASP, di seguito indicati:

1) Performance (art. 20)

2) Bilanci (art. 29)

3) Beni immobili e gestione del patrimonio (art. 30)

4) Controlli e rilievi sull'amministrazione (art. 31)

5) Bandi di gara e contratti (art. 37)

6) Interventi straordinari e di emergenza (art. 42)

La relativa attestazione da parte dell'OIV, come risultante dall'Allegato 2.1, pubblicato nella relativa sottosezione della sezione "Amministrazione trasparente", ha fatto rilevare una sostanziale e complessiva valutazione positiva. L'esito di tale attività, risultato nel complesso positivo, ha consentito di intervenire per migliorare la qualità e specificità degli obblighi di pubblicazione oggetto del monitoraggio. Come ribadito nell'Allegato 1 del PNA 2019, gli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) e le strutture con funzioni analoghe, devono: - offrire, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo; - fornire, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi; - favorire l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo. Il RPCT può avvalersi delle strutture di vigilanza ed audit interno, in atto presenti, per: - attuare il sistema di monitoraggio del PTPCT, richiedendo all'organo di indirizzo politico il supporto di queste strutture per realizzare le attività di verifica (audit) sull'attuazione e l'idoneità delle misure di trattamento del rischio; - svolgere l'esame periodico della funzionalità del processo di gestione del rischio. Si ritiene opportuno, a tal fine, che i dipendenti partecipino attivamente al processo di gestione del rischio e, in particolare, alla attuazione delle misure di prevenzione programmate nel PTPCT. Pertanto, tutti i soggetti che dispongono di dati utili e rilevanti (es. Servizio Legale, Controllo di Gestione, Ufficio Attività Ispettive, etc...) hanno l'obbligo di fornirli tempestivamente al RPCT ai fini della corretta attuazione del processo di gestione del rischio. A tal fine, in quanto organizzazione particolarmente complessa come suggerito dall'ANAC, è importante il contributo della rete di referenti per la gestione del rischio corruttivo in presenti in seno al Gruppo Multidisciplinare di supporto al RPCT, per le loro funzioni di interlocutori stabili del RPCT nelle varie unità organizzative e nelle articolazioni periferiche,

supportandolo operativamente in tutte le fasi del processo. In tale contesto, la figura del referente non va intesa come un modo per deresponsabilizzare il dirigente preposto all'unità organizzativa in merito al ruolo e alle sue responsabilità nell'ambito del "Sistema di gestione del rischio corruttivo".

Le attività svolte dalla P.A. per l'attuazione delle misure previste nel PTPCT sono inserite in forma di obiettivi nel PIANO DELLA PERFORMANCE sotto il profilo della:

- *Performance organizzativa*: grazie alla quale sono inserite nei Piani delle performance obiettivi, soggetti a valutazione, correlati all'attuazione dei piani e delle misure di prevenzione della corruzione, misurando l'effettivo grado di attuazione degli stessi, nel rispetto delle fasi e delle tempistiche prefissate;
- *Performance individuale*: grazie alla quale le organizzazioni pubbliche devono attribuire degli obiettivi al RPCT, ai Dirigenti, al personale, in base alle attività che svolgono, per prevenire il rischio corruttivo.

9. L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari dell'A.S.P. di Calatanissetta espleta la sua attività per il personale dipendente delle aree della dirigenza medica e veterinaria, della dirigenza SPTA, del comparto e per gli specialisti ambulatoriali interni veterinari - ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali (biologi - chimici - psicologi). Esso:

• svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;

• provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;

• propone, in collaborazione con il RPCT, la redazione dell'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale.

Inoltre, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fornisce al R.P.C.T. un report quadrimestrale sui procedimenti disciplinari attivati e/o conclusi con l'indicazione delle norme comportamentali violate;

10. DIPENDENTI, PERSONALE CONVENZIONATO E COLLABORATORI

Il coinvolgimento dei dipendenti è assicurato con la partecipazione al processo di gestione del rischio e con l'obbligo di osservare le misure contenute nel Piano P.C.T. (art.1, c.14L. 190/2012).

Il coinvolgimento di tutto il personale in servizio è decisivo per la qualità del PTPCT e delle relative misure, così come un'ampia condivisione dell'obiettivo di fondo della lotta alla corruzione e dei valori che sono alla base del Codice di Comportamento dell'amministrazione.

Tutti i dipendenti dell'Azienda, pertanto:

• partecipano attivamente al processo di autoanalisi organizzativa, di mappatura dei processi e di definizione delle misure di prevenzione;

• osservano le misure contenute nel presente P.T.P.C.T. e nel Codice di Comportamento;

• segnalano le situazioni di illecito al proprio Dirigente o all'U.P.D., e al Responsabile P.C.T, secondo le procedure di tutela previste dal "whistleblowing";

• segnalano casi di personale conflitto di interessi al proprio Dirigente.

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda e trasfuse nel presente Piano devono essere rispettate da tutti i dipendenti, dirigenti e personale del comparto.

La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano (art. 1, comma 14, L. n.190/2012) ed il mancato rispetto del Codice di Comportamento costituiscono illecito disciplinare.

Il personale convenzionato e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda, quali, ad esempio, gli specialisti ambulatoriali interni, i fornitori e gli erogatori di servizi, osservano le misure contenute nel Piano e nel Codice di Comportamento e segnalano le situazioni di illecito.

PARTE I-

11. LA REDAZIONE DEL PIANO

Per la redazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2025/2027 dell'ASP di Caltanissetta e al fine di accertare e misurare i fenomeni di corruzione, reale o solo potenziale, è stata utilizzata la metodologia del "risk management". Il Risk Management è"il processo mediante il quale si identificano e valutano i rischi ai quali è esposta un'organizzazione con l'obiettivo di sviluppare strategie efficaci di contenimento del rischio o dei suoi effetti". Il processo di "risk management è caratterizzato dalle seguenti fasi

La prima fase, denominata "**Analisi del contesto**", prevede l'identificazione degli ambiti di indagine, e precisamente:

a. l'esposizione di settore o uffici al rischio di corruzione (art.1, comma 5, lett. a)

b. l'individuazione delle attività a maggior rischio di corruzione (art. 1, c.9, lett.1)

Si procede, poi, alla **"identificazione degli eventi di rischio**", che prevede la definizione dei driver di valutazione e la valutazione degli eventi di rischio.

L'identificazione della "risposta di rischio" riguarda l'analisi degli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio di corruzione (art., comma 5, lett.a), i diversi strumenti previsti nella norma e la mappatura e attività di controllo/prevenzione in essere valutazione del presidio.

L'attività di controllo riguarda:

- la verifica dell'attuazione efficace del Piano (art.1, comma 10, lett. a);
- l'effettiva rotazione degli incarichi (art. 1, comma 10, lett.b)
- lo stato di applicazione del codice (art. 1, comma 44)

E' necessario attivare processi e strumenti per assicurare che le risposte al rischio siano efficacemente espresse dall'Azienda.

La fase del monitoraggio, aggiornamento e comunicazione si riferisce al processo di identificazione e comunicazione delle informazioni rilevanti per assicurare l'assunzione delle responsabilità da parte dei vari soggetti.

L'attuazione del processo di gestione del rischio nel PTPCT 2025/2027 vedrà coinvolti, assieme al RPCT, anche i dirigenti responsabili delle UU.OO. delle aree a rischio e tutti i soggetti chiamati, a vario titolo, a partecipare e a collaborare attivamente alla predisposizione del P.T.P.C.T, dando vita ad un'intensa attività di confronto, scambio e approfondimento che, nei settori più attenti e interessati porterà alla nascita di una progressiva e seria autovalutazione organizzativa

12. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E INTERNO

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

12.1 CONTESTO ESTERNO

Attraverso l'analisi del contesto esterno si possono ricavare informazioni utili a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione:

- per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera;
- perché variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio possono modificare la percezione di cosa costituisca effettivamente corruzione (cfr.: determinazione A.N.A.C. n. 12 del 28/10/2015.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta (di seguito denominata per brevità ASP) opera su un territorio di 2128 km² coincidente con la provincia di Caltanissetta (ora Libero Consorzio Provinciale di Caltanissetta)

Popolazione assistita: dati ISTAT sulla popolazione residente al 31 Ottobre 20241 sono i seguenti:

Tipo di indicatore demografico	**Popolazione al 31 ottobre 2024**		
Sesso	**maschi**	**femmine**	**totale**
Territorio			
Caltanissetta	118 883	126 347	245 230
Acquaviva Platani	416	427	843
Bompensiere	230	240	470
Butera	2 010	2 083	4 093
Caltanissetta	28 174	29 880	58 054
Campofranco	1 199	1 358	2 557
Delia	1 811	2 049	3 860
Gela	34 308	36 103	70 411
Marianopoli	734	799	1 533
Mazzarino	5 141	5 561	10 702
Milena	1 286	1 339	2 625

Montedoro		643	693	1 336
Mussomeli		4 768	5 067	9 835
Niscemi		12 197	12 491	24 688
Resuttano		831	870	1 701
Riesi		4 916	5 355	10 271
San Cataldo		9 863	10 612	20 475
Santa Caterina Villarmosa		2 149	2 389	4 538
Serradifalco		2 557	2 848	5 405
Sommatino		2 986	3 298	6 284
Sutera		544	598	1 142
Vallelunga Pratameno		1 458	1 579	3 037
Villalba		662	708	1 370

Dati estratti il 09 gen 2025, 11h03 UTC (GMT) da I.Stat

Di seguito la rappresentazione grafica del territorio provinciale di Caltanissetta su cui opera l'Azienda Sanitaria.

Nel suo complesso, il territorio di Caltanissetta può definirsi, comunque, scarsamente sviluppato dal punto di vista economico, a causa di un insieme di congiunture sfavorevoli sotto molteplici aspetti (carenza di infrastrutture, povertà di risorse, illegalità dilagante, scarso interesse della politica, poca oculatezza negli investimenti, ecc.).

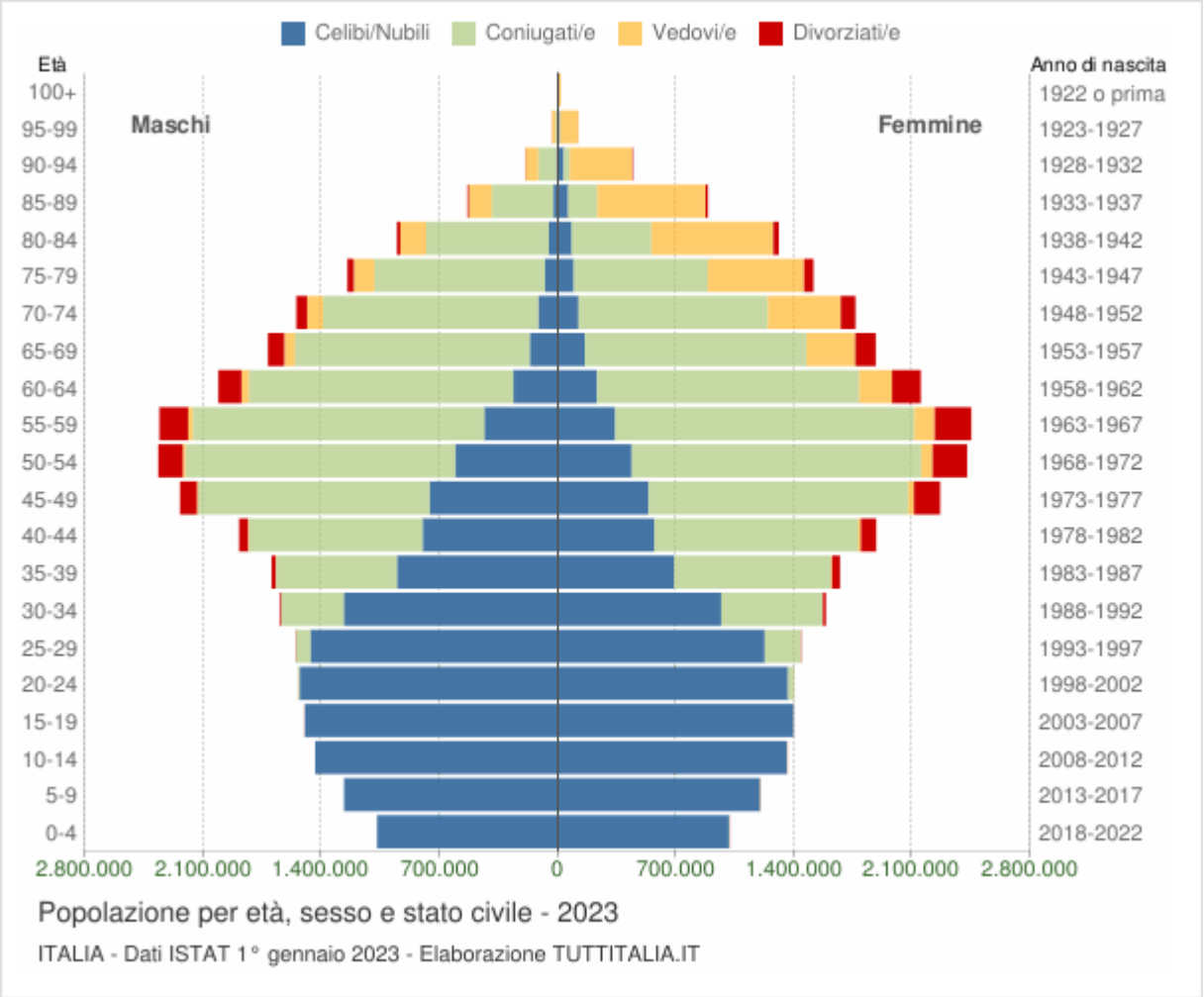
Un altro grave problema che condiziona il sottosviluppo di questa parte d'Italia è la difficoltà a trovare un impiego fisso, specie per le fasce occupazionali più deboli, quali i giovani (il 45,9% è disoccupato) e le donne (sono occupate appena il 24,87% del totale, dato tra i più bassi del Paese). La disoccupazione è una costante atavica della città, in quanto è stata storicamente uno dei principali stimoli all'emigrazione, soprattutto a partire dagli anni '60; tale processo, che si era quasi arrestato sul finire del XX secolo, sta tornando a manifestarsi nuovamente negli ultimi anni.

L'economia del Nisseno si colloca agli ultimi posti in termine di PIL e reddito pro-capite nel territorio regionale.

Il grafico in basso, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente nel libero consorzio di Caltanissetta per età, sesso e stato civile dati tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione.

La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile: celibi e nubili, coniugati, vedovi e divorziati.

Di seguito la tabella:



Anche il territorio del Libero Consorzio Comunale di Caltanissetta, come il resto della Sicilia, è avvinto da un sottobosco di pratiche corruttive che interessano settori nevralgici del mondo pubblico e

privato, con particolare interferenza nei confronti degli enti territoriali, soprattutto locali, chiamati a gestire le politiche economiche, sociali, ambientali e sanitarie relative al territorio.

Le Istituzioni, pertanto, monitorano costantemente i segnali che potrebbero indicare un cambiamento delle strategie da parte dei sodalizi mafiosi per prevenirne le azioni.

Nello specifico, viene rivolta grande attenzione ai comparti economici che non hanno mai interrotto la propria operatività nella fase emergenziale legata alla pandemia, come il settore dell'approvvigionamento di farmaci e di materiale medico - sanitario, le imprese di pulizia, di sanificazione e di smaltimento di rifiuti.

Quello sanitario, è uno tra gli ambiti più esposti e vulnerabili ad un'indebita ingerenza di pratiche corruttive, dalle connotazioni anche tipicamente mafiose, che amplificano le criticità storiche tessuto socio-produttivo siciliano ed ostacolano i processi d'ammodernamento e trasparenza della pubblica amministrazione.

Tali considerazioni, congiuntamente ai dati statistici sull'attività delle forze dell'ordine e della magistratura, rappresentano la parte emersa dei fenomeni corruttivi e vanno valutate come importante indicatore di rischio corruttivo di determinati processi.

Inoltre, nella presente analisi non può essere ignorato l'humus culturale di certi contesti territoriali, i disagi socio-economici, l'esistenza o meno di un forte capitale sociale; tutti fattori che possono dare chiari segnali circa la capacità o meno di una comunità di sviluppare anticorpi e regole etiche in grado di resistere ai fenomeni corruttivi, mediante il potenziamento e la realizzazione di specifiche strutture denominate Case di Comunità (M6C1 – 1.1), Centrali Operative Territoriali (M6C1 – 1.2.2) e Ospedali di Comunità (M6C1 – 1.3), dove erogare i servizi di base e di assistenza intermedia e la C2 “ Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”.

La Regione Sicilia – Assessorato della Salute, nell’ambito della programmazione degli interventi di cui alla Missione 6 - componente 1 del P.N.R.R., con successive note, a far data dal 23/08/2021, ha fornito le necessarie indicazioni per l’individuazione delle strutture da destinare, rispettivamente, a Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità ed in particolare, come da ultima nota prot. n. 11202 del 24/02/2022 ha individuato, per l’ASP di Caltanissetta, i seguenti interventi: n. 9 Case di Comunità, n. 4 Centrali Operative Territoriali e n. 2 Ospedali di Comunità.

In attuazione delle previsioni di cui alla citata nota Assessoriale prot. n.11202 del 24/02/2022, la Direzione Aziendale ha definito il programma di esecuzione degli interventi P.N.R.R. Missione 6 – Componente 1, che prevede la ristrutturazione di strutture esistenti, ovvero la realizzazione di nuovi edifici, tenendo conto degli obiettivi e dei vincoli, delle tempistiche e delle scadenze di cui al cronoprogramma di attuazione del P.N.R.R., come di seguito riepilogato:

Case della Comunità (C.d.C.) – Ospedali di Comunità (O.d.C.) – Centri Operativi Territoriali (C.O.T.)

Distretto	Comune	Proprietà	Numero di C.d.C.
CALTANISSETTA	Caltanissetta – HUB (Via Malta n. 71)	ASP Caltanissetta	1
	Riesi (Salita Ancipa s.n., Contrada Cicione)	ASP Caltanissetta	1
	Serradifalco (Via Turati)	Comune di Serradifalco (fabbricato) – Comodato uso ad ASP	1
	Sommatino (Via Pirrera Fgl 18 part. 268 - 441)	Comune di Sommatino (terreno) - Comodato uso ad ASP	1
GELA	Gela (Via Europa n. 48)	ASP Caltanissetta	1
	Mazzarino (Via Roma n. 1)	ASP Caltanissetta	1
	Niscemi (Edificio B, piazza Martiri di Nassiryia)	ASP Caltanissetta	1
MUSSOMELI	Mussomeli (Via Manzoni n. 31)	ASP Caltanissetta	1
SAN CATALDO	San Cataldo (Via Belvedere n. 1)	ASP Caltanissetta	1
Distretto	**Comune**	**Proprietà**	**Numero di O.d.C.**
SAN CATALDO	San Cataldo (Edificio C, via Forlanini n. 5)	ASP Caltanissetta	1

GELA	Mazzarino (Via Dante n. 94)	ASP Caltanissetta	1
Distretto	**Comune**	**Proprietà**	**Numero di C.O.T.**
CALTANISSETTA	Caltanissetta (Via Malta n. 71)	ASP Caltanissetta	1
SAN CATALDO	San Cataldo (Via Belvedere n. 1)	ASP Caltanissetta	1
MUSSOMELI	Mussomeli (Via A. Manzoni n. 31)	ASP Caltanissetta	1
GELA	Gela (Via Europa n. 48)	ASP Caltanissetta	1

12.2 CONTESTO INTERNO

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta è Azienda del Servizio Sanitario Regionale, costituita con Legge Regionale n. 5 del 14/04/2009.

L'Azienda, operativa dal 1 settembre 2009, ha sede legale a Caltanissetta in Via G. Cusmano 1 ed è dotata di natura giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale. L'ASP di Caltanissetta è il frutto dell'accorpamento di tre aziende sanitarie: l'ASL 2, territoriale, l'Azienda Ospedaliera S. Elia, l'Azienda Ospedaliera Vittorio Emanuele di Gela. Rappresentante Legale dell'Azienda è il Direttore Generale.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda, ai sensi della L.R. n. 5 del 14 Aprile 2009, art. 9, commi 3 e 4, è disciplinata con Atto di diritto privato- Atto aziendale- da adottarsi da parte del Direttore Generale, sulla base degli indirizzi regionali

Gli Organi di vertice dell'ASP di Caltanissetta sono il Direttore Generale, n. q. di Legale Rappresentante dell'Azienda, coadiuvato dai Direttori Amministrativo e Sanitario, il Collegio Sindacale e il Collegio di Direzione.

Relativamente al modello organizzativo dell'Azienda, il riferimento normativo è l'Art. 3. D.lgs. 502/1992 e ss.mm.ii., "Organizzazione delle Unità Sanitarie Locali, comma 1-bis. "… l'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali.

L'atto aziendale, predisposto sulla base della programmazione nazionale e regionale e nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla Regione Siciliana, individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale, soggette a rendicontazione analitica.

Gli atti amministrativi di approvazione del vigente atto aziendale dell'ASP di Caltanissetta sono i seguenti:

1. Deliberazione n. 2416 del 30/12/2019
2. Deliberazione n. 1198 del 14/05/2020 "approvazione Atto Aziendale 2019 ASP di Caltanissetta" D.A. N. 162/2020.
3. Deliberazione n. 2863 del 12/11/2020 concernente l'integrazione dell'Atto Aziendale per la

definizione delle UU.OO. semplici Ospedaliere e Territoriali.

4. Deliberazione n. 330 del 01/02/2022 concernente l'aggiornamento dell'Atto Aziendale di cui alla deliberazione n. 2863 del 12/11/2020.

I Dirigenti, secondo quanto previsto dell'atto aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati.

Modello ordinario di gestione operativa dell'attività dell'Azienda è il Dipartimento, che, ai sensi dell'art.17 bis del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i., è una struttura organizzativa di coordinamento per lo svolgimento di funzioni complesse, costituita da una pluralità di unità operative e moduli organizzativi, raggruppati in base all'omogeneità, affinità o complementarietà del loro sistema di riferimento, che perseguono finalità comuni, tra loro interdipendenti, ma che mantengono la propria autonomia e responsabilità professionale nell'ambito di un unico modello organizzativo e gestionale. Esso assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con la Direzione Strategica e con le altre strutture aziendali.

I Dipartimenti Strutturali, aventi responsabilità gestionale piena e diretta delle risorse e i Dipartimenti Funzionali, ossia organismi dotati di autonomia tecnico-professionale e scientifica che possono essere assegnatari di budget soggetti a rendicontazione non analitica, sono i seguenti:

N° 3 Dipartimenti Strutturali

N° 6 Dipartimenti Funzionali Territoriali

N° 2 Dipartimenti Funzionali Ospedali

L'assistenza ospedaliera è garantita, secondo il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale (D.A. n.46/2015).

Per quanto riguarda **l'Area Ospedaliera** abbiamo una suddivisione delle strutture pubbliche, in "OSPEDALI AREA NORD", che comprendono i PP.OO. riuniti Sant'Elia di Caltanissetta - Maddalena Raimondi di San Cataldo - Maria Immacolata Longo di Mussomeli e "OSPEDALI AREA SUD", che comprendono i PP.OO. Vittorio Emanuele di Gela - Santo Stefano di Mazzarino - Suor Cecilia Basarocco di Niscemi, per un totale di n. 6 presidi ospedalieri.

Accanto alle strutture pubbliche, sul territorio dell'ASP insistono anche le Case di cura private accreditate, in numero di due: una nella zona sud e l'altra nella zona nord rispettivamente la Casa di Cura Santa Barbara SO.GE.SA. di Gela e la Regina Pacis Skema di San Cataldo

Distretti Ospedalieri e Presidi Ospedalieri afferenti

L'ASP di Caltanissetta è articolata in due distretti ospedalieri distinti in Area Nord e Area Sud.

Nell'ambito dei distretti ospedalieri dell'Azienda sono presenti i seguenti Presidi Ospedalieri distinti per area di appartenenza.

Presidi Ospedalieri Riuniti	Tipologia/complessità strutture
Distretto ospedaliero Area Nord	
Sant'Elia di Caltanissetta / M. Raimondi di San Cataldo	HUB Regionale - DEA di II° livello;
M. Immacolata Longo di Mussomeli	Presidio Ospedaliero di zona disagiata
Distretto ospedaliero Area Sud	
Vittorio Emanuele III di Gela, SPOKE Regionale	DEA di I° Livello
Suor Cecilia Basarocco di Niscemi	Presidio Ospedaliero di zona disagiata
Santo Stefano di Mazzarino	Presidio Ospedaliero di zona disagiata

I Distretti Sanitari costituiscono l'articolazione territoriale dell'Azienda al cui livello sono erogate le prestazioni in materia di prevenzione individuale o collettiva, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione

sanitaria della popolazione che, per le loro caratteristiche, devono essere garantite in maniera diffusa ed omogenea sul territorio.

L'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Caltanissetta è articolata territorialmente, ai sensi del Decreto Presidenziale 22 settembre 2009, attuativo dell'art. 12 della Legge Regionale 5/2009, in N. 4 Distretti Sanitari corrispondenti con gli ambiti territoriali dei distretti socio-sanitari della Provincia di Caltanissetta e di seguito individuati:

- *Distretto Sanitario di Caltanissetta* comprendente i Comuni di: Caltanissetta, Delia, Resuttano, Riesi, Santa Caterina Villarmosa, Sommatino.
- *Distretto Sanitario* di Gela comprendente i Comuni di: Butera, Gela, Mazzarino, Niscemi.
- *Distretto Sanitario* di Mussomeli comprendente i Comuni di: Acquaviva Platani, Campofranco, Mussomeli, Sutera, Vallelunga Pratameno, Villalba.
- *Distretto Sanitario di San Cataldo* comprendente i Comuni di: Bompensiere, Marianopoli, Milena, Montedoro, San Cataldo, Serradifalco.

Le Strutture Semplici afferenti ai Distretti, di cui al vigente Atto aziendale (di cui agli Atti deliberativi di approvazione nn. 1422 del 30.09.2019, N. 2401 del 27.12.2019, n. 2416 del 3012 2019 e della delibera di presa d'atto N. 1198 del 14 Maggio 2020 e di cui alla deliberazione n. 2863 del 12 novembre 2020 di definizione delle UU.OO. SS. Ospedaliere e territoriali) sono le seguenti:

- N. 2 UUOOSS Assistenza Sanitaria di Base - Area NORD e Area SUD;
- N. 2 UUOOSS Specialistica Ambulatoriale interna Area NORD e Area SUD;
- N. 2 UUOOSS Specialistica Ambulatoriale esterna Area NORD e Area SUD;
- N. 2 UUOOSS ADI- (U.V.G.- U.V.M.) Area NORD e Area SUD;
- N. 2 UUOOSS Tutela salute Infanzia- Donna Area NORD e Area SUD;

Le Case di Cura Private accreditate sono due: una nella zona sud e l'altra nella zona Nord.

Le due Case di Cura accreditate sono:

Codice	Tipo Istituto Denominazione	Denominazione	Indirizzo	Cap	Comune	Prov
190505	Casa di Cura Privata accreditata	Casa Di Cura Regina Pacis Skema Iniziative Sanitarie s.r.l	Via Lanza Di Scalea 3/5	93017	San Cataldo	CL

190506	Casa di Cura Privata accreditata	Casa di Cura Santa Barbara SO.GE.SA. S.p.A	Via Minerbio 3	93012	Gela	CL

13. ASSETTO ORGANIZZATIVO

Come già precedentemente indicato, l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati dal Documento relativo all'Atto Aziendale- atto di diritto privato, redatto sulla base della programmazione nazionale e regionale e nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla Regione Sicilia e delle linee guida approvate con Decreto Assessore della Salute n. 736 dell'11/03/2010, integrate/modificare dal D.A. n. 1360 del 03/08/2015 e dal D.A. n. 1675 del 31 Luglio 2019.

L'Organizzazione dell'ASP è composta da numerose strutture: Unità Operative complesse e Unità Operative Semplici.

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

La definizione dell'assetto organizzativo, previsto nell'atto aziendale e, in particolare, la determinazione del numero di strutture complesse, è stato rapportato alle complessive esigenze dei processi di programmazione, budget e controllo dell'Azienda. In tale rideterminazione si è tenuto conto dei parametri di cui al documento dei LEA del 26 marzo 2012, nonché degli standard individuati nel DM n. 70 del 02 Aprile 2015.

Per quanto riguarda il processo di ridefinizione delle Unità Operative complesse e semplici, in ambito ospedaliero, nello specifico, lo stesso si è svolto tenendo conto, da un lato, delle previsioni, in termini di numero e di tempistica, di cui al D.A. 46/15 e, dall'altro, della necessità di mantenere, comunque, i livelli assistenziali in precedenza garantiti dalle UU.OO. Complesse e Semplici non più previste.

Per quanto riguarda le UU.OO. Semplici ospedaliere, all'interno del nuovo Atto aziendale, sono state inserite soltanto quelle previste dal D.A. 46/15, nonché quelle previste da specifiche norme, riservandosi, l'Azienda, di procedere alla ridefinizione complessiva delle stesse, nel rispetto del documento dei LEA del 26 marzo 2012, secondo l'iter procedurale-sindacale- previsto.

Anche per quanto riguarda il processo di ridefinizione delle Unità Operative complesse e semplici, in ambito territoriale, si è tenuto conto dei parametri di cui al documento dei LEA del 26 marzo 2012.

Nella determinazione delle UU.OO.CC. Territoriali, non si sono computate quelle dell'Area dirigenziale Amministrativa e Professionale.

Per quanto riguarda le UU.OO. Semplici, afferenti all'Area di Staff e all'area territoriale all'interno del nuovo Atto aziendale, sono state inserite soltanto quelle previste dalle linee guida assessoriali e da specifiche normative, riservandosi, l'Azienda, di procedere alla ridefinizione complessiva delle stesse, nel rispetto del documento dei LEA del 26 marzo 2012, secondo l'iter procedurale-sindacale- previsto.

Ogni Unità Operativa Complessa e Semplice, a valenza aziendale e dipartimentale, coincide con un Centro di Responsabilità e può corrispondere ad uno o più Centri di Costo.

L'Azienda riconosce la distinzione fra funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, assegnate al Direttore Generale, e funzioni di gestione tecnica, economica e amministrativa assegnate ai dirigenti.

Ad essi è riconosciuta autonomia gestionale, tecnica e amministrativa, collegata alla responsabilizzazione sui risultati raggiunti, valutati in relazione alle risorse impiegate.

A tal fine l'Azienda sviluppa sistemi di reporting che consentono una adeguata oggettivazione e visibilità delle informazioni a valenza tecnica e gestionale necessari per la costante valutazione degli scostamenti rispetto al raggiungimento degli obiettivi.

I dirigenti, secondo quanto previsto dell'atto aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati.

Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

14. DOTAZIONE ORGANICA

Le dotazioni organiche costituiscono strumenti di programmazione ed organizzazione e, pertanto, sono soggette, a loro volta, ad un progressivo adattamento alle mutevoli esigenze organizzative e assistenziali, fermo restando che devono comunque prevedere il fabbisogno necessario a soddisfare le esigenze assistenziali inerenti la mission aziendale, in correlazione alle strutture esistenti.

L'Azienda, con atto deliberativo n. 329 del 31/01/2022, modificato con deliberazione n. 971 del 06/04/2022, ha preso atto del Decreto Assessoriale n. 1507/2021 del 31/12/2021, di approvazione della Dotazione Organica e del Piano Triennale del Fabbisogno dell'ASP di Caltanissetta, triennio 2021-2023.

I documenti approvati relativi alla dotazione organica ed alla programmazione del fabbisogno di personale sono stati redatti in linea con le previsioni introdotte dal D.Lgs. n.75/2017, di modifica ed integrazione al D.Lgs n.165/2001, che ha sostituito l'art. 6 del testo unico sull'impiego.

In relazione a quanto sopra, con successivo atto deliberativo n. 528 del 12.06.2024, l'Azienda ha proceduto ad un riallineamento di alcuni profili Professionali- Area Comparto- rispetto a quanto contenuto nella delibera n. 329/2022.

Nel dettaglio, i profili professionali adeguati sono stati i seguenti:

- Ausiliario specializzato (profilo in esaurimento)
- Operatore Socio Sanitario
- Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza (OTA) -profilo in esaurimento
- Operatore Tecnico

Il riallineamento delle sopraindicate figure professionali, ha tenuto conto delle cessazioni per quiescenza nell'anno 2024, il cui costo rientra nei limiti di spesa per i profili di che trattasi,

Con atto deliberativo n. 576 del 08-10-2024, si è proceduto alla Modifica qualitativa della dotazione organica di cui deliberazione n. 329/2022 Area dirigenza medica – relativa a n.3 posti di dirigente medico di

Neuroradiologia, con contestuale soppressione di n.2 posti di Dirigente Medico di Medicina d'Urgenza e n.1 posto di Dirigente Medico di Anestesia e Rianimazione.

Con deliberazione n. 655 del 24.10.2024 è stato approvato il Piano Triennale di Riduzione della Spesa per il Personale a Tempo Determinato- Anni 2024- 2026.

La riduzione della Spesa per il Personale a Tempo Determinato rientra tra gli Obiettivi assegnati al Direttore Generale, in sede di firma di Contratto (01.07.2024), secondo lo schema contenuto nella delibera di Giunta

n. 197 del 17.06.2024, lettera A.2., che testualmente recita: *"Osservanza delle politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa, con particolare riguardo a: "programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato nel rispetto dell'art.9 comma 28 D.L. n. 78/2010, conv. in L. n. 122/2010, secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso…".*

Nello specifico, il costo del personale a Tempo Determinato, come emerge dalla Tabella D1.2 dell'anno 2024, I semestre, secondo i criteri dettati dalla citata norma di finanza pubblica, L. 122/2010, cioè con esclusione dei costi coperti da "finanziamenti specifici aggiuntivi o da fondi UE", ammonta ad € 9.330.000,00 (18.660.000,00 annui) e il tetto consentito è di € 6.156.000,00;

Alla data del 31.12.2023, la spesa del personale a Tempo Determinato era di € 18.724.000,00.

Il percorso da seguire per la riduzione del personale a Tempo Determinato è stato analiticamente indicato all'interno dell'apposita relazione, allegata al sopracitato atto deliberativo n 655 del 24.10.2024 e riepilogato nelle allegate Tabelle A e B) ed è il seguente:

1. Le ulteriori stabilizzazioni previste dalla Legge "Madia" e dalla Legge 234 del 30.12.2021;
2. Lo scorrimento di graduatorie valide;
3. Le assunzioni tramite procedure di mobilità e concorso;

Nella tabella "A" sono stati indicati i numeri del Personale che si prevede di reclutare e/o stabilizzare nel corso degli anni di riferimento.

Nella Tabella "B" è stato indicato l'importo dei costi per il Personale a t.d. che si prevede di sostenere nel triennio di riferimento, alla luce dei reclutamenti a t.i. e delle stabilizzazioni indicati nella tabella A, che tiene conto anche delle dimissioni già notificate dal Personale medico, tecnico e sanitario.

lo Schema di Programma di riduzione della spesa del personale a Tempo Determinato anni 2024-2026 (All. A e B) tenuto conto che le ripartizioni dei risparmi tra Comparto e Dirigenza all'interno delle due macroaree può cambiare, prevedendo comunque il tetto di spesa da raggiungere e salvo blocchi assunzionali imposti dalla legge o dalla Regione.

PARTE II

15. MAPPATURA DEI PROCESSI

La "Mappatura dei processi" consiste nell'individuazione e analisi dei processi organizzativi. Questa attività è iniziata per il presente PTPCT, esaminata gradualmente nel corso del 2024 e ulteriormente implementata per le rimanenti aree di rischio.

Tale mappatura è integrata con i sistemi di gestione già presenti nell'ASP, come il Controllo di Gestione, il sistema di auditing (sia quello gestito dall'Internal Auditor con attività condivise, sia quello gestito autonomamente dal RPCT), nonché il sistema di gestione della qualità e il sistema di gestione della performance. Questo avviene secondo il principio dell'integrazione, al fine di generare sinergie di tipo organizzativo e gestionale.

A tal fine, si definisce "Processo" una sequenza di attività interrelate e interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato a un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente). Si tratta, pertanto, di un concetto organizzativo.

Più flessibile, in quanto il livello di dettaglio dell'oggetto di analisi (e, quindi, l'analiticità della mappatura) è frutto della scelta di questa Azienda, secondo dello scopo, delle risorse e delle competenze di cui essa dispone;

- Più gestibile, in quanto consente la riduzione della numerosità degli oggetti di analisi mediante l'aggregazione di più procedimenti in un unico processo, lasciando a questa ASP la possibilità di condurre un'analisi di maggiore dettaglio a seconda delle sostenibilità organizzativa;
- Più completo, in quanto i processi mappati abbracciano tutta l'attività svolta da questa ASP anche se non tutta l'attività amministrativa è procedimentalizzata; -

Più concreto, in quanto viene descritto "chi", "come" e "quando" viene effettivamente svolta l'attività.

La mappatura dei processi si articola nelle seguenti fasi:

15.1 IDENTIFICAZIONE: Costituisce il primo passo per la realizzazione del corretto svolgimento della mappatura dei processi. Consiste nello stabilire l'unità di analisi, cioè il "processo" e nell'identificazione dell'elenco completo dei processi svolti dall'amministrazione che, nelle fasi successive, vengono accuratamente esaminati e descritti.

15.2 DESCRIZIONE: Dopo l'identificazione dei processi si è proceduto alla comprensione delle modalità di svolgimento attraverso la loro descrizione (seconda fase). Ai fini dell'attività di prevenzione della corruzione, tale attività di descrizione del processo costituisce una fase particolarmente rilevante, in quanto consente di identificare più agevolmente le criticità dei processi esaminati in funzione delle loro modalità di svolgimento, allo scopo di introdurre gli opportuni correttivi. Il risultato di questa fase costituisce, pertanto, una descrizione dettagliata dei processi. Come indicato nell'allegato 1 al PNA 2019 è utile rammentare che il risultato atteso può essere raggiunto in maniera progressiva nei diversi cicli annuali di gestione del rischio corruttivo, in considerazione delle risorse e delle competenze effettivamente disponibili. La gradualità di approfondimento può riguardare: a. gli elementi funzionali alla descrizione dei processi (illustrati nel prospetto riportato di seguito);. gli ambiti di attività (aree di rischio) da destinare all'approfondimento.

15.3 RAPPRESENTAZIONE: L'ultima fase della mappatura dei processi, la terza fase, riguarda la rappresentazione degli elementi descrittivi del processo illustrati nella fase precedente, quella della "descrizione". Seguendo le indicazioni riportate nell'Allegato 1 del PNA 2019, si è preferito avviare nuovo sistema di mappatura procedendo mediante la rappresentazione dei processi sotto forma tabellare, risultando quest'ultima la forma più semplice e immediata, tralasciando, per il momento l'ulteriore modalità ivi indicata, cioè quella mediante l'utilizzo di diagrammi di flusso. Si precisa che, per lo scopo di tale modalità di rappresentazione, gli elementi dei processi da includere possono essere più o meno numerosi a seconda del livello di analiticità con cui è stata svolta la fase di descrizione. In una logica di semplificazione, come raccomandato dall'ANAC, sono stati inclusi solo gli elementi strettamente funzionali allo svolgimento delle fasi successive del processo di gestione del rischio (valutazione e trattamento)

16. MODALITÀ DI REALIZZAZIONE DELLA MAPPATURA DEI PROCESSI

Fermo restando che la mappatura dei processi costituisce un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio, si è proceduto in modo da conseguire una compiuta analisi dei processi al fine di identificare i punti più vulnerabili e, di conseguenza, i rischi di corruzione che si generano attraverso le attività svolte dall'amministrazione, in particolare:

16.1 VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Come indicato nell'Allegato 1 del PNA 2019, la valutazione del rischio costituisce la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio). La valutazione del rischio si articola in tre fasi, come riportato nel seguente prospetto: l'identificazione degli eventi, l'analisi del rischio e la ponderazione del rischio.

a) Identificazione degli eventi rischiosi

Come indicato nel PNA 2019, l'identificazione del rischio o, come meglio specificato, degli eventi rischiosi, ha come obiettivo l'individuazione di quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, mediante cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

Questa è la fase critica della macro-fase, poiché un evento rischioso che non viene identificato non può essere gestito; pertanto, la mancata individuazione potrebbe compromettere l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione. Tale fase include tutti gli eventi rischiosi, anche quelli che solo ipoteticamente potrebbero verificarsi. Anche in questa fase è di fondamentale importanza il coinvolgimento delle strutture organizzative, poiché i responsabili degli uffici, avendo una conoscenza approfondita delle attività svolte dall'amministrazione (processi/attività/azioni), possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi. In ogni caso, il RPCT, nell'esercizio del suo ruolo, deve mantenere un atteggiamento attivo, attento a individuare eventi rischiosi che non sono stati rilevati dai responsabili degli uffici e a integrare, se necessario, il registro dei rischi. Anche gli altri attori del sistema di gestione del rischio contribuiscono attivamente; ne consegue che una adeguata gestione del rischio è responsabilità dell'intera amministrazione e non unicamente del RPCT.

Ai fini di una corretta identificazione dei rischi è necessario definire, preliminarmente, l'oggetto di analisi, ossia l'unità di riferimento rispetto al quale individuare gli eventi rischiosi. Tenendo conto della dimensione organizzativa dell'amministrazione, delle conoscenze e delle risorse disponibili, l'oggetto di analisi può essere definito con livelli di analiticità e, dunque, di qualità progressivamente crescenti. Pertanto, l'Oggetto di analisi può essere, infatti, l'intero processo o le singole attività di cui si compone il processo.

Come raccomandato nel PNA 2019, si ritiene che il livello minimo di analisi per l'identificazione dei rischi debba essere rappresentato dal processo; in tal caso, i processi rappresentativi dell'intera attività dell'Azienda non sono ulteriormente scomposti in attività. Per ogni processo rilevato nella mappatura vengono identificati gli eventi rischiosi che possono manifestarsi. Se l'unità di analisi prescelta è il processo,

gli eventi rischiosi non sono necessariamente collegati a singole attività del processo. Tenuto conto del notevole lavoro svolto in merito, è comunque intenzione del RPCT procedere gradualmente mediante iniziative ed azioni volte a migliorare ulteriormente il dettaglio dell'analisi.

b) Analisi del Rischio

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione. Il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.Quanto sopra, tenuto conto dell'elenco prodotto per il precedente PTPCT, aggiornato (modificato e/o integrato) per il presente Piano, sulla scorta delle indicazioni fatte pervenire dai Responsabili delle struttura aziendali all'uopo interpellate nel processo di revisione della mappatura dei processi. Analisi dei fattori abilitanti L'analisi è essenziale al fine di comprendere i fattori abilitanti degli eventi corruttivi, ossia i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione..

L'analisi di questi fattori consente di individuare le misure specifiche di trattamento più

efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi. I fattori abilitanti possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro. Anche in questa risulta indispensabile il coinvolgimento della struttura organizzativa. Il RPCT supporta i responsabili degli uffici nell'individuazione di tali fattori, facilitando l'analisi ed integrando lo stesso in caso di valutazioni non complete. Tale metodologia, la cui implementazione è iniziata col precedente PTPCT, è stata completata nel presente PTPCT con l'introduzione di tali fattori abilitanti in ciascuna scheda delle misure di prevenzione della corruzione elaborate per tutte le strutture aziendali interessate dalla revisione della mappatura.

Ai fini dell'analisi del livello di esposizione al rischio è necessario:

a) scegliere l'approccio valutativo,

b) individuare i criteri di valutazione,

c) rilevare i dati e le informazioni,

d) formulare un giudizio sintetico, adeguatamente motivato.

A. Scelta dell'approccio valutativo

Come precisato dall'ANAC, il metodo utilizzabile per stimare l'esposizione delle organizzazioni ai rischi può essere qualitativo, quantitativo o misto. Col metodo qualitativo l'esposizione al rischio è stimata in base a motivate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, su specifici criteri. Tali valutazioni, supportate anche da dati, non prevedono o non dovrebbero prevedere la loro rappresentazione finale in termini numerici.

Diversamente, col metodo di tipo quantitativo si utilizzano analisi statistiche o matematiche per quantificare l'esposizione dell'organizzazione al rischio in termini numerici. Come meglio descritto nelle pagine seguenti, questa ASP già da tempo utilizza un approccio di tipo qualitativo, basato su sistema di gestione del rischio di prevenzione della corruzione riferita alla norma internazionale ISO 31000, mediante un approccio di rischio. Questa ASP ha proceduto mediante la metodologia qualitativa indicata nell'Allegato 1 del PNA 2019, ulteriormente implementata per il presente PTPCT, come precisato nelle precedenti pagine e nel seguente punto b).

B) Individuazione dei criteri di valutazione

Coerentemente all'approccio qualitativo suggerito dall'ANAC, questa ASP ha ritenuto di dover procedere mediante l'implementazione di criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi tradotti operativamente in indicatori di rischio (key risk indicators), in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue

attività componenti. Per stimare l'esposizione al rischio relativamente all'Area di rischio 13, si è proceduto alla definizione, in via preliminare, degli indicatori del livello di esposizione del processo / fase /attività al rischio di corruzione in un dato arco temporale. Tenuto conto anche della dimensione organizzativa dell'Azienda, delle conoscenze e delle risorse disponibili, si è ritenuto opportuno utilizzare, per la predetta Area di rischio, gli indicatori di stima del livello di rischio riportati nell'Allegato 1 al PNA 2019, comunque accettati, ampliabili o modificabili nel corso degli anni, come riportati nel seguente prospetto, fermo restando che è intenzione di questa ASP procedere alla eventuale individuazione di ulteriori indicatori di rischio, anche grazie alle attività di collaborazione tra amministrazioni operanti nello stesso territorio/settore pubblico. Certamente rilevante saranno le determinazioni raggiunte in tal senso in seno al Coordinamento dei RPC del SSR, nelle cui riunioni è stata condivisa la implementazione del nuovo sistema di gestione del rischio di prevenzione della corruzione

La probabilità consente di valutare quanto è probabile che l'evento accada in futuro, mentre l'impatto valuta il suo effetto qualora lo stesso si verifichi, ovvero l'ammontare del danno conseguente al verificarsi di un determinato evento rischioso.

Per ciascuno dei due indicatori (probabilità e impatto), sopra definiti, si è quindi proceduto ad individuare un set di variabili significative caratterizzate da un nesso di causalità tra l'evento rischioso e il relativo accadimento.

Con riferimento all'indicatore di probabilità sono state individuate nove variabili ciascuna delle quali può assumere un valore Alto, Medio, Basso, in accordo con la corrispondente descrizione.

INDICATORE DI PROBABILITA’			
N.	Variabile	Livello	Descrizione
1	Discrezionalità: focalizza il grado di discrezionalità nelle attività svolte o negli atti prodotti; esprime l’entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite e della necessità di dare risposta immediata all’emergenza	Alto	Ampia discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all’emergenza.
		Medio	Apprezzabile discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all’emergenza.
		Basso	Modesta discrezionalità sia in termini di definizione degli obiettivi sia in termini di soluzioni organizzative da adottare ed assenza di situazioni di emergenza.
2	Coerenza operativa: coerenza fra le prassi operative sviluppate dalle unità	Alto	Il processo è regolato da diverse norme sia di livello nazionale si di livello regionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte sia del legislatore nazionale sia di quello regionale, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operative.
		Medio	Il processo è regolato da diverse norme che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte del legislatore, le

	organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso		pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operative.
		Basso	La normativa che regola il processo è puntuale, non subisce interventi di riforma, modifica e/o integrazione ripetuti da parte del legislatore, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono uniformi.
			Il processo è svolto da un'unica unità operative.
3	Rilevanza degli interessi "esterni" quantificati in termini di entità del beneficio economico e non, ottenibile dai soggetti destinatari del processo	Alto	Il processo dà luogo a consistenti benefici economici o di altra natura per i destinatari.
		Medio	Il processo dà luogo a modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari.
		Basso	Il processo dà luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari con impatto scarso o irrilevante
	Livello di opacità del processo, misurato attraverso solleciti scritti da parte del R.P.C.T.	Alto	Il processo è stato oggetto nell'ultimo anno di solleciti da parte del R.P.C.T. per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", e/o rilievi da parte dell'O.I.V. in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza.
			Il processo è stato oggetto negli ultimi tre anni di

4	per la pubblicazione dei dati, le richieste di accesso civico “semplice” e/o “generalizzato”, gli eventuali rilievi da parte dell’O.I.V. in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza	Medio	solleciti da parte del R.P.C.T. per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico “semplice” e/o “generalizzato”, e/o rilievi da parte dell’OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza.
		Basso	Il processo non è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del R.P.C.T. per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico “semplice” e/o “generalizzato”, nei rilievi da parte dell’OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza.
5	Presenza di “eventi sentinella” per il processo, ovvero procedimenti avviati dall’autorità giudiziaria o contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell’Azienda o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame	Alto	Un procedimento avviato dall’autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, concluso con una sanzione indipendentemente dalla conclusione dello stesso, nell’ultimo anno.
		Medio	Un procedimento avviato dall’autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, indipendentemente dalla conclusione dello stesso, negli ultimi tre anni.
			Nessun procedimento avviato dall’autorità giudiziaria o contabile o amministrativa nei confronti dell’Ente e nessun procedimento

		Basso	disciplinare nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame, negli ultimi tre anni.
6	Livello di attuazione delle misure di prevenzione sia generali sia specifiche previste dal P.T.P.C. T per il processo/attività, desunte dai monitoraggi effettuati dai responsabili	Alto	Il responsabile non ha effettuato o ha effettuato il monitoraggio con consistente ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato e trasmettendo in ritardo le integrazioni richieste.
		Medio	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente o con lieve ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato ma trasmettendo nei termini le integrazioni richieste.
		Basso	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente, dimostrando in maniera esaustiva attraverso documenti e informazioni circostanziate l'attuazione delle misure.
7	Segnalazioni, reclami pervenuti con riferimento al processo in oggetto, intese come qualsiasi informazione pervenuta a mezzo email, telefono, ovvero reclami o risultati di indagini di customer satisfaction, avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione, scarsa qualità del servizio	Alto	Segnalazioni in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni.
		Medio	Segnalazioni in ordine a casi di cattiva gestione e scarsa qualità del servizio, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni.
		Basso	Nessuna segnalazione e/o reclamo.

8	Presenza di gravi rilievi a seguito dei controlli interni di regolarità amministrativa	Alto	Presenza di gravi rilievi tali da richiedere annullamento in autotutela o revoca dei provvedimenti interessati.
		Medio	Presenza di rilievi tali da richiedere l'integrazione dei provvedimenti adottati.
		Basso	Nessun rilievo o rilievi di natura formale negli ultimi tre anni.
9	Capacità dell'Azienda di far fronte alle proprie carenze organizzative nei ruoli di responsabilità (Dirigenti, PO) attraverso l'acquisizione delle corrispondenti figure apicali anziché l'affidamento di interim se non derivante da fattori esterni (es. blocco assunzioni)	Alto	Utilizzo frequente dell'interim per lunghi periodi di tempo, ritardato o mancato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti.
		Medio	Utilizzo dell'interim per lunghi periodi di tempo, ritardato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti.
		Basso	Nessun interim o utilizzo della fattispecie per il periodo strettamente necessario alla selezione del personale per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti.

Con riferimento all'indicatore di impatto, sono state individuate quattro variabili ciascuna delle quali può assumere un valore Alto, Medio, Basso, in accordo con la corrispondente descrizione.

INDICATORE DI IMPATTO			
N.	Variabile	Livello	Descrizione
	Impatto sull'immagine dell'Azienda misurato attraverso il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal	Alto	Un articolo e/o servizio negli ultimi tre anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione.

1	numero di servizi radio- televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione	Medio	Un articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione.
		Basso	Nessun articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione.
2	Impatto in termini di contenzioso, inteso come i costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento del contenzioso dall'Azienda	Alto	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici conteziosi che impegnerebbero l'Azienda in maniera consistente sia dal punto di vista economico sia organizzativo.
		Medio	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici conteziosi che impegnerebbero l'Azienda sia dal punto di vista economico sia organizzativo.
		Basso	Il contenzioso generato a seguito del verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi è di poco conto o nullo.
3	Impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio, inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Azienda	Alto	Interruzione del servizio totale o parziale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'Azienda.
		Medio	Limitata funzionalità del servizio cui far fronte attraverso altri dipendenti dell'Azienda o risorse esterne.

		Basso	Nessuno o scarso impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio.
4	Danno generato a seguito di irregolarità riscontrate da organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit) o autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziaria, Autorità Amministrativa)	Alto	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Azienda molto rilevanti.
		Medio	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Azienda sostenibili.
		Basso	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Azienda trascurabili o nulli.

Dopo aver attribuito i valori alle singole variabili degli indicatori di impatto e probabilità, seguendo gli schemi proposti dalle precedenti tabelle e aver proceduto alla elaborazione del loro valore sintetico di ciascun indicatore, come specificato in precedenza, si procede all'identificazione del livello di rischio di ciascun processo, attraverso la combinazione logica dei due fattori, secondo i criteri indicati nella tabella seguente.

Combinazioni valutazioni PROBABILITA' - IMPATTO		LIVELLO DI RISCHIO
PROBABILITA'	IMPATTO	
alto	alto	Rischio alto
alto	medio	
medio	alto	Rischio medio/alto
alto	basso	
medio	medio	

basso	Alto	Rischio medio
medio	basso	
basso	medio	Rischio medio/basso
basso	basso	Rischio basso

Riguardo a tale metodologia di ponderazione dei rischi di corruzione, rispetto alle due variabili di ponderazione, PROBABILITA' e IMPATTO, nella colonna "Giudizio sintetico", in ciascuna scheda delle misure di prevenzione della corruzione, come precisato alle UU.OO. di volta in volta interessate nella revisione della mappatura del presente Piano, per ciascuna variabile viene indicato, nella colonna "Giudizio sintetico", il giudizio più alto risultante tra le valutazioni espresse per ogni singola voce di entrambe.

C) Rilevazione dei dati e delle informazioni

La rilevazione dei dati e delle informazioni necessarie a esprimere un giudizio motivato sui criteri di cui al precedente punto b) deve essere coordinata dal RPCT e devono rilevate da soggetti con specifiche competenze o adeguatamente formati, oppure, come previsto dall'ANAC, mediante forme di autovalutazione da parte dei responsabili delle unità organizzative coinvolte nello svolgimento del processo (c.d. self assessment). In ogni caso, per le valutazioni espresse è necessario esplicitare sempre la motivazione del giudizio espresso e fornire delle evidenze a supporto. Le valutazioni devono essere sempre supportate da dati oggettivi, salvo documentata indisponibilità degli stessi. Tali dati, (per es. i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari, segnalazioni, ecc.) consentono certamente una valutazione meno autoreferenziale e una stima più accurata, rendendo pertanto più solida la motivazione del giudizio espresso

Nel caso di utilizzo di forme di autovalutazione (Monitoraggio di 1° livello), il RPCT è tenuto a vagliare le valutazioni dei responsabili (Monitoraggio di 2° livello) per analizzarne la ragionevolezza ed evitare che una sottostima del rischio porti a non attuare azioni di mitigazione. Nei casi dubbi, deve essere utilizzato il criterio generale di prudenza, già precedentemente esposto.

Tale attività di rilevazione viene adeguatamente programmata individuando, nel Cronoprogramma del PTPCT, tempi e responsabilità. Inoltre, laddove possibile, è intenzione di avvalersi di strumenti e soluzioni informatiche, oltre a quelle già utilizzate, idonee a facilitare la rilevazione, l'elaborazione e la trasmissione dei dati e delle informazioni necessarie.

17. PONDERAZIONE DEL RISCHIO

L'obiettivo della ponderazione (pesatura) del rischio è quello di «agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione» (secondo UNI ISO 31000:2010 Gestione del rischio – Principi e linee guida). La fase di ponderazione del rischio, prendendo come riferimento le risultanze della

precedente fase, ha lo scopo di stabilire:

1. le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;
2. le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il

contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

Per quanto riguarda le azioni da intraprendere, una volta compiuta la valutazione del rischio, vengono valutate le diverse opzioni per ridurre l'esposizione dei processi/attività alla corruzione. La ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre ad ulteriore trattamento il rischio, ma di limitarsi a mantenere attive le misure già esistenti. Un concetto fondamentale in base, già preso in considerazione dei precedenti PTPCT da questa ASP, a cui stabilire se attuare nuove azioni è quello di "rischio residuo", cioè del rischio che persiste una volta che le misure di prevenzione generali e specifiche siano state correttamente attuate. Nell'analizzare tale rischio residuo, si considera preliminarmente la possibilità che il fatto corruttivo venga commesso in assenza di misure di prevenzione; successivamente, si analizzano le misure generali e specifiche che sono state già adottate da questa amministrazione, valutandone l'idoneità e l'effettiva applicazione. Pertanto, nella valutazione del rischio è necessario tener conto delle misure già implementate per poi concentrarsi sul rischio residuo. È opportuno evidenziare e precisare che il "rischio residuo" non potrà comunque mai essere del tutto azzerato in quanto, anche in presenza di misure di prevenzione, la possibilità che si verifichino fenomeni corruttivi attraverso accordi collusivi tra due o più soggetti che aggirino le misure stesse può sempre manifestarsi. Pertanto, l'attuazione delle azioni di prevenzione deve avere come obiettivo la riduzione del rischio residuo ad un livello quanto più

prossimo allo zero. Nel definire le azioni da intraprendere questa tiene conto, prima di tutto, delle misure già attuate e valutare come migliorare quelli già esistenti, anche per evitare di appesantire

l'attività amministrava con l'inserimento di nuovi controlli. In altri termini, nell'ipotesi in cui le misure introdotte non risultino sufficienti a ridurre in modo significativo il rischio corruttivo, si procede ad una valutazione su come ridisegnare e irrobustire le misure di prevenzione già esistenti prima di introdurne di nuove. Quest'ultime, se necessarie, andranno attuate sempre nel rispetto del principio di sostenibilità economica ed organizzativa e degli altri principi indicati nel paragrafo seguente. Infine, nel caso sia possibile ricorrere all'adozione di più azioni volte a mitigare un evento rischioso, vengono privilegiate quelle che riducono maggiormente il rischio residuo, sempre garantendo il rispetto del principio di sostenibilità economica ed organizzativa delle stesse.

In tale contesto, i processi/procedimenti sono stati mappati in relazione alle cosiddette "aree di rischio" generali e specifiche di cui al PNA 2019, come già riportate nel presente Piano, superando, pertanto la precedente impostazione di cui al PNA del 2013, tenuto conto dell'indicazione normativa relativa ai procedimenti elencati nell'art. 1 co. 16 della l. 190/2012 (aree di rischio ricorrenti):

1) Area acquisizione progressione del personale;

2) Area affidamento di lavori, servizi e forniture;

3) Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;

4) Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario**;**

5) Area Vigilanza e sanzioni pecuniarie (specifica per il Sistema Sanitario Nazionale)

18. AREE DI RISCHIO GENERALI

- Contratti pubblici (sostituisce “Affidamento di lavori, servizi e forniture”)

- Incarichi e nomine

- Gestione entrate, spese e patrimonio

- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni (sostituisce la quinta delle aree precedenti).

AREE DI RISCHIO SPECIFICHE - SANITÀ

a. Acquisti in ambito sanitario

b. Nomine dirigenza medica e sanitaria

c. Rapporti con soggetti erogatori

d. Rapporti contrattuali con privati accreditati;

e. Attività libero professionali e liste d’attesa

f. Gestione patrimonio immobiliare –Comodati d’uso/valutazione in prova

g. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazione;

h. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Ad ogni area di rischio è dedicato uno spazio descrittivo, frutto del livello di analisi concretamente sviluppato con le unità operative interessate, e quindi rappresentativo anche dei diversi approcci tecnico-culturali e valoriali all’autoanalisi organizzativa.

Area: “acquisizione e progressione del personale”		
Unità Operativa	Attività a rischio	Livello di rischio
Direzione Strategica- Personale di Staff- u.o. Gestione Risorse Umane.	Reclutamento di personale, nelle forme non concorsuali, con le relative progressioni di carriera.	Medio/Alto (9,50). Margine di discrezionalità, soprattutto per alcuni profili, seppure in presenza di procedure su base normativa e contrattuale.

Direzione Strategica- Personale di Staff - Gestione Risorse Umane.	Incarichi di collaborazione.	Medio (6,50) Presenza di criteri individuati in ogni singolo bando. Da implementare con procedure interne di carattere generale.
Area: "Affidamento di lavori, servizi e forniture"		
Unità Operativa	Attività a rischio	Livello di rischio
Direzione Strategica- Personale di Staff- u.o. Provveditorato.	Gestione Gare e stipula Contratti di appalto	Medio (6.50). Presenza di vincoli normativi. Da implementare le norme procedurali (PAC) e le relative verifiche di attuazione.
Direzione Strategica- Personale di Staff - u.o. Provveditorato.	Gestione procedure gare consorziate, con ruolo di adesione ad altre aziende	Medio (8.0) Il processo, con le relative procedure, è più ampio di quello aziendale e, pertanto, non direttamente controllabile.
Direzione Strategica- Personale di Staff - u.o. Provveditorato.	Gestione procedure gare consorziate, con ruolo di capofila tra Aziende Sanitarie Regionali	Medio (7.5) Il processo, con le relative procedure, è controllabile, ma necessita di implementazione delle fasi di controllo delle procedure.
Direzione Strategica- Personale di Staff- u.o. Provveditorato.	Gestione di procedure aperte sopra soglia per forniture di beni e servizi, sanitari e non, ai sensi del D.lgs. n. 50/2016.	Medio (7.5) Presenza di vincoli procedurali che, comunque richiedono un'implementazione e la messa in atto delle relative verifiche di attuazione.
Direzione Strategica- Personale di Staff - Provveditorato- Ufficio Tecnico.	Gestione affidamento Appalto Lavori e servizi	Medio (6.80) presenza Vincoli normativi e procedurali, che, comunque, richiedono un'implementazione e la messa in atto delle relative verifiche di attuazione.

Direzione Strategica- Personale di Staff - Provveditorato- Ufficio Tecnico.	Stipula di Contratti di lavori o servizi	Medio (7,50) Presenza Vincoli normativi e procedurali che, comunque, richiedono un'implementazione e la messa in atto delle relative verifiche di attuazione
Affari Generali e/o UU.OO che si occupano di convenzioni	Stipula di Convenzioni	Medio (7) presenza di vincoli normativi che comunque richiedono la messa in atto delle relative verifiche di attuazione.

Area: "Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari, privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario"		
Unità Operativa	A t t i v i t à a r i s c hi o	Livello di rischio
Di partimento di Prevenzione Medico: U.O. SPRESAL	Verifiche su requisiti ambienti di Lavoro	Medio (7.50) Presenza di procedure su base normativa e contrattuale. Implementare le verifiche.
Dipartimento di Prevenzione Medico: U.O. SPRESAL	Verifica su Piani bonifica amianto	Medio (7.50) Presenza di specifici vincoli normativi, ma sono da implementare le verifiche.
Di partimento di Prevenzione Medico: U.O. SPRESAL	Pareri e verifiche 81/2008 e ss.mm.ii.	Medio (7.0) Presenza di specifici vincoli normativi.
U.O. Screening e UU. 00. correlate	Gestione screening tumorali	Medio (6.50) Presenza di vincoli normativi e Linee Guida nazionali. Da implementare i monitoraggi.

Dipart imento Farmaco: UU.OO. (repani) e Farmacia Ospedaliera	Prescrizione e Distribuzione diretla farmaci alla dimissione (primo ciclo	Medio (8.50). Presenza di vincoli normativi. Da implementare le procedure interne e le verifiche.
Dipartimento Farmaco: Farmacia Territoriale	Distribuzione diretta farmaci-classe A, classe H, classe C per le malattie rare	Medio (7.50). Presenza di vincoli normativi e prontuario farmaceutico. Da implementare le procedure interne e le verifiche.
CUP- UU.OO. ospedaliere e territoriali. Direz. Mediche di presidio	Gestione prenotazioni prestazioni e liste di attesa	Medio (9.00). Presenza di sistema di prenotazione centralizzato (CUP) informatizzato. Da implementare sistema e procedure all'interno delle singole UU.OO.
U.O. Protezione e prevenzione	Gestione Piani di prevenzione e protezione luoghi di lavoro aziendali.	Medio (8.75). Presenza di vincoli normativi e procedure

Area: "Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari, con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario"		
Unità Operativa	**Attività a rischio**	**Livello di rischio**
Dipartimento di Prevenzione Medico: UU.OO. SIAN- SIAV	Pareri per il rilascio di autorizzazioni locali UU.OO. SIAN- SIAV	**Basso (4.50).** Presenza di vincoli normativi, procedure interne, modulistica specifica e apposito software per la vigilanza e il reativo monitoraggio delle Ditte.
Dipartimento di Prevenzione Medico: SIAV	Pareri per il rilascio di autorizzazioni attività di parrucchieri/estetisti	**Basso (4.50).** Presenza di vincoli normativi, procedure interne e modulistica specifica. Contemporanea presenza di personale afferente a più aree (sia dirigenziale che di tecnico della prevenzione).
Dipartimento di Prevenzione Medico: UU.OO. SIAN- SIAV	Vigilanza locali per verifica persistenza requisiti	**Medio (7.00).** Presenza di vincoli normativi, procedure interne e modulistica verbali e sanzioni. Qualche margine di discrezionalità superabile con introduzione anche di rotazione di personale di vigilanza per area territoriale.
Dipartimento di Prevenzione Medico: U.O. Accreditamento	pareri per accreditamento reg.le strutture sanitarie	**Medio (9.00).** Presenza di vincoli normativi, procedure. Il processo risulta lungo e complesso in quanto riguarda più uffici della stessa azienda, altri uffici e l'Assessorato e, pertanto, non facilmente controllabile lungo tutto il suo percorso.
Direzione Strategica e Dipartimento di Prevenzione Medico: SIAV	Rilascio autorizzazioni Direttore Generale per strutture sanitarie	**Medio (8.50).** Presenza di vincoli normativi, procedure interne e modulistica specifica. Da implementare monitoraggio e verifiche interne.
Dipartimento di Prevenzione Medico: SIAV	Pareri e verifiche per concessioni edilizie	**Medio (6.50).** Presenza di vincoli normativi, procedure interne e modulistica specifica. Il processo risulta complesso in quanto è correlato a pareri rilasciati anche da altri uffici di altri Enti, ma risulta controllabile, in quanto l'emissione di ogni parere risulta subordinato all'acquisizione di quello precedente, secondo un iter ben codificato.
Dipartimento di Prevenzione Medico: SIAN	Pareri su tabelle dietetiche/ ristorazioni collettive	**Basso (3,50)** Presenza di specifici vincoli procedurali (Linee-Guida), oltrechè modulistica specifica.
Dipartimento di Prevenzione Medico: SIAN	Sequestro alimenti e sanzione amministrativa.	**Medio (6.50).** Il processo risulta complesso in quanto è correlato a pareri rilasciati anche da altri uffici di altri Enti.
Dipartimento di Prevenzione Veterinario: area SIAOA	Pareri per il rilascio autorizzazione locali e registrazione/riconoscimento stabilimenti CE	**medio (8.50).** Presenza di vincoli normativi, procedure interne e modulistica specifica. Rimane, comunque, un medio margine di discrezionalità sulla valutazione di alcuni aspetti.
Dipartimento di Prevenzione Veterinario	Sequestro allevamenti infetti e disposizione abbattimento animali.	**Medio (6.50).** Il processo risulta complesso in quanto è correlato a pareri rilasciati anche da altri uffici di altri Enti. Ed altresì il processo richiede più fasi di intervento.
Commissioni Invalidi Civili	Valutazione ed esito di pratiche per invalidità civile e accompagnamento.	**Medio (8.5).** Presenza di vincoli normativi, procedure. Il processo risulta lungo e complesso in quanto si compone di più fasi e richiede la presenza di documentazione rilasciata da altri uffici pubblici e/o Professionisti, in forma individuale o collegiale. Rimane, comunque, un buon margine di discrezionalità sulla valutazione di alcuni aspetti.
Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS)	Gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile degli enti del SSR.	**Medio (9.50).** Il processo risulta complesso in quanto è correlato a pareri rilasciati anche da altri uffici pubblici di altri Enti. Ed altresì il processo richiede l'acquisizione di documentazione anche in più fasi di intervento. Rimane, comunque, un buon margine di discrezionalità sulla valutazione di alcuni aspetti. Da implementare le attività di monitoraggio e verifica.
Direzione Strategica- U.O Sorveglianza Sanitaria.	Visite Medico competente con limitazioni e/o modifiche del profilo professionale del Dipendente.	**Medio (8.00).** Presenza di vincoli normativi, procedure. Il processo risulta lungo e complesso in quanto si compone di più fasi e richiede la presenza di documentazione rilasciata da altri uffici pubblici e/o Professionisti, in forma individuale o collegiale. Da implementare le attività di monitoraggio e verifica.
Direzione Strategica- U.O. Legale	Nomina Legale per vari contenziosi	**Medio (7.50).** Presenza di vincoli normativi, criteri e procedure interne. Da implementare le attività di monitoraggio e verifica.
Dipartimento del Farmaco-Commissione Farmacie	Verifiche/pareri riconoscimento titolarità/eredità Farmacie private	**Basso (4.50).** Presenza di vincoli normativi e procedurali e di specifici criteri e requisiti,

		chiaramente codificati. Da implementare le attività di monitoraggio e verifica.
Dipartimento del Farmaco-Commissione Farmacie	Verifiche/pareri locali per (aperture/trasferimenti) farmacie private/parafarmacie e depositi farmaci.	**Medio (6.00).** Presenza di vincoli normativi, procedure interne e modulistica verbali e sanzioni. Qualche margine di discrezionalità superabile con introduzione anche di rotazione di personale di vigilanza per area territoriale. Da implementare le attività di monitoraggio e verifica.
Dipartimento del Farmaco	Verifiche farmacie private- parafarmacie – depositi farmaci e adempimenti relative agli illeciti amministrativi (L.689/81).	**Medio (6.00).** Presenza di vincoli normativi, procedure interne e modulistica verbali e sanzioni. Qualche margine di discrezionalità superabile con introduzione anche di rotazione di personale di vigilanza per area territoriale
U.O. SEF/Patrimonio	Vendita Immobili disponibili con attivazione procedura ad evidenza pubblica o trattativa privata.	**Medio (6.50).** Presenza di vincoli normativi, procedure interne e modulistica specifica. Da implementare le procedure interne e le verifiche.
U.O. SEF/Patrimonio	Emissione/riscossione ordinativi di pagamento.	**Medio (6.50).** Presenza di vincoli normativi, procedure interne e modulistica specifica. Da implementare le procedure interne e le verifiche.
UU.OO. con attività di ALPI	Prenotazione visite e riscossione pagamenti.	**Medio (8.00).** Presenza di vincoli normativi, Regolamento aziendale, Organismi Paritetici di verifica e appositi Uffici. Importante misura di prevenzione è la presenza di prenotazione centralizzata informatizzata e di procedure interne e specifica modulistica. Ma rimangono da implementare le attività di monitoraggio e verifica.

Aree potenzialmente a rischio

Unità Operativa	Attività a rischio	Livello di rischio
Direzione Strategica-personale di Staff- Distretti, Dipartimenti, UU.OO. che propongono l'atto.	Atti autorizzativi ed Atti concessori promananti direttamente sia da Strutture amministrative che sanitarie.	**Medio** (7.50). Presenza di vincoli normativi. Da implementare le norme procedurali (PAC) e le relative verifiche di attuazione.
Direzione Strategica- personale di Staff- UU.OO. Patrimonio, Provveditorato, Uff. Tecnico	Attività di autorizzazione o di concessione relative all'eventuale utilizzo di beni mobili ed immobili di proprietà aziendale	**Medio** (8). Implementare le attività di monitoraggio e verifica.
Direzione Strategica- personale di Staff- U.O. Economato, Provveditorato	Attività nelle quali vi è la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti di cui al D.Lvo 163/03	**Medio** (7.50). Il processo, con le relative procedure, va implementato.
Direzione Strategica- personale di Staff- U.O. Gestione Risorse Umane	Procedure concorsuali, di mobilità e prove selettive per l'assunzione del personale e riconoscimenti progressioni economiche, sia previste contrattualmente, correlate all'anzianità di servizio, che non.	**Medio** (4,50) Presenza di vincoli procedurali (PAC), che vanno implementate, insieme alle relative verifiche di attuazione.
Direzione Strategica- personale di Staff- Dipartimenti- Distretti Sanitari, Direzioni Mediche di Presidio, UU.OO. ospedaliere e territoriali.	mobilità di personale, dalla propria postazione lavorativa, con assegnazione presso altre UU.OO. o sedi, effettuata con semplice Disposizione di servizio, al di fuori di un processo di rotazione o di una formale procedura, normativamente e/o	**Alto** (11.50). sono assenti le specifiche procedure di attuazione e degli atti consequenziali. Grande margine di discrezionalità. Risulta necessario ricondurre le azioni alle norme generali e contrattuali vigenti, con un percorso procedurale chiaro e trasparente. Da implementare, altresì, le attività di monitoraggio e verifica.
Dipartimento, Responsabili strutture sanitarie territoriali centrali e periferiche. Direttori UU.OO.CC. e UU.OO.Semplici (Ospedaliere e territoriali), a		

Le risultanze di queste fasi sono contenute nelle singole schede di valutazione del rischio di corruzione (ALLEGATO 1 – Schede tecniche), così come le misure emerse nella fase di trattamento del rischio.

Quest'ultima fase ha consentito di individuare e introdurre i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla scorta delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Le misure individuate, sempre a seguito del confronto con i responsabili delle UU.OO. interessate ed i componenti il gruppo multidisciplinare, sono state scadenzate in base alle priorità rilevate, tenuto conto sia delle risorse, soprattutto umane, a disposizione, che della loro sostenibilità, anche per le successive fasi di controllo e di monitoraggio delle stesse. Sulla scorta del lavoro realizzato nei PTPCT precedenti, è stata posta particolare attenzione alle misure "trasversali" già individuate sulla base dell'indicizzazione del PNA.

È stata, altresì, effettuata la necessaria distinzione tra "misure generali" e "misure trasversali" da un lato, che incidono complessivamente sul sistema della prevenzione della corruzione su tutta l'amministrazione, e "misure specifiche", le quali invece si caratterizzano per il fatto di incidere su specifiche criticità individuate nella fase di analisi del rischio, avuto riguardo, comunque, alla congruità delle misure stesse rispetto all'obiettivo di prevenire il rischio di corruzione. Secondo le direttive ANAC per l'identificazione della concreta misura di trattamento del rischio si è tenuto conto dei tre requisiti indicati: efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio, sostenibilità economica e organizzativa delle misure, adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione, con riferimento a tempistica, responsabilità e indicatori.

19. TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Il trattamento del rischio costituisce la fase relativa alla individuazione dei correttivi e delle modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. In tale fase, l'ASP di Messina non si limita a proporre misure astratte o generali, ma progetta l'attuazione di misure specifiche e puntuali con la previsione di scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili. La fase di individuazione delle misure viene quindi impostata prendendo in considerazione, nel contempo, anche la sostenibilità della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, al fine di evitare la pianificazione di misure astratte e non attuabili.

L'individuazione e la progettazione delle misure per la prevenzione della corruzione, pertanto, viene realizzata tenendo conto di alcuni aspetti fondamentali. Innanzitutto la distinzione tra misure generali e misure specifiche. Come specificato nelle pagine precedenti, le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione, incidendo sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione; le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e incidono, pertanto, su situazioni specifiche. Pur originando da presupposti diversi, sono entrambe altrettanto importanti e utili ai fini della definizione complessiva della strategia di prevenzione della corruzione dell'organizzazione.

Nonostante buona parte delle misure generali siano già state adottate nei PTPCT precedenti, questa ASP ha avuto ed avrà cura di verificare la loro corretta e continua attuazione nel tempo, sia attraverso il monitoraggio, che attraverso misure integrative o interventi correttivi. Ciò al fine di assicurare la continuità dell'azione al fine di intercettare eventuali ulteriori criticità che hanno determinato la revisione delle misure, se ritenuta inadeguate. Importante ribadire che l'individuazione e la conseguente programmazione di misure per la prevenzione della corruzione rappresentano il "cuore" del PTPCT.

Pertanto, tutte le attività (dall'analisi del contesto alla valutazione del rischio) precedentemente effettuate sono propedeutiche alla identificazione e progettazione delle misure che rappresentano, quindi, la parte sostanziale del PTPCT di questa Azienda, e che in assenza di un'adeguata analisi propedeutica, l'attività di identificazione e progettazione delle misure di prevenzione può rivelarsi inadeguata.

20. INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE

La prima fase del trattamento del rischio è volta ad identificare le misure di prevenzione della corruzione dell'amministrazione, in funzione delle criticità rilevate in sede di analisi.

In questa fase, quindi, l'ASP di Caltanissetta è tenuta ad individuare le misure più idonee a prevenire i rischi individuati, in funzione del livello di rischio e dei loro fattori abilitanti. Ne consegue che la correttezza e l'accuratezza dell'analisi svolta incide fortemente sull'individuazione delle misure più idonee a prevenire il rischio: pertanto, minore è la conoscenza del processo, più generica sarà l'individuazione degli eventi rischiosi; mentre più superficiale è la fase di analisi e valutazione del rischio, minori saranno le informazioni utili a calibrare le misure di prevenzione in funzione dei rischi individuati e delle caratteristiche dell'organizzazione.

L'obiettivo di questa prima fase del trattamento è quella di individuare, per quei rischi / attività del processo cui si riferiscono ritenuti prioritari, l'elenco delle possibili misure di prevenzione della corruzione collegate a tali rischi. Si riportano, nel seguente prospetto le principali tipologie di misure che possono essere individuate sia come generali che specifiche.

Tipologie di misure generali e specifiche

Le categorie di misura riportate di seguito possono dar luogo, in funzione delle esigenze

dell'organizzazione, a misure sia "generali" che "specifiche".

Ad esempio, una misura di trasparenza può essere programmata come misura "generale" o come misura "specifica":

generale quando riguarda trasversalmente tutta l'organizzazione, al fine di migliorare complessivamente la trasparenza dell'azione amministrativa (es. la corretta e puntuale applicazione del D.Lgs. 33/2013);

specifica se riguarda specifici problemi di scarsa trasparenza rilevati tramite l'analisi del rischio trovando, ad esempio, modalità per rendere più trasparenti particolari processi prima "opachi" e maggiormente fruibili informazioni sugli stessi.

Tipologie di misure generali e specifiche:

- controllo;

- trasparenza;

- definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;

- regolamentazione;

- semplificazione;

- formazione;

- sensibilizzazione e partecipazione;

- rotazione;

- segnalazione e protezione;

- disciplina del conflitto di interessi;

- regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari"

Anche l'individuazione delle misure avviene con il coinvolgimento della struttura organizzativa, valutando e recependo le indicazioni dei soggetti interni interessati (responsabili e addetti ai processi), ma anche promuovendo eventuali opportuni canali di ascolto degli stakeholder. Pertanto, la proposta di misure di prevenzione non può essere considerata come compito esclusivo del RPCT, ma è piuttosto responsabilità di ogni dirigente che, in quanto competente per il proprio ufficio e a conoscenza dei processi e delle rispettive attività, è il soggetto più idoneo ad individuare misure realmente incisive per prevenire gli specifici rischi.

A tal fine, devono essere promossi continui confronti tra RPCT e dirigenti volti a individuare soluzioni concrete e ad evitare misure astratte, poco chiare o irrealizzabili. È utile ribadire che, in base all'art. 16, co. 1, lett, l-bis) del D.Lgs. 165/2001, i dirigenti concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti. I dirigenti forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo. L'identificazione della concreta misura di trattamento del rischio deve rispondere ai requisiti riportati nel seguente prospetto, come indicato nell'Allegato 1 del PNA 2019.

21. PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE

La seconda fase del trattamento del rischio consiste nel programmare adeguatamente e operativamente le misure di prevenzione della corruzione dell'amministrazione. Tale fase rappresenta un contenuto fondamentale del PTPCT in assenza del quale il Piano risulta privo dei requisiti di cui all'art. 1, co 5, lett. a) della legge 190/2012.

La programmazione delle misure, inoltre, consente di creare una rete di "responsabilità diffusa" rispetto alla definizione e attuazione della strategia di prevenzione della corruzione, e costituisce principio fondamentale affinché tale strategia diventi parte integrante dell'organizzazione e non diventi fine a se stessa. La programmazione operativa delle misure deve essere realizzata prendendo in considerazione almeno gli elementi descrittivi riportati nel seguente prospetto, come indicato

nell'Allegato 1 del PNA 2019.

Fasi (e/o modalità) di attuazione della misura.

Laddove la misura sia particolarmente complessa e necessiti di varie azioni per essere adottata e presuppone il coinvolgimento di più attori, ai fini di una maggiore responsabilizzazione dei vari

soggetti coinvolti, appare opportuno indicare le diverse fasi per l'attuazione, cioè l'indicazione dei vari passaggi con cui l'amministrazione intende adottare la misura;

Tempistica di attuazione della misura e/o delle sue fasi. La misura (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola), deve opportunamente essere scadenzata nel tempo. Ciò consente ai soggetti che sono chiamati ad attuarle, così come ai soggetti chiamati a verificarne l'effettiva adozione (in fase di monitoraggio), di programmare e svolgere efficacemente tali azioni nei tempi previsti;

Responsabilità connesse all'attuazione della misura (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola). In un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa e dal momento che diversi uffici possono concorrere nella realizzazione di una o più fasi di adozione delle misure, occorre indicare chiaramente quali sono i responsabili dell'attuazione della misura e/o delle sue fasi, al fine di evitare fraintendimenti sulle azioni da compiere per la messa in atto della strategia di prevenzione della corruzione.

22. MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE

Poiché il PTPCT è un documento di programmazione, è evidente che ad esso debba seguire un adeguato monitoraggio e controllo della corretta e continua attuazione delle misure. Per tale ragione, è opportuno che ogni amministrazione preveda (e descriva accuratamente nel proprio PTPCT) il proprio sistema di monitoraggio dell'attuazione delle misure. Appare opportuno ribadire che la responsabilità del monitoraggio è del RPCT. Tuttavia, soprattutto in amministrazioni di grandi dimensioni o con un elevato livello di complessità, com'è l'ASP di Messina, con un'ampia dislocazione sul territorio nelle diverse sedi delle sue articolazioni aziendali, il monitoraggio in capo al solo RPCT risulterebbe di non facile attuazione, anche tenuto conto della generalizzata numerosità degli elementi da monitorare.

Per tale ragione, sono previsti sistemi di monitoraggio su due livelli:

- primo livello in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure (autovalutazione);

- il secondo livello in capo al RPCT.

Il monitoraggio di primo livello, dunque, viene attuato in autovalutazione da parte dei responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il responsabile del monitoraggio di primo livello è chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura. È opportuno far presente che questa

modalità fornisce valutazioni di qualità meno elevata rispetto alle analisi condotte direttamente dal RPCT o da altre unità indipendenti (es. internal audit), poiché in questo caso si tratta di (auto) valutazioni effettuate dagli stessi soggetti che hanno la responsabilità dei processi/attività oggetto del controllo. Il monitoraggio di secondo livello viene attuato dal RPCT, coadiuvato da una struttura di supporto e/o dagli altri organi con funzioni di controllo interno (ufficio dedicato del Controllo di Gestione).

Il monitoraggio del RPCT consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTPCT da parte delle unità organizzative in cui si articola l'amministrazione.

L'attività di monitoraggio viene adeguatamente pianificata e documentata sia nel Cronoprogramma, che in un piano di monitoraggio annuale che indica:

processi/attività oggetto del monitoraggio;

le periodicità delle verifiche;

le modalità di svolgimento della verifica.

Per quanto riguarda i processi/attività oggetto del monitoraggio, il RPCT tiene conto delle risultanze dell'attività di valutazione del rischio per individuare i processi/attività maggiormente a rischio sui quali concentrare l'azione di monitoraggio. Nella pianificazione delle verifiche si tiene conto anche dell'esigenza di includere nel monitoraggio i processi/attività non verificati negli anni precedenti. Pertanto, le verifiche programmate non esauriscono l'attività di monitoraggio del RPCT, in quanto alle attività pianificate si aggiungono quelle non pianificate che dovranno essere attuate a seguito di segnalazioni che pervengono al RPCT in corso d'anno tramite il canale del whistleblowing o con altre modalità di segnalazione. Riguardo alla periodicità, il RPCT definisce nel Piano di monitoraggio la relativa tempistica.

Pertanto, coerentemente al principio guida della "gradualità" e tenendo conto delle specificità e delle dimensioni dell'ASP, il monitoraggio di primo livello (autovalutazione) sull'attuazione delle misure implementato in questa azienda ha frequenza semestrale, mentre il monitoraggio di secondo livello, a cura del RPCT, e di altri organi con funzioni di controllo interno (ufficio dedicato del Controllo di Gestione), sarà effettuato con cadenza annuale, con l'obiettivo di verificare la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione mediante il controllo degli indicatori previsti per l'attuazione delle misure all'interno del PTCPT e anche attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta.

Il RPCT svolge, inoltre, audit specifici, con verifiche sul campo che consentono il più agevole reperimento delle informazioni, evidenze e documenti necessari al miglior svolgimento del monitoraggio di secondo livello.

Tali momenti di confronto sono utili anche ai fini della migliore comprensione dello stato di attuazione delle misure e di eventuali criticità riscontrate, in un'ottica di dialogo e miglioramento continuo.

Al fine di agevolare i controlli, inoltre, viene fatto ricorso anche a sistemi informatizzati o spazi digitali condivisi (come le intranet) dove possono essere fatti confluire tutti i documenti che formalizzano le misure.

23. CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE

La fase di "consultazione e comunicazione" è una fase trasversale e potenzialmente contestuale a tutte le altre fasi del processo di gestione del rischio trattate nelle pagine precedenti.

Consiste nelle seguenti attività:

attività di coinvolgimento dei soggetti interni (personale, organo politico, ecc.) ed esterni (cittadini, associazioni, altre istituzioni, ecc.), ai fini del reperimento delle informazioni necessarie alla migliore personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione dell'amministrazione;

attività di comunicazione (interna ed esterna) delle azioni intraprese e da intraprendere, dei compiti e delle responsabilità di ciascuno e dei risultati attesi.

In questa particolare fase viene rivolta attenzione alla definizione delle attività di

comunicazione tra:

- i dirigenti/responsabili degli uffici e il RPCT, per favorire l'azione di monitoraggio del PTPCT e il rispetto degli obblighi normativi;

- il RPCT e gli altri organi dell'amministrazione (Organo di indirizzo-politico e OIV) individuati dalla normativa come referenti del RPCT.

Le tempistiche, i contenuti e le modalità di svolgimento delle suddette attività di comunicazione sono definite nel PTPCT nel rispetto degli obblighi normativi e coerentemente con le altre componenti del sistema di gestione del rischio.

In particolare, mediante la consultazione e la comunicazione verrà assicurato che:

- le informazioni pertinenti siano raccolte, esaminate, sintetizzate e condivise;

- sia fornita una risposta ad ogni contributo;

- siano accolte le proposte qualora producano dei miglioramenti.

Tale fase, inoltre, serve ad evitare che la mancanza di un adeguato coinvolgimento e di una effettiva comunicazione nei confronti dei soggetti interni ed esterni alimenti il circuito vizioso dell'autoreferenzialità, con la conseguente produzione di strategie di prevenzione della corruzione inefficaci.

24. MISURE TRASVERSALI

Questa sezione del Piano, come indicato anche nel PNA 2019, contiene le misure indicizzate nel PNA come “Misure obbligatorie e ulteriori”, applicabili trasversalmente ai diversi settori di attività dell’Amministrazione.

Tra le misure trasversali, la TRASPARENZA assume particolare rilievo, per le innovazioni normative previste dai recenti documenti ANAC e che implementano il Piano, e pertanto sarà oggetto di specifica SEZIONE

25. RACCORDO RESPONSABILE – REFERENTI

In considerazione dell'ampiezza e della rilevanza delle funzioni e dei compiti ascritti al Responsabile, conseguenti alla complessità della struttura dell’Azienda, sono stati individuate Referenti per il Piano Prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

I Referenti agiscono in collaborazione con il Responsabile che rimane, comunque, il riferimento per l'implementazione dell'intera politica di prevenzione della corruzione e per la trasparenza nell'ambito aziendale.

Con l’individuazione dei Referenti si ritiene di assicurare uniformità e coerenza all'interno del "sistema anticorruzione e trasparenza" allo scopo di garantire, nell'ambito dell’Azienda, la puntuale attuazione della normativa

Il modello organizzativo di raccordo e di coordinamento, che attraverso il presente P.T.P.C.T. si intende creare, è un modello che individua nel Responsabile il nucleo centrale e nei Referenti le diramazioni periferiche in un rapporto di reciproca e costante comunicazione.

Il flusso di notizie veicolate dai Referenti costituisce elemento essenziale per la puntuale applicazione del P.T.P.C.T..

Il ruolo dei Referenti riveste significativa importanza nella fase della individuazione delle ulteriori aree di rischio, oltre quelle obbligatorie indicate nel P.N.A..

Al riguardo assume particolare rilevanza la mappatura dei processi amministrativi nel cui ambito i Referenti devono provvedere alla valutazione del rischio e alla sua gestione.

Questo modello circolare di raccordo permette l'acquisizione di dati e informazioni dalla periferia verso il centro e viceversa garantendo, altresì, la veicolazione dei contenuti, delle informazioni e delle misure di prevenzione presenti nel P.T.P.C.T..

26. CODICE DI COMPORTAMENTO

La L. n. 190 del 2012 ha novellato il D.Lgs. n. 165 del 2001 e ha modificato l'art. 54, rubricato "Codice di Comportamento". La disposizione dà mandato al Governo di approvare un codice di comportamento nazionale, valido per tutte le amministrazioni pubbliche e prevede che ciascuna pubblica amministrazione adotti un proprio codice integrativo obbligatorio uniformandosi alle Linee Guida e ai modelli definiti dalla Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (C.I.V.I.T.) - ora Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.).

Il codice di comportamento nazionale, redatto con la finalità di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta dei dipendenti pubblici, è stato emanato con D.P.R. 16/04/2013, n. 62.

Successivamente la C.I.V.I.T. - A.N.A.C. ha approvato la deliberazione n. 75 del 24/10/2013, contenente le Linee Guida di carattere generale per l'adozione di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni e la deliberazione n. 358 del 29/03/2017 contenente Linee Guida, di carattere settoriale, in particolare per l'adozione dei codici di comportamento degli Enti del S.S.N..

L'Autorità, con delibera n. 177 del 19/02/2020 ha, infine, ritenuto opportuno emanare nuove Linee guida di carattere generale in materia di adozione del codice di comportamento a cura delle singole Amministrazioni. Con tale iniziativa l'A.N.A.C., avvalendosi delle prerogative assegnatele dalla legge, ha inteso promuovere un rilancio dei codici di comportamento per le potenzialità che essi hanno nell'orientare le condotte di chi lavora nella pubblica amministrazione, nel perseguire l'interesse pubblico, nel prevenire rischi di corruzione nell'amministrazione.

A seguito del DPR 81 del 13/06/2023, pubblicato in G.U.R.I. n. 150 del 29/06/2023 in vigore dal 14/07/2023 che contiene le modifiche a CdC dei dipendenti pubblici, DPR 62/2013, l'ASP di Caltanissetta con deliberazione n. 44 del 12/01/2024 ha approvato il Codice di Comportamento Aziendale sentito il parere positivo espresso dall'O.I.V. e dei rappresentanti sindacali, il quale sostituisce integralmente il precedente.

Lo stesso Codice di Comportamento è stato divulgato a tutti i dipendenti dell'Azienda e si provvederà ad una capillare diffusione a tutti I soggetti esterni obbligati a rispettarne i contenuti.

In relazione alla misura di prevenzione del presente paragrafo, nel corso del triennio 2025-2027, la finalità dell'Azienda di Caltanissetta sarà quella di consolidare la divulgazione dei principi contenuti nel codice di comportamento e la condivisione delle regole.

27. ROTAZIONE DEI DIPENDENTI

Nell'ambito del PNA e del PTPCT aziendale la rotazione del personale è considerata misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti

nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti/colleghi, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate. In ambito sanitario l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso dei titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di "expertise" consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi competenze specifiche (ad es. ingegneria, informatica, etc), ma anche nel caso di competenze acquisite, le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda.

Conseguentemente l'attuazione della misura richiede:

• la preventiva identificazione degli Uffici, Servizi UU.OO. che svolgono attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;

• l'individuazione delle modalità di attuazione della rotazione in modo da contemperare le esigenze dettate dalla legge con quelle dirette a garantire il buon andamento dell'amministrazione, mediante adozione di criteri generali;

• la definizione dei tempi di rotazione;

• il criterio di rotazione, per quanto riguarda il conferimento degli incarichi dirigenziali, deve essere previsto nell'ambito dell'atto generali contenente i criteri di conferimento degli incarichi dirigenziali approvato dal Direttore Generale;

Il PNA introduce anche la distinzione tra rotazione ordinaria e straordinaria.

Rotazione, c.d. "ordinaria"

La rotazione ordinaria del personale è espressamente richiamata nelle Linee Guida adottare dal Comitato Interministeriale, istituito con DPCM 16 gennaio 2013, come misura da valorizzare nella predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione. L'art.1, comma 4, lett. e) della Legge n. 190/2012 dispone che spetta all'ANAC definire i criteri che le amministrazioni devono seguire per assicurare la rotazione del personale nei settori particolarmente esposti alla corruzione.

La misura della rotazione si applica a tutto il personale in servizio a tempo indeterminato e determinato; per il personale di altro tipo (specialisti ambulatoriali, collaboratori etc), il Direttore del Dipartimento/U.O./Presidio Ospedaliero/Sanitario interessato alla gestione dello stesso, provvederà, ove

possibile, ad effettuare la rotazione similmente a quanto previsto per il personale dipendente e comunque ad applicare le misure di prevenzioni esistenti ed ulteriori previste nel presente Piano.

Le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono strettamente connesse a vincoli di natura soggettiva, attinenti al rapporto di lavoro, e a vincoli di natura oggettiva, connessi all'assetto organizzativo dell'Azienda.

• Vincoli soggettivi: l'adozione delle misure di rotazione sono compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati, soprattutto laddove le misure si riflettano esclusivamente nella modifica dell'U.O. di servizio del dipendente. Si fa riferimento a titolo esemplificativo ai diritti sindacali, alla legge 5 febbraio 1992 n.104 (tra gli altri il permesso di assistere un familiare con disabilità) e al D.lgs. 26 marzo 2001, n. 151 (congedo parentale). Con riferimento all'applicabilità della misura di rotazione, solo se attuata tra sedi di lavoro differenti, nei confronti del personale dipendente che riveste il ruolo di dirigente sindacale, si ritiene necessaria, in conformità con i recenti orientamenti giurisprudenziali, una preventiva informativa da indirizzarsi all'Organizzazione Sindacale di appartenenza del dipendente con lo scopo di consentire a quest'ultima di formulare in tempi brevi osservazioni e proposte in ragione dei singoli casi;

• Vincoli oggettivi: la rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azienda amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico. Si tratta di esigenze già individuate dall'ANAC nella propria delibera n. 13/2015, per l'attuazione dell'art.1, commi 60 e 61, della Legge n. 190/2012, ove si esclude che la rotazione possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie per assicurare la continuità dell'azione amministrativa. Tra i condizionamenti all'applicazione della rotazione vi può essere quello della c.d. infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, anche tenuto conto di ordinamenti peculiari di settori o di particolari requisiti di reclutamento. La rotazione non si applica per le figure infungibili.

Sono infungibili quelle figure per le quali è previsto il possesso di titoli di studio specialistico e/o di particolari abilitazioni possedute da una sola unità lavorativa non altrimenti sostituibile. NeL caso in cui si tratti di categorie professionali omogenee non si può invocare il concetto di infungibilità. In caso di competenze assolutamente infungibili, l'Azienda può optare per la c.d. "segregazione di funzioni" attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli (ad esempio, nel ciclo degli acquisti, distinguendo le funzioni di programmazione e quella di esecuzione dei contratti).

L'azienda in ultima analisi e in casi particolari può, altresì, mutare il profilo professionale di inquadramento del dipendente, nell'ambito delle mansioni equivalenti nell'area o qualifica di appartenenza, fermo restando il possesso dei relativi requisiti. Rimane sempre rilevante, anche ai fini della rotazione, la valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo. Nel caso in cui la rotazione sembrerebbe esclusa da circostanze dovute esclusivamente alla elevata preparazione di determinati dipendenti, l'Azienda programmerà adeguate attività di affiancamento propedeutiche alla rotazione.

"Rotazione straordinaria" nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva

Com'è noto, l'art. 16, co. 1,. lett. l-quater) del d.lgs. 165/2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali «provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Per quanto attiene all'ambito oggettivo, e in attesa di chiarimenti da parte del legislatore, si riterrebbe di poter considerare potenzialmente integranti le condotte corruttive anche i reati contro la Pubblica amministrazione e, in particolare, almeno quelli richiamati dal D.lgs. 39/2013 che fanno riferimento al Titolo II, Capo I «Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la Pubblica amministrazione», nonché quelli indicati nel d.lgs. 31 dicembre 2012, n.235.

Oltre ai citati riferimenti, più in generale, l'A.S.P. di Caltanissetta potrà porre a fondamento della

decisione di far ruotare il personale la riconduzione del comportamento posto in essere a condotta di natura corruttiva e dunque potranno conseguentemente essere considerate anche altre fattispecie di reato.

In ogni caso, l'elemento di particolare rilevanza ai fini dell'applicazione della norma, è quello della motivazione adeguata del provvedimento con cui viene disposto lo spostamento. Secondo quanto disposto dall'art. 1, co. 10, lett. b) della I. 190/2012, il RPCT deve verificare, d'intesa con il dirigente competente, «l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione».

Tale istituto era già stato previsto dal d.lgs. 30 marzo 2001 n.165, c.d. Testo Unico sul pubblico impiego (dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) (lettera aggiunta dall'art. 1, co. 24, d.l. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla I. 7 agosto 2012, n. 135), sia pure come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi.

L'A.S.P. di Caltanissetta, procederà ,con apposito regolamento, a disciplinare l'attuazione di tale misura.

28. ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE – REVOLVING DOORS). DIVIETI POST EMPLOYMENT)

L'art.1, co. 42, lett. l) Legge n.190/2012 ha introdotto un nuovo comma (16-ter) nell'ambito dell'art.53 del D.Lgs. n.165/2001, volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma, volta a

scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti. La disposizione stabilisce che "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma 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". L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi. I "dipendenti" interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento). Come meglio precisato nel PNA 2019, "i dipendenti con poteri autoritativi e negoziali, cui si riferisce l'art. 53, co. 16-ter, cit., sono i soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della pubblica amministrazione, i poteri sopra accennati, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'ente. Rientrano pertanto in tale ambito, a titolo esemplificativo, i dirigenti, i funzionari che svolgono incarichi dirigenziali, ad esempio ai sensi dell'art. 19, co. 6, del d.lgs. 165/2001 o ai sensi dell'art. 110 del d.lgs. 267/2000, coloro che esercitano funzioni apicali o a cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno dell'ente (cfr. orientamento ANAC n. 2 del 4 febbraio 2015). Si intendono ricompresi i soggetti che ricoprono incarichi amministrativi di vertice, quali quelli di Segretario generale, capo Dipartimento, o posizioni assimilate e/o equivalenti". Rientrano in tale definizione tutti i soggetti legati all'amministrazione, sia a tempo indeterminato che determinato o autonomo, come peraltro ribadito nel PNA 2019. L'art. 21 del d.lgs. 39/2013 ha, infatti, precisato che ai fini dell'applicazione dell'art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. 165/2001, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti titolari di uno degli incarichi considerati nel d.lgs. 39/2013, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico e l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo. "Le prescrizioni ed i divieti contenuti nell'art. 53, comma 16-ter, del D.Lgs. 165/2001, che fissa la regola del c.d. pantouflage, trovano applicazione non solo ai dipendenti che esercitano i poteri autoritativi e negoziali per conto della PA, ma anche ai dipendenti che - pur non esercitando concretamente ed effettivamente tali poteri - sono tuttavia competenti ad elaborare atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, certificazioni, perizie) che incidono in maniera determinante sul contenuto del provvedimento finale, ancorché redatto e sottoscritto dal funzionario competente." (Orientamento ANAC

n.24 del 21 ottobre 2015). Pertanto, il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto, ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento. I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi. I soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i poteri negoziali e autoritativi, oltre le società, imprese, studi professionali, sono da considerarsi anche i soggetti che, pur formalmente privati, sono partecipati o controllati da una pubblica amministrazione, in quanto la loro esclusione comporterebbe una ingiustificata limitazione dell'applicazione della norma e una situazione di disparità di trattamento. Occorre in ogni caso verificare in concreto se le funzioni svolte dal dipendente siano state esercitate effettivamente nei confronti del soggetto privato. Al fine di garantire l'esatto rispetto della delineata normativa: Il Direttore della U.O.C. Gestione Personale Dipendente è tenuto ad assicurare che nei contratti di assunzione del personale sia inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;

I Direttori delle UU.OO.CC. Provveditorato, Tecnico, Acquisizione Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie sono tenuti ad assicurare , che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di appalti pubblici , anche mediante procedura negoziata, nei contratti/convenzioni con le strutture private accreditate (qualora non siano stipulati mediante schemi-tipo già predisposti dall'Assessorato regionale della salute), tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena di esclusione e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto; che venga disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente; che venga fornita tempestiva informativa dei fatti oltre al RPCT anche al Responsabile della U.O.C. Servizio Legale dell'Azienda, affinché l'A.S.P. agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art.53, comma 16 ter, D.Lgs. n.165/2001.

Il Direttore della U.O.C. Gestione Personale Dipendente acquisirà dal dipendente, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage (allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma). Il RPCT, non appena a conoscenza della violazione del divieto di pantouflage da parte di un ex dipendente, segnala detta violazione all'ANAC, all'Azienda e all'Ente presso cui è stato assunto l'ex dipendente

Nel prossimo triennio 2025/2027 si darà continuità all' applicazione della misura di prevenzione di cui trattasi, tenendo conto anche delle linee-guida, già in corso di elaborazione,

29. CONFLITTO DI INTERESSI.

I dipendenti dell'A.S.P. di Caltanissetta, ai sensi dell'art.l, comma 41, della L. n. 190/2012, che ha

introdotto l'art.6 bis nella L. n. 241/90, rubricato "Conflitto di interessi", sono tenuti aprestare massima attenzione alle situazioni di conflitto di interesse, che la legge havalorizzato con l'inserimento di nuove e specifiche disposizioni in materia di procedimentoamministrativo e nei Codici di Comportamento della pubblica amministrazione. A tal fine:

1. è stabilito un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale ed i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale;
2. è previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

In applicazione della Determina ANAC n.12/2015 e delle "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli Enti del SSN", l'Azienda dovrà dedicare particolare attenzione al conflitto di interessi, introducendo più specifici accorgimenti in rapporto allo specifico contesto di riferimento e al verificarsi di episodi che potranno richiedere un maggiore controllo del rischio correlato all'applicazione della misura. Rientra, ad esempio, tra tali accorgimenti l'integrazione all'art. 6 del DPR 62/2013, che recita "Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni nelle situazioni di conflitto (...), non solo ove tale conflitto sia attuale, ovvero potenziale, ma anche nei casi in cui esso sia apparente, diretto o indiretto, dandone comunicazione ai Dirigente Responsabile della U.O. di appartenenza". In coerenza con gli obblighi previsti dal Codice di Comportamento di cui al D.P.R. 62/2013, le successive indicazioni dell'ANAC e il PNA 2016, il PTCPT 2018-2020 dovrà prevedere che sia applicata a tutte le aree di rischio la misura della compilazione dell' apposita dichiarazione di sussistenza/insussistenza di conflitto, in merito agli interessi e/o alle relazioni che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implichino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali con particolare riferimento in materia di farmaci, dispositivi, tecnologie e tecnologie biomedicali, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Sull'applicazione di tale misura sono previsti due livelli di controllo che costituiscono misure ulteriori: il monitoraggio tramite verifica effettuata dal Direttore dell'Unità Operativa sulle dichiarazioni rese dai dipendenti e, ove presente un Direttore di Dipartimento, un'ulteriore verifica a campione sul monitoraggio effettuato. I Direttori delle UU.OO. dovranno rilevare e comunicare, con cadenza annuale, la sussistenza di

eventuali conflitti di interesse verificatisi nelle UU.OO. di competenza, le ragioni che hanno determinato l'obbligo di astensione ed i conseguenti adempimenti adottati.

L'A.S.P. di Caltanissetta intende, poi, adottare la misura della compilazione, con cadenza annuale, della "dichiarazione pubblica di interessi" mediante la modulistica standard predisposta daAGENAS: a tale scopo sarà cura del Responsabile della Corruzione informare e coinvolgere idirigenti appartenenti all'area sanitaria e tecnico-amministrativa tenuti all'applicazione dellanormativa in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione

30. INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI DIRIGENZIALI

Il D.Lgs. n.39/2013, recante “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico”, concerne le particolari ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all’attività svolta dall’interessato in precedenza e delle ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione. Il legislatore, all’art.3 del D.Lgs. n.39/2013, ha stabilito i requisiti di onorabilità e moralità richiesti per ricoprire incarichi dirigenziali e assimilati. Nel Decreto si definisce “inconferibilità” la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali interni o esterni a coloro che: - abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal Capo I del Titolo II del libro II del Codice Penale anche con sentenza non passata in giudicato; - che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione; che siano stati componenti di organo di indirizzo politico. Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell’art. 17 del D.Lgs. n.39/2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall’art. 18 del D.Lgs. n.39/2013. La situazione di inconferibilità non può essere sanata. Nel caso in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti ab origine, non fossero note all’amministrazione e si appalesassero nel corso del rapporto, il RPCT è tenuto ad effettuare la contestazione all’interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall’incarico. L’accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall’interessato nei termini e alle condizioni dell’art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, dichiarazione sostitutiva che deve essere pubblicata sul sito dell’Azienda (art. 20 D.Lgs. n. 39/2013), a cura della U.O.C. Gestione Personale Dipendente, secondo il modello predisposto dall’Assessorato della Salute. La dichiarazione resa è pubblicata nel sito dell’Azienda e costituisce condizione per l’acquisizione dell’efficacia dell’incarico (art. 20 D.Lgs. n. 39/2013). Con Delibera n.149 del 22 dicembre 2014 “Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario”, l’ANAC ha stabilito: “…..Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, come definite al precedente punto 1, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all’art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto

legislativo 8 aprile 2013, n. 39.” In tale contesto normativo, Il Direttore UOC Gestione Personale dipendente acquisisce, annualmente e/o al momento del conferimento dell’incarico la succitata dichiarazione dal Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario. Ai sensi dell’art.1 del D.Lgs. n.39/2013, per “incompatibilità” si intende “l’obbligo per il soggetto cui viene conferito l’incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell’incarico e l’assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l’incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l’assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico”. Le situazioni di incompatibilità sono previste nel Capi V e VI del D.Lgs. n.39/2013. A differenza che nel caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell’interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro. In riferimento all’art.20, comma 2, del D.Lgs. n.39/2013, i soggetti interessati sono tenuti a rendere la dichiarazione sull’insussistenza delle cause di incompatibilità annualmente. La dichiarazione deve altresì essere resa tempestivamente all'insorgere della causa di incompatibilità, al fine di consentire l’adozione delle conseguenti iniziative da parte dell’Azienda. La dichiarazione sostitutiva sull’insussistenza di cause di incompatibilità, resa dai soggetti interessati all’atto della nomina, deve essere pubblicata sul sito istituzionale dell’Azienda (art. 20 D.Lgs. n.39/2013), ed è condizione di efficacia dell’incarico (art.20, co.4). L’art. 10 D.Lgs. n.39/2013 prevede specifiche ipotesi di “Incompatibilità tra le cariche direttive nelle aziende sanitarie locali, le cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati e lo svolgimento di attività professionali prevedendo:

1. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali di una medesima regione sono incompatibili:

a) con gli incarichi o le cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale;

b) con lo svolgimento in proprio, da parte del soggetto incaricato, di attività professionale, se questa è regolata o finanziata dal servizio sanitario regionale.

2. L'incompatibilità sussiste altresì allorché gli incarichi, le cariche e le attività professionali indicate nel presente articolo siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado.

Preso atto della Delibera dell’A.N.AC. n.149 del 22 dicembre 2014 “Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n.39/2013 nel settore sanitario”, acquisirà, con cadenza annuale, la dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità ostative al mantenimento dell’incarico da parte del Direttore Generale, del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario. L’Autorità, inoltre, ha fornito alcune specifiche indicazioni in merito al ruolo e alle funzioni del RPCT nonché all’attività di vigilanza di ANAC sul rispetto della disciplina con la Delibera n. 833 del 3 agosto 2016 «Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento di ANAC in caso di incarichi

inconferibili e incompatibili», cui si rinvia. Come per gli anni precedenti, era intenzione del RPCT procedere alla verifica delle dichiarazioni rese dal Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo

31. VIGILANZA SULLE DISPOSIZIONI DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ

La vigilanza sull'osservanza delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità è demandata al RPCT e all'ANAC. Al RPCT, come stabilito dall'art. 15 del D.Lgs. n. 39/2013, è assegnato il compito di contestare la situazione di inconferibilità o incompatibilità e di segnalare la violazione all'ANAC. Qualora il RPCT venga a conoscenza del conferimento di un incarico in violazione delle norme del D.Lgs. n. 39/2013 o di una situazione di incompatibilità, deve avviare un procedimento di accertamento. Nel caso di una violazione delle norme sulle inconferibilità, la contestazione della possibile violazione va fatta nei confronti tanto dell'organo che ha conferito l'incarico, quanto del soggetto cui l'incarico è stato conferito. Nelle linee guida di cui alla Delibera n.833 del 3 agosto 2016 "Determinazione Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili " sono indicate le modalità dell' Attività di verifica del RPCT sulle dichiarazioni concernenti la insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità, l'attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'ANAC, le conseguenze del mancato adeguamento da parte del RPCT e il potere di ordine dell'Autorità. Viene raccomandato che i procedimenti di accertamento delle situazioni di inconferibilità e sanzionatori siano svolti nel rispetto del principio del contraddittorio, affinché sia garantita la partecipazione degli interessati. In merito a tali dichiarazioni, come raccomandato dall'ANAC, in virtù all'esperienza maturata, è necessario garantire la tempestiva acquisizione della dichiarazione, in tempo utile per le dovute verifiche ai fini del conferimento dell'incarico. In particolare, ad integrazione di quanto evidenziato nelle Linee guida di cui alla Delibera n.833 del 2016, sono state inserite nel PTPCT specifiche misure sulle procedura di conferimento degli incarichi, tale da garantire: - la preventiva acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità da parte del destinatario dell'incarico; - la successiva verifica entro un congruo arco temporale, da predefinire; - il conferimento dell'incarico solo all'esito positivo della verifica (ovvero assenza di motivi ostativi al conferimento stesso); - la pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013, e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013. Sarà cura del RPCT e delle UU.OO. interessate prestare attenzione anche alle verifiche per il personale assegnato temporaneamente ad amministrazione diversa da quella di appartenenza, mediante comando o posizioni similari, promuovendo un rapporto leale di collaborazione attraverso l'obbligo, ad esempio, di richiesta di informazioni da parte dell'amministrazione di destinazione e di un obbligo di comunicazione di situazioni di inconferibilità da parte dell'amministrazione di provenienza. Più segnatamente, nei casi in cui ANAC abbia attivato, d'ufficio o a seguito di segnalazione, un procedimento di vigilanza e abbia accertato la non conferibilità di un incarico, il RPCT, nell'esercizio delle prerogative

attribuite ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. n. 39/2013 nei termini sopra indicati, adotta le iniziative derivanti dalla pronuncia di ANAC.

32. ATTIVITA' EXTRAISTITUZIONALE

In via generale, i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitualità e professionalità o esercitare attività imprenditoriali, secondo quanto stabilito agli articoli 60 e seguenti del d.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato. L'art. 53 del d.lgs. 165/2001 disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, nonché del personale in regime di diritto pubblico di cui all'art. 3 del decreto, che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. Ciò allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali. Per tali motivi la L.190/2012 è intervenuta in tale contesto, modificando l'art. 53 in ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione ove si consideri che lo svolgimento di incarichi extraistituzionali può determinare, come anzidetto, situazioni idonee a compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa per favorire interessi contrapposti a quelli pubblici affidati alla cura del dirigente o funzionario. Infatti, il cumulo in capo ad un medesimo dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'Azienda può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale. Pertanto, la concentrazione del potere decisionale aumenta il rischio che l'attività amministrativa possa essere indirizzata verso fini privati o impropri determinati dalla volontà del dirigente stesso. Inoltre, lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extraistituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi, altresì, come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi. Per disciplinare il conferimento degli incarichi extraistituzionali l'A.S.P. di Messina ha elaborato, a cura dell'UOC Gestione Personale Dipendente, e adottato con deliberazione n.2962/DG dell'11/12/2015, un apposito Regolamento aziendale.

33. WHISTLEBLOWING (la tutela del dipendente che segnala illeciti)

L'art. 8 del Codice di Comportamento dei dipendenti dell' A.S.P. di Messina, nel rispetto del disposto dall'art. 54 bis del D.Lvo 165/2001, introdotto dall'art. 1 comma 51 della L. n.190/2012, prevede specificamente il divieto di discriminazione nei confronti del dipendente che segnala illeciti all'interno dell'A.S.P. (whistleblower), assicurando che la denuncia sia sottratta al diritto di accesso, fatta esclusione per quanto previsto nel comma 2 del citato art. 54 bis, ovvero che l'identità del segnalante possa essere rivelata solo ove la sua conoscenza sia indispensabile per la difesa dell'incolpato. Ferme restando le disposizioni di

legge, che obbligano da un lato il dipendente pubblico a denunciare al proprio superiore gerarchico o alla magistratura eventuali situazioni illecite di cui sia venuto a conoscenza per motivi di lavoro, e dall'altro lo tutelano contro l'ingiusto licenziamento (art. 18 dello statuto dei lavoratori), il nuovo contesto introduce un sistema di garanzie di tutela, tese ad evitare anche ritorsioni o abusi "minori", ed include tra le condotte illecite segnalabili anche le violazioni del Codice di Comportamento. Il Codice di Comportamento individua infatti specificamente quale misura discriminatoria ogni forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili avviata nei confronti del dipendente che ha effettuato segnalazioni. Di conseguenza, il dipendente che riferisce al proprio superiore gerarchico condotte che presume illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può quindi essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia. La procedura whistleblower introduce canali privilegiati e diretti che non obbligano a seguire la gerarchia interna, in quanto la segnalazione viene inoltrata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e non attiva immediatamente un procedimento, bensì costituisce un elemento di valutazione che deve essere riscontrato e qualificato giuridicamente dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione. I responsabili delle UU.OO. interessate, in piena autonomia e segretezza, porranno in essere sinergicamente tutte le azioni necessarie ad esperire l'istruttoria, nel pieno rispetto delle regole interne e delle disposizioni di legge in materia penale, tributaria o amministrativa. Gli obblighi di riservatezza sono previsti a carico di tutti coloro che ricevono o vengono a conoscenza della segnalazione e di coloro che successivamente vengono coinvolti nel processo di gestione della segnalazione. In sede di procedimento disciplinare a carico dell'eventuale responsabile del fatto illecito, l'identità del segnalante non potrà essere rivelata, senza il suo consenso, a condizione che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora invece la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità del segnalante potrà essere rivelata solo ove la sua conoscenza sia indispensabile per la difesa dell'incolpato. L'Azienda, già nel 2015, sulla scorta anche della Determinazione ANAC n.6/2015 "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)", ha completato il ventaglio delle diverse procedure previste dalle norme per tutelare chi segnala illeciti. Nel 2014 erano attuabili le segnalazioni whistleblowing con documento cartaceo e per e-mail. Nell'ambito del PTPC 2015-2017 è stato adottato il Regolamento e implementato il Sistema informativo dedicato con garanzia di anonimato, quale ulteriore misura al fine di consentire la tutela del segnalante, mediante il quale la scheda di segnalazione, redatta secondo lo schema adottato dalla Funzione Pubblica, può essere compilata e inoltrata on-line in forma riservata e criptata. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è tenuto ad annotare tutte le segnalazioni e i relativi atti in un registro informatizzato riservato. La procedura informatizzata è stata implementata nel sito intranet dell'A.S.P. e resa fruibile a tutti gli operatori mediante accesso da qualsiasi computer collegato alla rete aziendale. Sul sito web sono stati inoltre pubblicati sia la modulistica che il regolamento whistleblowing, che prevede e riguarda tutti i canali di segnalazione (cartacei, per e-mail, on-line), e la possibilità di inoltrare direttamente la segnalazione all'ANAC. Novità importanti sono state introdotte dalla legge 30 novembre 2017, n.179, che ha modificato

l’art. 54-bis del D.Lgs. 165/2001 «Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti» c.d. whistleblower, la quale ha assegnato un ruolo di primaria importanza al RPCT nella gestione delle segnalazioni. La nuova enunciazione dell’art. 54-bis, al comma 2 include espressamente nella nozione di dipendente pubblico le seguenti tipologie di lavoratori:

- i dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all’art. 1, comma 2 del d.lgs. n. 165 del 2001 ivi compreso il dipendente di cui all’art. 3;

- i dipendenti degli enti pubblici economici;

- i dipendenti di enti diritto privato sottoposti a controllo pubblico ai sensi dell'articolo 2359 del codice civile;

- i lavoratori e collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica. Peraltro, come riportato nelle suddette linee guida, ai fini delle tutele di cui all’art.54 bis, occorre che, oltre alle ulteriori precisazioni:

- il segnalante deve rivestire la qualifica di “dipendente pubblico” o equiparato (cfr. infra, § 1.2); - la segnalazione deve avere ad oggetto “condotte illecite”;

- il dipendente deve essere venuto a conoscenza di tali “condotte illecite” “in ragione del proprio rapporto di lavoro”;

- la segnalazione deve essere effettuata “nell’interesse all’integrità della pubblica amministrazione”;

- la segnalazione deve essere inoltrata ad almeno uno delle quattro tipologie di destinatari indicati nell’art.54-bis, co. 1 (RPCT, ANAC, Autorità giudiziaria ordinaria o contabile). Inoltre, la precedente formulazione dell’art. 54-bis non contemplava tra i soggetti destinatari della segnalazione il RPCT; sul piano della organizzazione interna della p.a. si riferiva, invece, al “superiore gerarchico”.

Con la nuova formulazione il legislatore ha inteso aderire all’interpretazione dell’ANAC riportata nella determinazione n.6/2015, indicando, pertanto, il RPCT quale destinatario delle segnalazioni qualora queste siano dirette all’Amministrazione. Il RPCT, oltre a ricevere e prendere in carico le segnalazioni, pone in essere tutti gli atti necessari ad una prima “attività di verifica e di analisi delle segnalazioni ricevute”, così come previsto dal co. 6 dell’art. 54-bis. Sul potere sanzionatorio dell’Autorità si rinvia al Regolamento del 30 ottobre 2018 «Sull'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro di cui all'art. 54-bis del decreto legislativo n. 165/2001 (c.d. whistleblowing)» adottato con delibera ANAC n. 1033 del 30/10/2018, modificato con delibera n.312 del 10/04/2019 e recentemente aggiornato con la Delibera n.690 del 1 luglio 2020, recante «Regolamento per la gestione delle segnalazioni e per l'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di illeciti o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165/2001»

(GU n. 205 del 18/08/2020), cui si rinvia. La legge assegna al RPCT l'onere di istruttoria, che si sostanzia, ad avviso dell'Autorità, nel compiere una prima imparziale delibazione sulla sussistenza (c.d. fumus) di quanto rappresentato nella segnalazione, in coerenza con il dato normativo che si riferisce ad una attività "di verifica e di analisi". Non spetta al RPCT svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione oggetto di segnalazione, né accertare responsabilità individuali, così come già indicato nella delibera n. 840/2018. Riguardo ai poteri del RPCT, con riferimento alle segnalazioni di whistleblowing, si attendono le indicazioni dell'ANAC che saranno fornite nelle apposite Linee guida in merito, in fase di adozione, cui si rinvia. Al fine di consentire la ottimale gestione delle segnalazioni mediante un iter procedurale definito e comunicato all'esterno con termini certi per l'avvio e la conclusione dell'istruttoria, nelle more dell'adozione delle Linee Guida ANAC (ai sensi dell'Art. 1, comma 5 della Legge n. 197/2017), con provvedimento n.59159 del 25/06/2018 e successiva modifica prot. n.99624 dell'11/09/2019, è stato costituito, presso il RPCT, un gruppo di lavoro dedicato alle "segnalazioni" con particolare riferimento a quelle del c.d. whistleblower. Nel 2020 questa ASP ha inteso avvalersi dell'applicazione informatica "Whistleblower" resa disponibile in open source per l'acquisizione e la gestione - nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste dalla normativa vigente - delle segnalazioni di illeciti da parte dei pubblici dipendenti (così come raccomandato dal disposto dell'art. 54 bis, comma 5, del D.Lgs. n.165/2001 e previsto dalle Linee Guida di cui alla Determinazione n.6 del 2015), come da Comunicato del Presidente dell'A.N.AC del 15 gennaio 2019. A seguito delle difficoltà di ordine tecnico rilevate dopo le opportune verifiche, confermate in seno al Coordinamento dei RPCT degli enti del SSR, si è preferito optare per un'altra soluzione informatica sulle modalità di acquisizione delle segnalazioni e richiedere ai tecnici dell'Azienda la verifica di un'analoga piattaforma resa disponibili da Transparency International Italia. Ai fini dell'implementazione di tale piattaforma è stato richiesto l'intervento del consulente esterno per la verifica della fattibilità; l'implementazione di tale piattaforma, attesi gli opportuni adeguamenti, è in fase di completamento. Nell'anno 2022 si procederà alla revisione del Regolamento aziendale secondo i dettami normativi introdotti dalla legge 30 novembre 2017, n.179 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato" e in conformità alle Linee Guida di cui alla Deliberazione ANAC n.469 del 09/06/2021, al fine di ricomprendere tutti i canali comunicativi previsti nel sistema di tutela del segnalante. P.T.P.C.T. 2022-2024 145

Quanto precede fermo restando il recepimento della Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione (G.U.U.E. L 305, 26.11.2019, p. 17–56) e gli effetti che possono produrre sul sistema di tutela previsto dal nostro ordinamento nazionale. A tal proposito, l'ANAC si è riservato di adeguare le Linee Guida di cui alla Delibera ANAC n.469 del 09/06/2021 al contenuto della legislazione di recepimento, che doveva essere adottata entro il 17 dicembre 2021, tanto che, come espressamente citato dall'ANAC, le predette "Linee Guida pertanto presentano un carattere transitorio nei limiti in cui potranno essere successivamente

adeguate rispetto al recepimento della citata Direttiva". Ad oggi non si è registrato tale recepimento, per cui ci si determinerà in conseguenza di ciò. Oltre ad essere stato ampiamente pubblicizzato sul sito, il sistema whistleblowing risulta comunicato e diffuso sia mediante e-mail personale a tutti i dipendenti, sia mediante gli interventi formativi, che vi hanno dedicato un apposito spazio. Nonostante la campagna di diffusione effettuata dall'Azienda, la pratica della segnalazione degli illeciti ha sinora registrato una scarsa capacità di penetrazione: decisamente poche le segnalazioni ricevute. La cultura della segnalazione infatti scontra all'interno dell'amministrazione ancora le resistenze verso una pratica socialmente non accettata, e che necessita quindi di un cambiamento culturale che la faccia accettare come misura preventiva dei fatti corruttivi, condivisa dall'intero sistema aziendale ed inseribile tra le buone pratiche a cui ogni dipendente è responsabilmente chiamato ad aderire, nel superiore interesse dell'amministrazione e dei cittadini. Come per tutti i processi culturali, i tempi per produrre il cambiamento sono medio-lunghi. Si ritiene che ciò possa essere favorito, oltre da una diffusa campagna di comunicazione e, soprattutto, di formazione (come peraltro prevista ed effettuata) sul tema, anche dall'efficacia delle misure di tutela, che, nei casi verificatisi, hanno garantito l'anonimato del segnalante, la protezione delle informazioni e la riservatezza dei canali comunicativi.

Al fine di attivare in Azienda canali di segnalazione delle violazioni con modalità informatiche, garantendo comunque la riservatezza del segnalatore, con deliberazione n. 1146 dell'08/05/2020, è stata avviata la procedura per l'acquisto del software, e dal 2022 risulta in funzione sulla home page aziendale o

al link di seguito riportato: https://www.asp.cl.it/servizi/Menu/dinamica.aspx?idSezione=18112&idArea=81614&idCat=81614&ID=81614&TipoElemento=area

Il sistema risulta adeguato alla normativa vigente (D.Lgs 24/2023)

34. LA FORMAZIONE

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione, per il ruolo strategico che i percorsi formativi rivestono nel sostenere i processi culturali, le innovazioni organizzative, l'aggiornamento dei contenuti della professione. Dai dati prodotti dal monitoraggio di primo livello (autovalutazione) ed il monitoraggio dei secondo livello, condotto dall'Ufficio del RPCT, nonché dalle evidenze e motivazioni delle misurazioni applicate, è emersa una scarsa conoscenza da parte del personale

afferente alle UU.OO. sui contenuti delle normative di riferimento ai fini della prevenzione della corruzione, con conseguenziale scarsa collaborazione. Queste resistenze vanno rimosse, in termini culturali, con adeguati e mirati processi formativi, che consentano una maggiore partecipazione di tutti i dipendenti degli uffici alle varie fasi di predisposizione del P.T.P.C.T., promuovendo, così, la piena condivisione degli obiettivi e la più ampia responsabilizzazione di tutti i dipendenti. In tema di anticorruzione, la programmazione formativa dell'A.S.P. è finalizzata a raggiungere i seguenti obiettivi:

- l'attività amministrativa svolta da soggetti consapevoli con la conseguente riduzione del rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente;
- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- la creazione di una base omogenea minima di conoscenza, che rappresenta l'indispensabile presupposto per programmare la rotazione del personale;
- la creazione della competenza specifica necessaria per il dipendente per svolgere la nuova funzione da esercitare a seguito della rotazione;
- la creazione di competenze specifiche per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- la creazione di competenze specifiche in materia di trasparenza e di obblighi di pubblicazione;
- l'occasione di un confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio ad ufficio, reso possibile dalla compresenza di personale "in formazione" proveniente da esperienze professionali e culturali diversificate; ciò rappresenta un'opportunità significativa per coordinare ed omogeneizzare all'interno dell'ente le modalità di conduzione dei processi da parte degli uffici, garantendo la costruzione di "buone pratiche amministrative" a prova di impugnazione e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;
- la diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici, orientamenti spesso non conosciuti dai dipendenti e dai dirigenti anche per ridotta disponibilità di tempo da dedicare all'approfondimento;
- la riduzione di prassi contrarie alla corretta interpretazione della norma di volta in volta applicabile e, per converso, la diffusione delle buone pratiche;
- la diffusione di valori etici, mediante la condivisione di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

La programmazione formativa in materia di anticorruzione è improntata alle indicazioni fornite dall'ANAC: organicamente inserita nel Piano Formativo Aziendale, assegnata negli obiettivi del Piano della Performance, individuata come misura ulteriore per specifiche aree di rischio, è strutturata ed erogata in base a criteri definiti dal RPCT e comunicati di concerto con il Responsabile dell'UO Formazione. La formazione generale comprende una sezione ad hoc per il Codice di Comportamento –

Conflitti di interessi, ed è finalizzata a diffondere i contenuti dell'anticorruzione a tutto il personale, dando priorità ai soggetti più direttamente coinvolti nell'azione del RPCT e ai dirigenti e ai dipendenti delle aree a più elevato rischio. Tenuto conto dell'evidente scarsa conoscenza, da parte dei dipendenti, sulle tematiche legate alla prevenzione della corruzione e della trasparenza, l'obiettivo principale della formazione del 2025, come per gli anni precedenti, sarà rivolto almeno al 30% circa dei dipendenti e sarà espletata, tenuto conto della vastità del territorio dell'Azienda, nelle proprie sedi di lavoro, al fine di favorire la massima adesione possibile.

PARTE III- SEZIONE TRASPARENZA

35. CONSIDERAZIONI GENERALI SULLA TRASPARENZA

La trasparenza è indicata espressamente dal PNA quale prima misura di prevenzione del rischio corruttivo, ed occupa un particolare spazio nella complessiva strategia preventiva in ragione non solo del suo carattere trasversale, ma soprattutto per il complesso di normative e di regolamentazioni in materia. Come suggerito dalle norme in materia, ed in linea di continuità con i precedenti Piani dell'Azienda, costituisce sezione del P.T.P.C.T. 2025/2027 che collega gli obiettivi della trasparenza con quelli contenuti negli altri documenti strategici dell'Azienda e col ciclo della performance.

Di seguito è presentato il documento organizzativo dell'ASP di Caltanissetta, comprendente modalità, contenuti, strumenti e tempistica mediante i quali cui l'Azienda adotta e applica le misure di trasparenza nella propria azione amministrativa, completato dall'Allegato 2 "Elenco degli obblighi di pubblicazione - Sezione Amministrazione Trasparente", che ne costituisce parte integrante

36. PRINCIPI GENERALI, FINALITÀ E OBIETTIVI STRATEGICI

Il decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, recante “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche» ha comportato importanti modifiche in tema di trasparenza, con il definitivo chiarimento sulla natura, la revisione e la razionalizzazione degli obblighi di pubblicazione nei siti delle pubbliche amministrazioni, nonché il nuovo diritto di “accesso civico generalizzato” ad atti, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria, diverso dall’ accesso civico previsto nel previgente D.Lgs. n.33/2013. Mentre, da un lato, ha determinato la riduzione degli oneri gravanti sulle amministrazioni pubbliche, prevedendo la possibilità di pubblicare informazioni riassuntive, elaborate per aggregazione (art. 3 co. 1-bis), in sostituzione della pubblicazione integrale, dall’altro ha enfatizzato il ruolo dei cittadini nella partecipazione alla vita della pubblica amministrazione. Infatti il nuovo testo dell’art.1 del Decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33 - Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni sancisce che “la trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all’attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”. L’Organo di governo dell’ASP di Messina, consapevole dell’importanza assunta dalla trasparenza negli orientamenti normativi e applicativi nazionali e internazionali, la considera una misura di fondamentale rilievo per la prevenzione della corruzione, e la utilizza quale strumento integrato nella complessiva azione amministrativa, finalizzato alla promozione dell’integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito della propria attività

(P.N.A. 2016) , mediante la pianificazione di azioni in grado di garantire: a) un adeguato livello di trasparenza dell'attività dei propri Uffici e Servizi; b) la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità nelle proprie relazioni interne ed esterne. In linea generale, l'orientamento strategico alla trasparenza è espresso all'interno dell'Atto Aziendale 2017, negli Elementi Identificativi dell'Azienda:

- trasparenza e comunicazione interna ed esterna figurano tra le scelte strategiche della mission;
- la vision aziendale prevede "l'applicazione delle disposizioni sulla trasparenza, di cui al decreto legislativo n. 150/09, attraverso il miglioramento dell'apposita pagina web dedicata e l'adozione del programma triennale per la trasparenza e l'integrità, da pubblicare on line, ove sono contenute le azioni che intende svolgere per assicurare un livello adeguato di trasparenza";
- "trasparenza delle azioni e delle attività dell'Azienda" sono tra i principi ispiratori della gestione;
- accessibilità e trasparenza degli atti mirate al coinvolgimento dei cittadini costituiscono i principi ispiratori del servizio al cittadino.

L'Atto Aziendale fissa inoltre i propri obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, al capitolo 31, inquadrando la Prevenzione della Corruzione nell'Assetto Istituzionale dell'Azienda e fornendo, a partire dall'individuazione di una figura unica di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, le linee strategiche di indirizzo, gli ambiti di competenza, le modalità operative e organizzative, che sono confluiti nel PTPCT. In particolare, si sottolinea la rilevanza strategica data alla "collaborazione con la UO Controllo di Gestione, relativamente alla connessione col Piano della Performance, e con la UO Formazione e Aggiornamento riguardo ai processi formativi correlati". In applicazione di quanto disposto dall'Atto Aziendale, il documento di programmazione 2022–2024, che detta "il livello di programmazione strategica" della complessiva attività aziendale e "la definizione del sistema di valutazione, monitoraggio e misurazione delle azioni da compiere per realizzare il soddisfacimento del bisogno pubblico del bene salute", ossia il Piano della Performance, è redatto "in sintonia con l'aggiornamento 2015 del PNA (determinazione ANAC n.12/2015), aggiornamento del PNA 2016 (delibera ANAC n.831/2016)", e degli aggiornamenti 2017 (Delibera ANAC n. 1208/2017) e 2018 (delibera ANAC n. 1074/2018) come "parte della complessa normativa in materia di trasparenza" e in modo coordinato ed integrato con il PTPCT 2022-2024. Il coinvolgimento nella redazione di entrambi i piani è stato perfezionato attraverso la partecipazione attiva del personale dirigente che è stato invitato a realizzare sia la mappatura e l'analisi del contesto esterno ed interno relativamente alle UU.OO. di propria competenza, sia l'indicazione degli obiettivi, degli indicatori e delle azioni da perseguire tanto in materia di misurazione e valutazione della performance tanto in materia di controllo del rischio corruttivo, per il triennio di riferimento. Gli obiettivi della presente sezione sono formulati in collegamento con la programmazione strategica e operativa dell'A.S.P. di Messina, definita, come detto, nel Piano della Performance.

37. QUALITÀ DEI DATI E OBBLIGO DI PUBBLICAZIONE

La pubblicazione delle informazioni e dei dati sul sito istituzionale deve rispondere ai parametri previsti dall'art. 6 del D.Lgs. n. 33/2013 e cioè: integrità, costante aggiornamento, completezza del dato pubblicato, tempestività della pubblicazione, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità e conformità rispetto ai documenti originali con indicazione della loro provenienza.

I Responsabili delle pubblicazioni, individuati nell'allegato A del presente Piano contenente gli obblighi di pubblicazione, devono impegnarsi nella raccolta, elaborazione e pubblicazione, nelle forme previste, dei dati individuati dal citato decreto legislativo, procedendo ad un costante e tempestivo aggiornamento degli stessi. In caso di inadempimento o di adempimento parziale o di ritardo degli obblighi in materia di pubblicazione, saranno avviate nei confronti dei Dirigenti Responsabili le segnalazioni previste dall'art. 43 del D.Lgs. n. 33/2013 s.m.i.

L'Azienda ha ritenuto di individuare un modello organizzativo a responsabilità diffusa, da cui deriva che ogni struttura aziendale è responsabile della pubblicazione dei dati che produce e del loro aggiornamento.

Secondo le previsioni del D.Lgs. n. 33 s.m.i. un dato non aggiornato o non fedele all'originale equivarrebbe ad omessa pubblicazione e, conseguentemente, costituirebbe elemento di valutazione delle responsabilità ai sensi dell'art.46.

Le linee Guida A.N.A.C., approvate con delibera n. 1310 del 28/12/2016, forniscono indicazioni operative, di carattere generale, riguardo alle modalità di pubblicazione, ai fini di un miglioramento della "qualità" e della "semplicità" di consultazione dei dati, documenti ed infornazioni da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Di recente è stato adottato il provvedimento di cui all'articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Appare opportuno precisare che i dati oggetto di pubblicazione sono esposti in tabelle, poiché l'esposizione sintetica dei dati, documenti e informazioni agevola il livello di semplicità di consultazione dei dati della sezione "Amministrazione Trasparente".

Le linee guida indicano la tipologia di atti da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente", specificando, altresì, che le pubbliche amministrazioni, in una logica di piena apertura verso l'esterno, possono pubblicare "dati ulteriori" oltre a quelli espressamente richiesti dalla legge, nella sotto-sezione di 1° livello "Altri contenuti" sotto-sezione di 2° livello "Dati ulteriori" laddove non sia possibile ricondurli ad alcuna delle sotto-sezioni in cui deve articolarsi la sezione "Amministrazione Trasparente".

Si afferma, poi, quale regola generale, la necessità dell'indicazione della data di aggiornamento del dato, documento e informazione in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione

Trasparente", con l'indicazione della data di aggiornamento, distinguendo quella di iniziale pubblicazione da quella del successivo aggiornamento.

Restano, in ogni caso, valide le indicazioni già fornite nell'allegato 2 della delibera A.N.A.C. n. 50/2013, in ordine ai criteri di qualità della pubblicazione dei dati, con particolare riferimento ai requisiti di completezza, formato e dati di tipo aperto.

Per quanto attiene alla durata dell'obbligo di pubblicazione, fermi restando i diversi termini previsti rispettivamente dagli artt. 14, comma 2, e 15, comma 4, del D.Lgs. n. 33/2013 s.m.i., i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, vanno pubblicati per un periodo di cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione e, comunque, fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti.

Secondo le modifiche introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, trascorso il quinquennio o i diversi termini previsti, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito.

Dopo i predetti termini, la trasparenza è comunque assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico.

38. ATTIVITÀ DI VIGILANZA E DI MONITORAGGIO

Il RPCT, provvederà, con le modalità ritenute opportune, con cadenza periodica o tempestivamente, secondo necessità, ad effettuare un monitoraggio a campione, con riferimento a:

- Tipologia del dato;
- Completezza del dato;
- Certezza della produzione del dato.

Per l'individuazione dei contenuti della sezione della Trasparenza sono coinvolte le seguenti UU.OO. con i relativi responsabili all'individuazione/l'elaborazione e pubblicazione dei dati.:

- U.O. RESPONSABILE Dipartimento di Prevenzione per la Salute
- U.O.C. SPEM)
- U.O.C. Laboratorio Sanità Pubblica
- U.O.C. SIAN U.O.C. SIAV
- U.O.C. SPRESAL
- U.O.C. Servizio Impiantistica e Antinfortunistica (SIA)
- U.O.C. Accreditamento

- Dipartimento Prevenzione Veterinario
- U.O.C. Servizio Sanità Animale
- U.O.C. Igiene Alimenti di Origine Animale
- U.O.C. Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche Dipartimento Attività Socio Sanitarie
- U.O.C. Riabilitazione
- U.O.C. Riabilitazione Età Evolutiva
- U.O.C. Assistenza Sanitaria Pazienti Fragili ed Integrazione Socio-Sanitaria
- Dipartimento del Farmaco
- U.O.C. Assistenza Farmaceutica Ospedaliera
- U.O.C. Farmaceutica Territoriale
- Dipartimento Salute Mentale
- Dipartimento Risorse Tecnologiche e Finanziarie
- U.O.C. Provveditorato U.O.C. Tecnico
- U.O.C. Economico Finanziario
- U.O.C. Acquisizione Prestazioni Sanitarie
- Dipartimento Risorse Umane Sviluppo Organizzativo, Affari Generali e Patrimonio
- U.O.C. Gestione Personale Dipendente
- U.O.C. Affari Generali
- U.O.C. Gestione Personale Convenzionato
- U.O.C. Patrimonio
- U.O.C. Coordinamento Staff
- U.O.C. Controllo di Gestione, Sistemi Informativi e Statistici
- U.O.S. Servizio Psicologia
- U.O.S. Servizio Psicologia Area
- U.O.C. Servizio Prevenzione e Protezione
- Dipartimento Cure Primarie

- U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica e Medicina Legale
- U.O.C. Medicina Penitenziaria
- Distretto Sanitario di Gela
- Distretto Sanitario di Caltanissetta
- Distretto Sanitario di San Cataldo
- Distretto Sanitario di Mussomeli
- Dipartimento Cure Ospedaliere

Così come previsto dal novellato art.10 del D.Lgs. 33/2013 (che prevede l'accorpamento tra programmazione della trasparenza e programmazione delle misure di prevenzione della corruzione), la sezione del PTPCT sulla trasparenza è impostata come atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, all'interno dell'ente, l'individuazione/l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati. Viene conferita diretta competenza e responsabilità ai Direttori delle UU.OO. degli obblighi di pubblicazione). Ciò ha garantito un rilevante miglioramento nella qualità delle informazioni. Con ripetute direttive e raccomandazioni sono state interessate tutte le UU.OO dell'Azienda sui contenuti del nuovo Decreto Trasparenza (D.Lgs. n.33/13 così come modificato dal D.Lgs. n.97/16) sui nuovi obblighi di pubblicazione, sul nuovo istituto dell'"accesso civico generalizzato" (FOIA), e sulla sua applicazione. Sono state trasmesse alle UU.OO interessate e responsabili, le Linee Guida recanti le indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n.97/2016, con allegato l'aggiornamento degli obblighi di pubblicazione di cui alla delibera n.50/2013 CiVIT, allegando stralcio degli obblighi di interesse

La vigilanza sul rispetto degli obblighi derivanti dalla normativa sulla trasparenza è affidata:

1. Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, che svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Amministrazione degli obblighi di pubblicazione, segnalando alla Direzione Generale, all'O.I.V., e, nei casi più gravi, all'U.P.D. i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
2. All 'Organismo Indipendente di Valutazione, che ha il compito di verificare la coerenza degli obiettivi del P.T.P.C. con quelli previsti nel Piano della Performance nonché di attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione.

Il singolo cittadino ha facoltà di esercitare la vigilanza sul rispetto degli obblighi, mediante lo strumento dell'accesso civico che può diventare un controllo c.d. sociale sull'operato dell'Azienda.

Per quanto attiene al monitoraggio, l'Ufficio Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza eserciterà il monitoraggio, sullo stato delle pubblicazioni della Sezione Amministrazione Trasparente, al fine di verificare l'assolvimento degli obblighi previsti dal D.Lgs. n. 33/2013 s.m.i.

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, al fine di assicurare l'adempimento alle previsioni normative, sono attribuiti poteri di impulso nei confronti dei responsabili della pubblicazione dei dati nelle relative sezioni, con facoltà di adottare misure organizzative idonee a garantire l'assolvimento dei relativi obblighi.

39. L'ACCESSO CIVICO "SEMPLICE" E L'ACCESSO CIVICO "GENERALIZZATO"

39.1 ACCESSO CIVICO

Ai sensi dell'art. 5, comma 1, del D. Lgs n.33 del 2013, l'accesso civico "semplice" è il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati che le pubbliche amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare, nei casi in cui sia stata omessa la pubblicazione.

Il comma 2 del medesimo articolo, così come modificato dal D. Lgs n.97 del 2016, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, prevede, inoltre, la possibilità, per chiunque, di accedere a dati, documenti e informazioni, detenuti dalle P.A., ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria ('accesso civico generalizzato' equivalente all'anglosassone 'Freedom of information' act : FOIA).

40. SCHEMA DELLE TIPOLOGIA DI ACCESSO

Nello schema sotto riportato sono esemplificate le tipologie di accesso ai dati e documenti detenuti dalla Pubblica Amministrazione:

- Accesso documentale (accesso agli atti) disciplinato dalla legge n.241 del 1990, limitato ai soggetti con interesse differenziato;
- Accesso civico semplice, disciplinato dal D. Lgs. n. 33 del 2013, art. 5, comma 1, limitato a documenti, informazioni o dati per i quali è previsto uno specifico obbligo di pubblicazione, nei casi in cui questa sia stata omessa;
- Accesso civico generalizzato, disciplinato dal D. Lgs. n. 33 del 2013, art. 5 comma 2 e art. 5-bis, relativo all'accesso a dati, documenti, informazioni ulteriori rispetto a quelli oggetto di obbligo di pubblicazione.

Si riporta la seguente tabella di raffronto:

	ACCESSO DOCUMENTALE (ACCESSO AGLI ATTI)	ACCESSO CIVICO A DATI DA PUBBLICARE	ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	Legge n. 241/1990 art. 22 ss.	D. Lgs. n. 33/2013 art. 5, comma 1	D. Lgs. n. 33/2013 art. 5, comma 2 e art. 5-bis
ACCESSO RISPETTO AL SOGGETTO	LIMITATO ai soggetti titolari di un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento per il quale è stato richiesto l'accesso	ILLIMITATO Chiunque può esercitarlo anche indipendentemente dall'essere cittadino italiano o residente nel territorio dello Stato	ILLIMITATO chiunque può esercitarlo anche indipendentemente dall'essere cittadino italiano o residente nel territorio dello Stato
ACCESSO RISPETTO ALL'OGGETTO	LIMITATO sono accessibili i documenti amministrativi, ad eccezione di quelli indicati nell'articolo 24 della L. n. 241/90. Il diritto di accesso è esercitabile fino a quando la pubblica amministrazione ha l'obbligo di detenere i documenti amministrativi ai quali si chiede di accedere.	LIMITATO ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione.	LIMITATO sono accessibili i dati e i documenti detenuti dalla Pubblica Amministrazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis del D.Lgs. n. 33/2013.
OGGETTO DELL'ACCESSO	documenti amministrativi	documenti, informazioni e dati	documenti e dati (esclusa qualsiasi attività aggiuntiva di elaborazione dei dati)

NECESSITÀ DI MOTIVARE LA RICHIESTA	si	no	no
RICHIESTA INDIRIZZATA A **(ALLEGANDO COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ)**	1. Ufficio che detiene i documenti richiesti 2. Ufficio Relazioni con il Pubblico L'istanza può essere presentata, attraverso l'apposito modulo, con una delle seguenti modalità: 1. direttamente presso l'ufficio protocollo generale; 2. tramite posta elettronica certificata (utilizzando un dominio mittente di posta elettronica certificata) agli indirizzi: protocollo.asp.cl@pec.asp.cl.it anticorruzione.trasparenza@pec.asp .cl.it	1. Responsabile per la Trasparenza e la prevenzione della corruzione L'istanza può essere presentata, attraverso l'apposito modulo, con una delle seguenti modalità: 1. direttamente presso l'ufficio protocollo; 2. tramite posta elettronica certificata (utilizzando un dominio mittente di posta elettronica certificata) agli	1. Ufficio che detiene i dati o i documenti richiesti 2. Ufficio relazioni con il Pubblico L'istanza può essere presentata con una delle seguenti modalità: 1. direttamente presso l'ufficio protocollo; 2. tramite posta elettronica certificata (utilizzando un dominio mittente di posta elettronica certificata) agli indirizzi: protocollo.asp.cl @pec. asp.cl.it anticorruzione.tr

		indirizzi: protocollo.asp.cl@pec.asp.cl.it anticorruzione.trasparenza@pec.asp.cl.it	aspare nza@pec.asp.cl.it

38.2 ACCESSO CIVICO A DATI E DOCUMENTI

Con riferimento ai termini procedurali dell'accesso civico si evidenzia che il procedimento di accesso civico deve concludersi, con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza, con la comunicazione del relativo esito al richiedente.

In caso di accoglimento, l'amministrazione trasmette 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 del 2013, pubblica sul sito i dati, le informazioni o i documenti richiesti.

In ottemperanza a quanto previsto dalle Linee Guida, di cui alla Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2017, l'ASP di Caltanissetta ha istituito un registro delle richieste di accesso pervenute (con riferimento alle tre tipologie di accesso) e con un monitoraggio semestrale.

41. L'ISTITUTO DEL RIESAME PER LE ISTANZE DI ACCESSO

Si tratta di un istituto, introdotto con decreto legislativo n. 97 del 2016 (la normativa cosiddetta FOIA -Freedom of Information Act), attraverso il quale viene fornito al richiedente, nell'ambito delle misure deflattive del contenzioso, uno strumento che consente la rivalutazione dell'istanza di accesso, in caso di diniego totale, parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato dall'art.5, comma 6, del

D. Lgs. n. 33 del 2013. L'organo competente a procedere in merito all'istanza di riesame è il RPCT, il quale si pronuncia entro 20 giorni.

42. REGISTRO DEGLI ACCESSI

Per finalità di monitoraggio interno delle richieste di accesso, aderendo alle raccomandazioni

A.N.A.C. contenute nelle linee guida adottate con delibera n. 1309 del 28/12/2016, viene istituito apposito Registro degli accessi presso l'U.O. Comunicazione.

In detto registro dovranno essere annotate le richieste di accesso presentate, per tutte le tipologie, con indicazione dell'oggetto, data, e relativo esito con la data della decisione.

Conseguentemente qualsiasi istanza di accesso, sia che la stessa sia pervenuta direttamente al la Struttura aziendale competente, sia che la stessa sia pervenuta all'Ufficio Protocollo, dovrà essere trasmessa, a cura dell'Ufficio ricevente, all'ufficio Trasparenza ed Anticorruzione per essere annotata nel registro.

Analoga comunicazione dovrà essere fatta dell'esito conclusivo dell'istanza di accesso.

43. INIZIATIVE DI PROMOZIONE DELLA TRASPARENZA

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta promuove la trasparenza attraverso specifiche iniziative rivolte a cittadini ed utenti sotto ripotate, in parte realizzate ed in parte da realizzarsi in attuazione del presente Piano:

Sito web aziendale

Il sito web aziendale (www.asp.cl.it), rappresenta il principale e più immediato strumento di comunicazione offerto ad utenti e cittadini. Esso fornisce informazioni utili sui servizi offerti e sulle modalità di accesso agli stessi, sulle Strutture Aziendali nonché sull'organizzazione dell'Azienda, consentendo di diffondere, in modo chiaro e aperto, notizie in merito alla gestione dell'Azienda, il sito web aziendale viene costantemente aggiornato e monitorato al fine di migliorare il servizio offerto agli utenti.

Iniziative per favorire lo sviluppo della cultura della legalità e della trasparenza

Al fine di favorire lo sviluppo della cultura della trasparenza ed integrità, di garantire adeguati livelli di trasparenza e di favorire la partecipazione degli stakeholders interni ed esterni, si presta particolare cura alla continua e costante implementazione del sito web aziendale, in tutte le sue sezioni.

44. DISPOSIZIONE FINALE

Il presente Piano, è stato redatto muovendo dalle normative di settore, tenendo conto delle peculiarità proprie dell' Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta. L'Azienda provvederà tempestivamente alla revisione del Piano qualora si rendessero necessarie successive modifiche ed integrazioni o a seguito di mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione e comunque annualmente. Infine il Piano potrà essere oggetto di aggiornamento anche sulla base dell'esperienza che si maturerà nel corso della sua applicazione, al fine di realizzare compiutamente strategie di più efficace contrasto ai fenomeni di corruzione e di illegalità.

Sarà cura dei Responsabili delle articolazioni aziendali diffondere e far conoscere il presente Piano e ogni successiva modifica dello stesso a tutto il personale ad essi assegnato. I suddetti Responsabili, ai quali ai sensi della normativa vigente, sono attribuiti obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione, dovranno comunicare al Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza, l'effettiva conoscenza del Piano da parte di tutto il personale agli stessi assegnato, anche attraverso la relazione annualmente predisposta

Tutto il personale dell'Azienda è tenuto al puntuale rispetto del presente Piano. La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare sanzionabile secondo quanto previsto dalla legge e dai CC.CC.NN.LL.. Per quanto non previsto nel Piano si rinvia alle norme di legge previste in materia. Il presente Piano verrà pubblicato sul sito aziendale nella sottosezione denominata "Altri Contenuti" – "Prevenzione della Corruzione"

IL R.P.C.T.
(Dott.ssa Carmela Murè)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Salvatore Lombardo)

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Salvatore Lucio Ficarra

Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche dell'ASP di Caltanissetta

Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025/2027

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche – ASP Caltanissetta

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE								
N.	**Processo**	**Area di rischio : Gestione di interventi chirurgici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile del processo e della misura**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Tempestività dell'intervento chirurgico per la frattura del collo del femore nei pazienti sopra i 65 anni (Obiettivo di valore pubblico)	**Possibile evento rischioso:** Fenomeni di cattiva gestione degli interventi in esame che fanno trascurare il livello di priorità da attribuire agli stessi. **Fattori abilitanti:** Assenza di verifica periodica del rispetto della tempestività in esame, delle motivazioni dell'eventuale ritardo e dei correttivi da adottare per il miglioramento	Non essendo stati registrati, sinora, casi del possibile evento rischioso indicato, è da ritenere che la probabilità sia bassa ma la possibilità che l'evento si verifichi porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "**Medio"**	Controllo - Verificare la tempestività degli interventi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore del Dipartimento	Numero di interventi effettuati oltre due giorni dal ricovero / numero di ricoveri eleggibili per frattura del collo del femore riferiti a pazienti sopra i 65 anni	Verifica trimestrale dell'indicatore, indicante le motivazioni dell'eventuale ritardo ed i correttivi da adottare per il miglioramento.

Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025/2027

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche – ASP Caltanissetta

U.O.S.D. ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE								
N.	**Processo**	**Area di rischio : Rapporti con soggetti erogatori**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile del processo e della misura**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Verifica requisiti accreditamento strutture sanitarie pubbliche e private	**Possibile evento rischioso:** Abuso nel rilascio di pareri al fine di agevolare i soggetti richiedenti. **Fattori abilitanti:** Assenza di specifiche procedure per verbali e checklist	Non essendo stati registrati, sinora, casi del possibile evento rischioso indicato, è da ritenere che la probabilità sia bassa ma la possibilità che l'evento si verifichi porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "**Medio"**	Regolamentazione - Adozione di procedure per verbali e checklist	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) I verbali relativi alle attività svolte debbono essere sottoscritti anche dall'utente ove specificatamente indicate da circolari assessoriali.	Sottoscrizione del 100% dei verbali.
							2) Utilizzo, in fase di verifica, delle checklist cartacee o informatizzate secondo gli aggiornamenti indicati dall'Ass. Regionale della Salute	Utilizzo delle checklist nel 100% delle pratiche.

Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025/2027

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche – ASP Caltanissetta

U.O.C. ASSISTENZA TERRITORIALE E TUTELA DELLA FRAGILITA'								
N.	**Processo**	**Area di rischio per tutti i processi: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Gestione Strutture private accreditate	**Possibile evento rischioso:** Liquidazione fatture di importi non dovuti **Fattori abilitanti:** Assenza di procedure per gestioni sensibili. Carenza di etica e di standard di comportamento	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è:**"Alto"**	Regolamentazione - Adozione di procedure per gestioni "sensibili"	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Previsione di più operatori per lo svolgimento della procedura "sensibile"	Presenza di più operatori nel 100% delle procedure
				Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento - N° di incontri			Svolgimento di incontri periodici tra dirigenti competenti	N° 1 incontro nell'anno
2	Attribuzione incarichi di medicina specialistica	**Possibile evento rischioso:** Attribuzione incarichi di medicina specialistica a non aventi diritto **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo		Regolamentazione - Adozione di procedure per attribuzione incarichi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Previsione di più operatori per lo svolgimento della procedura "sensibile"	Presenza di più operatori nel 100% delle procedure
				Controllo - N° di controlli sulle autocertificazioni			Implementazione dei controlli a campione sulle autocertificazioni	Controlli sul 50% autocertificazioni
3	Gestione liste d'attesa servizi ambulatoriali	**Possibile evento rischioso:** Improprio inserimento nelle liste d'attesa **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo		Regolamentazione - Adozione di procedure per l'informatizzazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Informatizzazione della procedura	Informatizzazione del 100% delle prestazioni
				Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento - N° incontri			1) Riunioni con il responsabili interni ed esterni della procedura CUP	N° 2 Incontri

		Possibile evento rischioso: Uso di falsa documentazione per agevolare taluni nel riconoscimento del beneficio **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulla documentazione presentata			2) Facoltà di visita e richiesta di ulteriori accertamenti	Nel 5% dei casi è richiesta ulteriore certificazione

U.O.C. ASSISTENZA TERRITORIALE E TUTELA DELLA FRAGILITA'								
N.	**Processo**	**Area di rischio processo n. 4: Contratti pubblici** **Area rischio processo n. 5: Liste di attesa**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
4	Esecuzione eventuale di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Può farsi riferimento, quali best practice, alle indicazioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali
5	Autorizzazioni per trattamenti riabilitativi	**Possibile evento rischioso:** Inosservanza delle liste di attesa **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli su autorizzazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica liste di attesa	Controllo sul 20 % delle pratiche

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA								
N.	**Processo**	**Area di rischio processi da n. 1 a n. 5 : Controlli verifiche, ispezioni e sanzioni**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Registrazione attività produttive a piani di controllo delle malattie degli animali	**Possibili eventi rischiosi:** Falsa o omessa attestazione/registrazione con conseguente agevolazione per taluni soggetti all'accesso a fondi economici **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	Non essendo stati registrati, sinora, casi dei possibili eventi rischiosi indicati, è da ritenere che la probabilità sia bassa, ma la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Medio"**	Controllo - N° di controlli su attestazione/registrazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Procedura interna di controllo incrociato	1 controllo al mese
2	Registrazione attività produttive e controlli sulla sicurezza alimentare	**Possibili eventi rischiosi:** Omesso o improprio controllo al fine di agevo-lare taluni soggetti **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulla sicurezza alimentare	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica a campione da parte del dirigente del servizio competente sugli interventi espletati dagli operatori	1 controllo al mese
3	Attività di controllo e conseguente rilascio della documentazione a seguito di richiesta di accesso documentale	**Possibili eventi rischiosi:** Mancanza di imparzialità nell'esercizio di controllo. Non esaustività nel rilascio della documentazione a seguito della richiesta di accesso agli atti **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulle segnalazioni.	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Dipartimento	Verifica delle segnalazioni	Verifica sul 100% delle segnalazioni.
4	Attività relativa i codici aziendali	**Possibile evento rischioso:** Anomalia nell'attribuzione della codifica delle aziende, con conseguente danno alle attività. **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La presenza di interessi, anche economici, rilevanti del processo determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulle segnalazioni.	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Dipartimento	Verifica delle segnalazioni	Verifica sul 100% delle segnalazioni.
5	Verbali di contestazione per l'accertamento di illeciti amministrativi ed irrogazione di eventuali sanzioni	**Possibile evento rischioso:** Eccesso discrezionalità nella disamina di fatti relativi l'accertamento **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La presenza nel processo di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulle segnalazioni.	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Dipartimento	Verifica dei verbali	Verifica sul 100% dei verbali.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA								
N.	**Processo**	**Area di rischio processo n. 6: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
6	Esecuzione eventuale di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore Dipartimento	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Può farsi riferimento, quali best practice, alle indicazioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE								
N.	**Processo**	**Area di rischio processi da n. 1 a n. 2: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato Area rischio processo n. 3: Liste di attesa Area rischio processo n. 4: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Affido/ Adozioni	**Possibile evento rischioso:** Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto la valutazione delle capacità genitoriali a favore alcuni di soggetti **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	Non essendo stati registrati, sinora, casi dei possibili eventi rischiosi indicati, è da ritenere che la probabilità sia bassa, ma la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Medio"**	Controllo - N° di controlli sulle procedure di valutazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controllo N° procedure di valutazione completate.	Controllo sul 100% delle procedure di valutazione
2	Inserimento minori in comunità	**Possibile evento rischioso:** Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto l'inserimento di minori in una comunità a favore di una rispetto ad un'altra **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità		Regolamentazione - Adozione di una determinata procedura di inserimento	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Definizione dei criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter seguito per le proposte di inserimento in comunità	Il 100% delle proposte di inserimento deve contenere criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter seguito per le proposte di inserimento in comunità
3	Presa in carico gravidanza fisiologica	**Possibile evento rischioso:** Favorire l'accesso a visite ostetriche e/o orientamento della donna presso studi privati, per un gestione poco trasparente delle procedure di gestione delle prenotazioni **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione di una determinata procedura relativa il percorso di prenotazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Gestione trasparente dei tempi di attesa delle prestazioni	Tempi di attesa delle prestazioni entro 15 giorni
4	Corsi di accompagnamento alla nascita, puerperio, allattamento	**Possibili eventi rischiosi:** Orientare le scelte di acquisto di prodotti e/o servizi utile nel percorso nascita e post partum. Coinvolgere rappresentanti di case farmaceutiche. Coinvolgere relatori in conflitto d'interesse. **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità		Regolamentazione - Adozione di una determinata procedura relativa i corsi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	N° CAN (Corsi di accompagnamento alla nascita), organizzati secondo le procedure aziendali e progettati uniformemente a livello aziendale	Il 100% dei corsi attivati devono essere organizzati secondo le procedure aziendali e progettati uniformemente a livello aziendale

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE								
N.	**Processo**	**Area di rischio processo n. 5: Contratti pubblici** **Area di rischio processo n. 6: Processi sanitari**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
5	Esecuzione eventuale di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Può farsi riferimento, quali best practice, alle indicazioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

6	Percorso integrato orientato al supporto psicologico delle assistite che devono affrontare il parto. (Obiettivo di valore pubblico: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza pregresso cesareo)	**Possibile evento rischioso:** Fenomeni di cattiva gestione relativi il lavoro di equipe tra servizi del territorio e ospedalieri nell'affrontare il necessario supporto psicologico alle assistite **Fattori abilitanti:** Assenza di verifica periodica dell'effettiva attuazione del percorso integrato orientato al supporto psicologico delle assistite	Non essendo stati registrati, sinora, casi del possibile evento rischioso indicato, è da ritenere che la probabilità sia bassa ma la possibilità che l'evento si verifichi porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "**Medio**"	Controllo - Verificare il livello di soddisfazione delle assistite	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Dipartimento	N.ro di pazienti soddisfatti/N.ro assistite intervistate.	Questionario da somministrare dopo il parto alle assistite dei corsi di accompagnamento alla nascita, orientato a misurare il livello di soddisfazione del sostegno psicologico nell'affrontare il parto naturale nei servizi offerti dal territorio e dall'ospedale

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE								
N.	**Processi**	**Area di rischio: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Inserimento pazienti in CTA da parte dell'UOC Salute Mentale	**Possibile evento rischioso:** Indebita agevolazione nella scelta di una struttura rispetto ad un'altra **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sugli inserimenti	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Controllo delle procedure di inserimento da parte del Responsabile di U.O.C. e /o U.O.S.	Controllo sul 30% degli inserimenti
							2) Controllo delle procedure di inserimento da parte dei dirigenti referenti per la residenzialità	Controllo sul 30% degli inserimenti
							3) Visite ispettive da parte di un gruppo multidisciplinare	Almeno n. 1 ispezione/anno
2	Inserimento pazienti in CTA da parte dell'UOC Salute Mentale	**Possibile evento rischioso:** Indebita agevolazione di un utente rispetto ad una possibile lista d'attesa **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sugli inserimenti	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Controllo delle procedure di inserimento da parte del Responsabile di U.O.C. e /o U.O.S.	Controllo sul 30% degli inserimenti
							2) Controllo delle procedure di inserimento da parte dei dirigenti referenti per la residenzialità	Controllo sul 30% degli inserimenti
							3) Visite ispettive da parte di un gruppo multidisciplinare	Almeno n 1 ispezione/anno
3	Certificazione medico legale da parte dell'UOC Salute Mentale	**Possibile evento rischioso:** Indebito riconoscimento di certificazione con conseguente agevolazione di un utente **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli su Certificazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Controllo delle procedure da parte del Responsabile di U.O.C. e /o U.O.S.	Controllo sul 30% dei certificati
							2) Controllo del rispetto dei tempi di osservazione clinica, per utenti non in carico, non inferiore a due mesi, con scheda anamnestica obbligatoria da parte del medico curante ad eccezione delle certificazioni per idoneità fisica al lavoro, iscrizione universitaria e pazienti allettati	Controllo sul 30% dei certificati
4	Inserimento pazienti in strutture residenziali da parte dell'UOC Dipendenze Patologiche	**Possibile evento rischioso:** Indebita agevolazione nella scelta di una struttura rispetto ad un'altra **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulle procedure	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1)Controllo delle procedure di inserimento da parte del Responsabile di U.O.C. e /o U.O.S.	Controllo sul 30% degli inserimenti
							2)Controllo delle procedure da parte dei dirigenti referenti per la residenzialità	Controllo sul 30% degli inserimenti

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE								
N.	**Processi**	**Area di rischio: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
5	Inserimento pazienti in strutture residenziali da parte dell'UOC Dipendenze Patologiche	**Possibile evento rischioso:** Indebita agevolazione di un utente rispetto ad una possibile lista d'attesa **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sugli inserimenti	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Controllo delle procedure di inserimento da parte del Responsabile di U.O.C. e /o U.O.S.	Controllo sul 30% degli inserimenti
							2)Controllo delle procedure di inserimento da parte dei dirigenti referenti per la residenzialità	Controllo sul 30% degli inserimenti
6	Certificazione medico legale da parte dell'UOC Dipendenze Patologiche	**Possibile evento rischioso:** Indebito riconoscimento di certificazione con agevolazione di un utente **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulla certificazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1)Controllo delle procedure da parte del Responsabile di U.O.C. e /o U.O.S.	Controllo sul 30% dei certificati
7	Inserimento pazienti in strutture residenziali da parte dell'UOC NPI	**Possibile evento rischioso:** Indebita agevolazione di un utente rispetto ad una possibile lista d'attesa **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sugli inserimenti	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Controllo delle procedure di inserimento da parte del Responsabile di U.O.C. e /o U.O.S.	Controllo sul 30% degli inserimenti
							2) Controllo delle procedure di inserimento da parte dei dirigenti referenti per la residenzialità	Controllo sul 30% degli inserimenti
8	Certificazione medico legale da parte dell'UOC NPI	**Possibile evento rischioso:** Indebito riconoscimento di certificazione con conseguente agevolazione di un utente **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulla certificazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Controllo delle procedure da parte del Responsabile di U.O.C. e /o U.O.S	Controllo sul 30% dei certificati
							2) Controllo del rispetto dei tempi di osservazione clinica, per utenti non in carico, non inferiore a due mesi	Controllo sul 30% dei certificati
9	PAL (Piano d'azione Locale per la Salute mentale) Educativa Domiciliare per l'inclusione sociale	**Possibile evento rischioso:** Indebita agevolazione nella scelta di una cooperativa sociale rispetto ad un'altra. **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulla scelta	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Controllo delle procedure di inserimento nei PTI da parte del Responsabile di UPC UOS	Controllo sul 30% degli inserimenti
							2) Controllo da parte dei Case Manager	Controllo sul 30% degli inserimenti
							3) Controllo sulla libera scelta da parte degli utenti delle cooperative eroganti il servizio	Controllo sul 30% degli inserimenti
							4) Equa distribuzione alle cooperative sociali di prestazioni di servizi a gruppi di utenti o di familiari	Controllo sul 30% degli inserimenti

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE								
N.	**Processo**	**Area di rischio processo n. 10: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato** **Area di rischio processo n. 11: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
10	Inserimento nei centri diurni per l'autismo	**Possibile evento rischioso:** Indebita agevolazione delle strutture competenti **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sugli inserimenti	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Dipartimento	Controllo delle procedure di inserimento	Controllo sul 100% degli inserimenti
11	Esecuzione eventuale di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Può farsi riferimento, quali best practice, alle indicazioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025/2027

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche – ASP Caltanissetta

U.O.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. S.ELIA								
N°	**Processo**	**Area di rischio processi n. 1 e 2 : Rapporti con soggetti erogatori Area di rischio processo n. 3 : Liste di attesa**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Accesso del personale esterno a strutture aziendale	**Possibile evento rischioso:** Attività tendente a favorire informatori ditte esterne (es. ditte farmaceutiche, presidi, dispositivi etc…) **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo	La presenza nel processo di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione procedure per accessi - Indicatori 1), 2)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	1) Direttore Medico P.O. Responsabili UU.OO.	1) Applicazione direttive sull'accesso alle varie UU.OO. del Direttore del Reparto con accessi limitati nei giorni e orari UU.OO..	SI/NO
				Controllo - N° di controlli su applicazione procedure - Indicatore 3)		2 e 3) Responsabili UU.OO.	2) Applicazione procedure per registrazione degli accessi e richiesta di incontri programmati e collettivi, divieto per personale esterno di entrare nei reparti, registrazione accessi e verifica loro attività.	2) Adozione registrazione e verifica accessi
							3) Monitoraggio su applicazione procedure	3) Monitoraggio semestrale
2	Decesso intraospedaliero	**Possibile evento rischioso:** Induzione all'utilizzazione di una specifica impresa di onoranze funebri nei confronti dei parenti del deceduto **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità		Regolamentazione - Adozione procedure in applicazione di Regolamento aziendale e di Direttive e per l'aggiornamento degli elenchi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Medico P.O.	1) Adozione e applicazione regolamento aziendale.	SI/NO
							2) Direttive interne (consegna alle UU.OO. del Regolamento Aziendale).	SI/NO
							3) Aggiornamento annuale degli elenchi delle ditte di onoranze funebri operanti nel territorio di Enna e Provincia, esposti presso l'obitorio di ciascun Presidio Ospedaliero, a seguito di sorteggio della lettera alfabetica iniziale.	3) Aggiornamento annuale
3	Gestione lista di attesa / Sale Operatorie	**Possibili eventi rischiosi:** Governo scorretto delle liste di attesa per favorire particolari utenti. Scelte del paziente condizionate dagli operatori al fine di favorire un determinato specialista. **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo		Regolamentazione - Adozione procedure per produzione schede - Indicatore 1)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	1) Responsabili UU.OO. Direttore Medico P.O.	1) Produzione da parte delle UU.OO. Chirurgiche di schede settimanali relative ai programmi operatori.	1) Produzione settimanale schede
				Controllo - N° di controlli liste e tempi di attesa - Indicatori 2), 3)		2) Direttore Medico P.O.	2) Monitoraggio delle liste di attesa per i ricoveri e loro pubblicazione sul sito istituzionale aziendale.	2) Monitoraggio semestrale

U.O.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. S.ELIA								
N°	**Processo**	**Area di rischio processo n. 4: Rapporti con soggetti erogatori** **Area di rischio processo n. 5: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
4	Trasporti Sanitari. Servizi di ambulanze private	**Possibili eventi rischiosi:** Chiamata esclusiva verso una ditta per il trasporto sanitario. Induzione all'utilizzazione di uno specifico servizio di ambulanze private nei confronti dei parenti del paziente dimesso **Fattori abilitanti:** Mancanza di trasparenza, di imparzialità e di controllo	La presenza nel processo di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	1) Regolamentazione - Adozione procedura di aggiornamento - Indicatore 1)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Medico P.O.	1) Aggiornamento Registro presso la Direzione Medica di Presidio ed il Pronto Soccorso dell'elenco ambulanze disponibili ad assicurare il trasporto sanitario dei pazienti ricoverati.	1) Aggiornamento Registro presso la Direzione Medica di Presidio ed il Pronto Soccorso
				Regolamentazione - Adozione procedure per calendario - Indicatori 2)			2) Consegna Registro disponibilità ambulanze alla UOS Pronto Soccorso P.O. Basilotta	2) Consegna Registro
				Controllo - N° di controlli chiamate - Indicatore 3)			3) Verifica e monitoraggio delle chiamate alle ditte preposte al servizio.	3) Verifica semestrale.
5	Esecuzione di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore Medico P.O.	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Da prendere a rifermento le disposizioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

U.O.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. GELA								
N°	**Processo**	**Area di rischio processi n. 1 e 2 : Rapporti con soggetti erogatori** **Area di rischio processo n. 3 : Liste di attesa**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione** **-** **Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Accesso del personale esterno a strutture aziendale	**Possibile evento rischioso:** Attività tendente a favorire informatori ditte esterne (es. ditte farmaceutiche, presidi, dispositivi etc…) **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione procedure per accessi - Indicatori 1), 2)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	1) Direttore Medico P.O. Responsabili UU.OO.	1) Applicazione direttive sull'accesso alle varie UU.OO. del Direttore del Reparto con accessi limitati nei giorni e orari UU.OO..	SI/NO
				Controllo - N° di controlli su applicazione procedure - Indicatore 3)		2 e 3) Responsabili UU.OO.	2) Applicazione procedure per registrazione degli accessi e richiesta di incontri programmati e collettivi, divieto per personale esterno di entrare nei reparti, registrazione accessi e verifica loro attività.	2) Adozione registrazione e verifica accessi
							3) Monitoraggio su applicazione procedure	3) Monitoraggio semestrale
2	Decesso intraospedaliero	**Possibile evento rischioso:** Induzione all'utilizzazione di una specifica impresa di onoranze funebri nei confronti dei parenti del deceduto **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità		Regolamentazione - Adozione procedure in applicazione di Regolamento aziendale e di Direttive e per l'aggiornamento degli elenchi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Medico P.O.	1) Adozione e applicazione regolamento aziendale.	1) SI/NO
							2) Direttive interne (consegna alle UU.OO. del Regolamento Aziendale).	2) SI/NO
							3) Aggiornamento annuale degli elenchi delle ditte di onoranze funebri operanti nel territorio di Enna e Provincia, esposti presso l'obitorio di ciascun Presidio Ospedaliero, a seguito di sorteggio della lettera alfabetica iniziale.	3) Aggiornamento annuale
3	Gestione lista di attesa / Sale Operatorie	**Possibili eventi rischiosi:** Governo scorretto delle liste di attesa per favorire particolari utenti. Scelte del paziente condizionate dagli operatori al fine di favorire un determinato specialista. **Fattori abilitanti:** Mancanza di		Regolamentazione - Adozione procedure per produzione schede - Indicatore 1)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	1) Responsabili UU.OO. Direttore Medico P.O.	1) Produzione da parte delle UU.OO. Chirurgiche di schede settimanali relative ai programmi operatori.	1) Produzione settimanale schede

		imparzialità e di controlli		Controllo - N° di controlli liste e tempi di attesa - Indicatori 2), 3)		2) Direttore Medico P.O.	2) Monitoraggio delle liste di attesa per i ricoveri e loro pubblicazione sul sito istituzionale aziendale.	2) Monitoraggio semestrale

U.O.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. GELA								
N°	**Processo**	**Area di rischio processo n. 4: Rapporti con soggetti erogatori Area di rischio processo n. 5: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
4	Trasporti Sanitari Servizi di ambulanze private	**Possibili eventi rischiosi:** Chiamata esclusiva verso una ditta per il trasporto sanitario. Induzione all'utilizzazione di uno specifico servizio di ambulanze private nei confronti dei parenti del paziente dimesso **Fattori abilitanti:** Mancanza di trasparenza, di imparzialità e di controllo	La presenza nel processo di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	1) Regolamentazione - Adozione procedura di aggiornamento - Indicatore 1)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Medico P.O.	1) Aggiornamento Registro presso la Direzione Medica di Presidio ed il Pronto Soccorso dell'elenco ambulanze disponibili ad assicurare il trasporto sanitario dei pazienti ricoverati.	1) Aggiornamento Registro presso la Direzione Medica di Presidio ed il Pronto Soccorso
				Regolamentazione - Adozione procedure per calendario - Indicatori 2)			2) Consegna Registro disponibilità ambulanze alla UOS Pronto Soccorso P.O. Chiello	2) Consegna Registro
				Controllo - N° di controlli chiamate - Indicatore 3)			3) Verifica e monitoraggio delle chiamate alle ditte preposte al servizio.	3) Verifica semestrale.

5	Esecuzione di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Da prendere a rifermento le disposizioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025/2027

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche – ASP Caltanissetta

U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. GELA								
N°	**Processo**	**Area di rischio processi n. 1 e 2 : Rapporti con soggetti erogatori Area di rischio processo n. 3 : Liste di attesa**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Accesso del personale esterno a strutture aziendale	**Possibile evento rischioso:** Attività tendente a favorire informatori ditte esterne (es. ditte farmaceutiche, presidi, dispositivi etc…) **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione procedure per accessi - Indicatori 1), 2)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	1) Direttore Medico P.O. Responsabili UU.OO.	1) Applicazione direttive sull'accesso alle varie UU.OO. del Direttore del Reparto con accessi limitati nei giorni e orari UU.OO..	SI/NO
				Controllo - N° di controlli su applicazione procedure - Indicatore 3)		2 e 3) Responsabili UU.OO.	2) Applicazione procedure per registrazione degli accessi e richiesta di incontri programmati e collettivi, divieto per personale esterno di entrare nei reparti, registrazione accessi e verifica loro attività.	2) Adozione registrazione e verifica accessi
							3) Monitoraggio su applicazione procedure	3) Monitoraggio semestrale
2	Decesso intraospedaliero	**Possibile evento rischioso:** Induzione all'utilizzazione di una specifica impresa di onoranze funebri nei confronti dei parenti del deceduto **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità		Regolamentazione - Adozione procedure in applicazione di Regolamento aziendale e di Direttive e per l'aggiornamento degli elenchi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Medico P.O.	1) Adozione e applicazione regolamento aziendale.	SI/NO
							2) Direttive interne (consegna alle UU.OO. del Regolamento Aziendale).	SI/NO
							3) Aggiornamento annuale degli elenchi delle ditte di onoranze funebri operanti nel territorio di Enna e Provincia, esposti presso l'obitorio di ciascun Presidio Ospedaliero, a seguito di sorteggio della lettera alfabetica iniziale.	3) Aggiornamento annuale
3	Gestione lista di attesa / Sale Operatorie	**Possibili eventi rischiosi:** Governo scorretto delle liste di attesa per favorire particolari utenti. Scelte del paziente condizionate dagli operatori al fine di favorire un determinato specialista. **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo		Regolamentazione - Adozione procedure per produzione schede - Indicatore 1)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	1) Responsabili UU.OO. Direttore Medico P.O.	1) Produzione da parte delle UU.OO. Chirurgiche di schede settimanali relative ai programmi operatori.	1) Produzione settimanale schede
				Controllo - N° di controlli liste e tempi di attesa - Indicatori 2), 3)		2) Direttore Medico P.O.	2) Monitoraggio delle liste di attesa per i ricoveri e loro pubblicazione sul sito istituzionale aziendale.	2) Monitoraggio semestrale

U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. CALTANISSETTA								
N°	**Processo**	**Area di rischio processo n. 4: Rapporti con soggetti erogatori Area di rischio processo n. 5: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
4	Trasporti Sanitari Servizi di ambulanze private	**Possibili eventi rischiosi:** Chiamata esclusiva verso una ditta per il trasporto sanitario. Induzione all'utilizzazione di uno specifico servizio di ambulanze private nei confronti dei parenti del paziente dimesso **Fattori abilitanti:** Mancanza di trasparenza, di imparzialità e di controllo	La presenza nel processo di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	1) Regolamentazione - Adozione procedura di aggiornamento - Indicatore 1)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Medico P.O.	1) Aggiornamento Registro presso la Direzione Medica di Presidio ed il Pronto Soccorso dell'elenco ambulanze disponibili ad assicurare il trasporto sanitario dei pazienti ricoverati.	1) Aggiornamento Registro presso la Direzione Medica di Presidio ed il Pronto Soccorso
				Regolamentazione - Adozione procedure per il Registro - Indicatore 2)			2) Consegna Registro disponibilità ambulanze alle UOS Pronto Soccorso P.O. Umberto I°	2) Consegna Registro
				Controllo - N° di controlli chiamate - Indicatore 3)			3) Verifica e monitoraggio delle chiamate alle ditte preposte al servizio.	3) Verifica semestrale.
5	Esecuzione di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Da prendere a rifermento le disposizioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

U.O.S. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO DI GELA								
N°	**Processo**	**Area di rischio processi n. 1 e 2 : Rapporti con soggetti erogatori Area di rischio processo n. 3 : Liste di attesa**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Accesso del personale esterno a strutture aziendale	**Possibile evento rischioso:** Attività tendente a favorire informatori ditte esterne (es. ditte farmaceutiche, presidi, dispositivi etc…) **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione procedure per accessi - Indicatori 1), 2)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	1) Direttore Medico P.O. Responsabili UU.OO.	1) Applicazione direttive sull'accesso alle varie UU.OO. del Direttore del Reparto con accessi limitati nei giorni e orari UU.OO..	SI/NO
				Controllo - N° di controlli su applicazione procedure - Indicatore 3)		2 e 3) Responsabili UU.OO.	2) Applicazione procedure per registrazione degli accessi e richiesta di incontri programmati e collettivi, divieto per personale esterno di entrare nei reparti, registrazione accessi e verifica loro attività.	2) Adozione registrazione e verifica accessi
							3) Monitoraggio su applicazione procedure	3) Monitoraggio semestrale
2	Decesso intraospedaliero	**Possibile evento rischioso:** Induzione all'utilizzazione di una specifica impresa di onoranze funebri nei confronti dei parenti del deceduto **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità		Regolamentazione - Adozione procedure in applicazione di Regolamento aziendale e di Direttive e per l'aggiornamento degli elenchi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Medico P.O.	1) Adozione e applicazione regolamento aziendale.	SI/NO
							2) Direttive interne (consegna alle UU.OO. del Regolamento Aziendale).	SI/NO
							3) Aggiornamento annuale degli elenchi delle ditte di onoranze funebri operanti nel territorio di Enna e Provincia, esposti presso l'obitorio di ciascun Presidio Ospedaliero, a seguito di sorteggio della lettera alfabetica iniziale.	3) Aggiornamento annuale
3	Gestione lista di attesa / Sale Operatorie	**Possibili eventi rischiosi:** Governo scorretto delle liste di attesa per favorire particolari utenti. Scelte del paziente condizionate dagli operatori al fine di favorire un determinato specialista. **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo		Regolamentazione - Adozione procedure per produzione schede - Indicatore 1)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	1) Responsabili UU.OO. Direttore Medico P.O.	1) Produzione da parte delle UU.OO. Chirurgiche di schede settimanali relative ai programmi operatori.	1) Produzione settimanale schede
				Controllo - N° di controlli liste e tempi di attesa - Indicatori 2), 3)		2) Direttore Medico P.O.	2) Monitoraggio delle liste di attesa per i ricoveri e loro pubblicazione sul sito istituzionale aziendale.	2) Monitoraggio semestrale

U.O.S. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO DI GELA								
N°	**Processo**	**Area di rischio processo n. 4: Rapporti con soggetti erogatori** **Area di rischio processo n. 5: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi.** **Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione** **-** **Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
4	Trasporti Sanitari Servizi di ambulanze private	**Possibili eventi rischiosi:** Chiamata esclusiva verso una ditta per il trasporto sanitario. Induzione all'utilizzazione di uno specifico servizio di ambulanze private nei confronti dei parenti del paziente dimesso **Fattori abilitanti:** Mancanza di trasparenza, di imparzialità e di controllo	La presenza nel processo di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	1) Regolamentazione - Adozione procedura di aggiornamento - Indicatore 1)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Medico P.O.	1) Aggiornamento Registro presso la Direzione Medica di Presidio ed il Pronto Soccorso dell'elenco ambulanze disponibili ad assicurare il trasporto sanitario dei pazienti ricoverati.	1) Aggiornamento Registro presso la Direzione Medica di Presidio ed il Pronto Soccorso
				Regolamentazione - Adozione procedure per il Registro - Indicatore 2)			2) Consegna Registro disponibilità ambulanze alla UOS Pronto Soccorso FBC	2) Consegna Registro
				Controllo - N° di controlli chiamate - Indicatore 3)			3) Verifica e monitoraggio delle chiamate alle ditte preposte al servizio.	3) Verifica semestrale.
5	Esecuzione di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Da prendere a rifermento le disposizioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025/2027

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche – ASP Caltanissetta

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI CALTANISSETTA								
N.	**Processo**	**Area di rischio dei processi n. 1, 2 e 4: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato Area di rischio del processo n. 3: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Allineamento variazioni anagrafiche dell'Anagrafe Assistiti	**Possibile evento rischioso:** Mancato allineamento e conseguente danno erariale **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	Non essendo stati registrati, sinora, casi del possibile evento rischioso indicato, è da ritenere che la probabilità sia bassa, ma la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno erariale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Medio"**	Controllo - N° di controlli incrociati con anagrafe comunale	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controllo incrociato con anagrafe comunale, Agenzia delle entrate al fine di verificare l'allineamento	N.1 controllo mensile
2	Autorizzazioni: Assistenza protesica; Assistenza integrativa	**Possibili eventi rischiosi:** Autorizzazioni improprie **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli pratiche protesica	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli pratiche protesica da evadere entro 30 giorni	Controllo 100% Protesica
				Controllo - N° di controlli assistenza integrativa			Controlli assistenza integrativa per evadere autorizzazioni da 1 a 7 giorni, in presenza della documentazione sanitaria richiesta	Controllo sul 20 % delle pratiche assistenza integrativa
3	Rimborsi ad assistiti	**Possibile evento rischioso:** Inosservanza dei requisiti e dell'ordine cronologico di presentazione dell'istanza **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° controlli su evasione richieste dei rimborsi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sull'evasione delle richieste dei rimborsi nel rispetto dell'ordine cronologico di presentazione dell'istanza	Controllo sul 20 % delle pratiche

4	Rilascio esenzione per: invalidità, patologia, reddito	**Possibile evento rischioso:** Riconoscimento indebito dell'esenzione dal pagamento di ticket sanitari al fine di agevolare determinatiti soggetti **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulle auto-certificazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sulle autocertificazioni	Controllo sul 20 % delle pratiche

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI CALTANISSETTA								
N.	**Processo**	**Area di rischio del processo n. 5: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato** **Area di rischio del processo n. 6: Rapporti con soggetti erogatori** **Area di rischio del processo n. 7: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi.** **Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione** **-** **Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
5	Gestione utenti RSA pubblica RSA privata	**Possibile evento rischioso:** Non aderenza dei requisiti d'accesso alla normativa **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° controlli requisiti d'accesso	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Valutazione da parte dell'UVM dei requisiti d'accesso per cui autorizza o nega e dimette	Controllo sul 100 % delle pratiche
6	Verifica prestazioni Specialisti ambulatoriali	**Possibile evento rischioso:** Riconoscimento indebito di importi non dovuti **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La presenza nei processi di attività che è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° controlli su documentazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli della documentazione attestante le prestazioni erogate	Controlli sul 100% delle pratiche

7	Esecuzione di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Da prendere a rifermento le disposizioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI GELA

N.	Processo	Area di rischio processi n. 1, 2, 4 e 5: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato Area di rischio processo n. 3: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Allineamento variazioni anagrafiche dell'Anagrafe Assistiti	**Possibile evento rischioso:** Mancato allineamento e conseguente danno erariale **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	Non essendo stati registrati, sinora, casi del possibile evento rischioso indicato, è da ritenere che la probabilità sia bassa, ma la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno erariale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Medio"**	Controllo - N° di controlli su allineamento	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controllo incrociato con anagrafe comunale, Agenzia delle entrate al fine di verificare l'allineamento	N.1 controllo mensile
2	Autorizzazioni: Assistenza protesica; Assistenza integrativa	**Possibili eventi rischiosi:** Autorizzazioni improprie **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli su autorizzazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli pratiche protesica da evadere entro 30 giorni	Controllo sul 100% delle pratiche di protesica
							Controlli assistenza integrativa per evadere autorizzazioni da 1 a 7 giorni, in presenza della documentazione sanitaria richiesta	Controllo sul 20 % delle pratiche di assistenza integrativa

3	Rimborsi ad assistiti	**Possibile evento rischioso:** Inosservanza dei requisiti e dell'ordine cronologico di presentazione dell'istanza **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli su richieste	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sulla soddisfazione delle richieste dei rimborsi nel rispetto dell'ordine cronologico di presentazione dell'istanza	Controllo sul 20 % delle pratiche
4	Rilascio esenzione per: invalidità, patologia, reddito	**Possibile evento rischioso:** Riconoscimento indebito dell'esenzione dal pagamento di ticket sanitari per agevolare determinati soggetti **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sul rilascio esenzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sulle autocertificazioni	Controllo sul 20 % delle pratiche
5	Gestione utenti RSA	**Possibile evento rischioso:** Non aderenza dei requisiti d'accesso alla normativa **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° controlli sulla gestione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica valutazione da parte dell'UVM dei requisiti d'accesso per cui autorizza o nega e dimette	Controllo sul 100 % delle pratiche

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI GELA								
N.	**Processo**	**Area di rischio processi n. 6: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato Area di rischio processo n. 7: Rapporti con soggetti erogatori Area di rischio processo n. 8: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
6	Autorizzazioni per trattamenti riabilitativi	**Possibile evento rischioso:** Inosservanza dei requisiti. Inosservanza della lista d'attesa. **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulle autorizzazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica obbligo per gli utenti beneficiari di sottoscrivere attestazione di fruizione di servizio	Controllo sul 100% delle pratiche
							Verifiche liste d'attesa	Controllo sul 100% delle pratiche
7	Verifica prestazioni Specialisti ambulatoriali	**Possibile evento rischioso:** Riconoscimento indebito di importi non dovuti **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La presenza nei processi di attività che è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "**Alto**"	Controllo - N° controlli su prestazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli delle documentazione attestante le prestazioni erogate	Controlli sul 100% delle pratiche

8	Esecuzione di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Da prendere a rifermento le disposizioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI CALTANISSETTA								
N.	**Processo**	**Area di rischio processi n. 1, 3 e 4: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato** **Area di rischio processo n. 2: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Autorizzazioni: Assistenza protesica; Assistenza integrativa	**Possibile evento rischioso:** Autorizzazioni improprie **Fattore abilitante:**		Controllo - N° di controlli su	Fase 1. Da attuarsi nel corso	Direttore UOC	Controlli pratiche protesica da evadere entro 30 giorni	Controllo sul 100% delle pratiche di protesica

		Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	autorizzazioni	dell'anno		Controlli assistenza integrativa per evadere autorizzazioni da 1 a 7 giorni, in presenza della documentazione sanitaria richiesta	Controllo sul 20 % delle pratiche assistenza integrativa
2	Rimborsi ad assistiti	**Possibile evento rischioso:** Inosservanza dei requisiti e dell'ordine cronologico di presentazione dell'istanza **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulle richieste	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sulla soddisfazione delle richieste dei rimborsi nel rispetto dell'ordine cronologico di presentazione dell'istanza	Controllo sul 20 % delle pratiche di richiesta
3	Rilascio esenzione per invalidità e patologia	**Possibile evento rischioso:** Riconoscimento indebito dell'esenzione dal pagamento di ticket sanitari per agevolare determinatiti soggetti **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sul rilascio esenzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sulle certificazioni del medico curante	Controllo sul 20 % delle pratiche
4	Autorizzazioni per trattamenti riabilitativi	**Possibile evento rischioso:** Inosservanza dei requisiti **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli su autorizzazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica obbligo per gli utenti beneficiari di sottoscrivere attestazione di fruizione di servizio	Controllo sul 20 % delle pratiche

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI CALTANISSETTA								
N.	**Processo**	**Area di rischio processo n. 5: Rapporti con soggetti erogatori** **Area di rischio processo n. 6: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
5	Verifica prestazioni Specialisti ambulatoriali	**Possibile evento rischioso:** Riconoscimento indebito di importi non dovuti **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La presenza nei processi di attività che è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "**Alto**"	Controllo - N° di controlli su prestazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli della documentazione attestante le prestazioni erogate	Controlli sul 100% delle pratiche
6	Esecuzione di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Da prendere a rifermento le disposizioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI MUSSOMELI								
N.	**Processo**	**Area di rischio processi n. 1, 2, 4 e 5: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato Area di rischio processo n. 3: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Allineamento variazioni anagrafiche dell'Anagrafe Assistiti	**Possibile evento rischioso:** Mancato allineamento e conseguente danno erariale **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	Non essendo stati registrati, sinora, casi del possibile evento rischioso indicato, è da ritenere che la probabilità sia bassa, ma la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno erariale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Medio"**	Controllo - N° di controlli su allineamento	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controllo incrociato con anagrafe comunale, Agenzia delle entrate al fine di verificare l'allineamento	N.1 controllo mensile
2	Autorizzazioni: Assistenza protesica; Assistenza integrativa	**Possibile evento rischioso:** Autorizzazioni improprie **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli su autorizzazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli pratiche protesica da evadere entro 30 giorni	Controllo sul 100% delle pratiche di protesica
							Controlli assistenza integrativa per evadere autorizzazioni da 1 a 7 giorni, in presenza della documentazione sanitaria richiesta	Controllo sul 20 % delle pratiche assistenza integrativa
3	Rimborsi ad assistiti	**Possibile evento rischioso:** Inosservanza dei requisiti e dell'ordine cronologico di presentazione dell'istanza **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulle richieste	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sull'evasione delle richieste dei rimborsi nel rispetto dell'ordine cronologico di presentazione dell'istanza	Controllo sul 20 % delle pratiche di richiesta
4	Rilascio esenzione per: invalidità, patologia, reddito	**Possibile evento rischioso:** Riconoscimento indebito dell'esenzione dal pagamento di ticket sanitari al fine di agevolare determinatiti soggetti **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sul rilascio esenzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sulle autocertificazioni	Controllo sul 20% delle pratiche
5	Autorizzazioni per trattamenti riabilitativi	**Possibili eventi rischiosi:** Inosservanza dei requisiti. Inosservanza della lista d'attesa. **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli su autorizzazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica obbligo per gli utenti beneficiari di sottoscrivere attestazione di fruizione di servizio	Controllo sul 20 % delle pratiche

							Verifiche liste d'attesa	Controllo sul 20 % delle pratiche

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI MUSSOMELI								
N.	**Processo**	**Area di rischio processo n. 6: Rapporti con soggetti erogatori Area di rischio processo n. 7 e 8: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario Area di rischio processi n. 9 e 10: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
6	Verifica prestazioni Specialisti ambulatoriali	**Possibile evento rischioso:** Riconoscimento indebito di importi non dovuti **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La presenza nei processi di attività che è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "**Alto**"	Controllo - N° di controlli su prestazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli delle documentazione attestante le prestazioni erogate	Controlli sul 100% delle pratiche
7	Contributo for. spese di viaggio	**Possibile evento rischioso:** Autorizzazione senza parere favorevole Commissione Sanitaria Reg. **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sui contributi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica ricezione parere Commissione Sanitaria Reg.	Controllo sul 100% delle pratiche
8	Trasporto emodializzati mezzo propri	**Possibile evento rischioso:** Liquidazione superiore alle giornate di viaggio **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto	Controllo - N° di controlli su i viaggi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica date sedute emodializzati	Controllo del 100% delle date sedute emodializzati
9	Autorizzazioni per: Microinfusori Oss. terapia dom. Ventilatori polmonari	**Possibile evento rischioso:** Inosservanza dei requisiti. **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli su autorizzazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica obbligo per gli utenti beneficiari di sottoscrivere attestazione di fruizione di servizio.	Controllo sul 100% delle pratiche

10	Verifica Prestazioni rendiconti relative ad ADI e ADI palliativa	**Possibile evento rischioso:** Mancata erogazione della prestazione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli su prestazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica obbligo per gli utenti beneficiari di sottoscrivere attestazione di fruizione di servizio.	Controlli cartacei sul 100% e controlli con accessi domiciliari sul 5% delle pratiche

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI MUSSOMELI								
N.	**Processo**	**Area di rischio processi n. 11 e 12: Rapporti con soggetti erogatori Area di rischio processo n. 13: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
Gestione OASI Maria S.S. Troina:								
11	Verifica ricoveri ospedalieri	**Possibile evento rischioso:** Inosservanza dei DRG **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sui ricoveri	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Relazione verifica NOC	Controlli sul 30% dei ricoveri
12	Verifica Prestazioni Specialistiche Laboratorio Analisi Chimico Cliniche Territoriali	**Possibile evento rischioso:** Inosservanza degli accessi e della erogazione delle prestazioni **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulle prestazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Relazione verifica Sanitari Incaricati	Controlli sull'80% delle prestazioni

13	Esecuzione di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Da prendere a rifermento le disposizioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

U.O.C. FARMACIA OSPEDALIERA P.O. S.ELIA

N.	Processo	Area di rischio processi da n. 1 a n. 3: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie Area di rischio processo n. 4: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Elaborazione dei fabbisogni da produrre al Servizio Provveditorato per i successivi acquisti	**Possibile evento rischioso:** Mancata ponderazione quali/quantitativa del fabbisogni **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	Non essendo stati registrati, sinora, casi del possibile evento rischioso indicato, è da ritenere che la probabilità sia bassa, ma la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno erariale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Medio"**	Controllo - N° di controlli sulle scadenze contrattuali	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	N° Controllo sulle scadenze contrattuali	Verifica Annuale
2	Gestione dei farmaci nei Reparti	**Possibile evento rischioso:** Anomalie della giacenza **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulle giacenze	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifiche delle giacenze fisiche	N. 3 ispezioni annuali
3	Ordini reagenti specialistici	**Possibile evento rischioso:** Aumento della spesa farmaceutica **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli su richieste	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controllo richieste	Predisposizione di tabulato dei consumi semestrali

4	Esecuzione di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Da prendere a rifermento le disposizioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025/2027

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche – ASP Caltanissetta

U.O.C. FARMACIA TERRITORIALE								
N.	**Processo**	**Area di rischio processi da n. 1 a n. 3: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie Area di rischio processo n. 4: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Controlli sulla spesa per Assistenza Integrativa erogata tramite farmacie private ed esercizi convenzionati	**Possibile evento rischioso:** Aumento della Spesa per Assistenza Integrativa **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	Non essendo stati registrati, sinora, casi del possibile evento rischioso indicato, è da ritenere che la probabilità sia bassa, ma la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno erariale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Medio"**	Controllo - N° di controlli N. pratiche erogate	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controllo delle pratiche relative alla fornitura dei presidi per pazienti diabetici	Controllo mensile sul 100% delle erogazioni effettuate dalle farmacie convenzionate o dagli esercizi di vicinato abilitati
2	Consegna dei farmaci c/o Depositi DPC (Distribuzioni per conto)	**Possibile evento rischioso:** Disallineamento tra giacenze contabili e reali **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulle giacenze	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifiche delle giacenze fisiche presso i depositi DPC per conto ASP Capofila Palermo come da DDG del 27/01/2021	N. 1 ispezioni annuali
3	Controlli sui medici di MMG e PLS	**Possibile evento rischioso:** Aumento della spesa farmaceutica **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli su prescrizioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controllo prescrizioni	Controllo mensile sul 100% delle prescrizioni

4	Esecuzione eventuale di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Può farsi riferimento, quali best practice, alle indicazioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

U.O.C. MEDICINA LEGALE FISCALE								
N.	**Processo**	**Area di rischio processi da n. 1 a n. 4: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Erogazione certificazioni di idoneità fisica e dello stato di salute	**Possibile evento rischioso:** Abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti al fini di agevolare determinati soggetti **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità		Rotazione - Adozione di procedure di rotazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Rotazione del personale adibito al rilascio delle certificazioni	Rotazione nel 50% dei processi

2	Visite Fiscali	**Possibile evento rischioso:** Abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti al fini di agevolare determinati soggetti **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Rotazione - Adozione di procedure di rotazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Rotazione del personale adibito al rilascio delle certificazioni	Rotazione nel 50% dei processi
3	Visite necroscopiche	**Possibile evento rischioso:** Abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti al fini di agevolare determinati soggetti **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità		Rotazione - Adozione di procedure di rotazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Rotazione del personale adibito al rilascio delle certificazioni	Rotazione nel 50% dei processi
4	Valutazione delle condizioni di disabilità: Invalidi civili, ciechi civili, sordi, L.295/90, 104/92, 68/99, ecc.	**Possibile evento rischioso:** Riconoscimento indebito di un beneficio previsto dalle norme **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità		Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento - N° di incontri	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Periodiche conferenze di servizio con diffusione delle linee guida per uniformare i criteri valutativi nell'ambito della discrezionalità	N° 1 conferenze nell'anno

U.O.C. MEDICINA LEGALE FISCALE								
N.	**Processo**	**Area di rischio processo n. 5: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
5	Esecuzione eventuale di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Può farsi riferimento, quali best practice, alle indicazioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025/2027

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche – ASP Caltanissetta

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Affidamenti diretti	**Possibile evento rischioso:** Acquisizione di prodotti infungibili con abuso della classificazione al fine di favorire un fornitore. **Fattori abilitanti:** Mancanza imparzialità e di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 1 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "**Alto**"	Regolamentazione - Adozione di procedure	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Applicazione delle Linee guida Anac n. 8 "Ricorso procedure negoziate senza previa pubblicazione di un Bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili".	1) SI/NO
				Controllo - N° di controlli su numeri di provvedimenti			2) Verifica delle dichiarazioni di infungibilità dei professionisti competenti.	2) Controllo sul 100% dei casi in esame
2	Affidamenti diretti "per estrema urgenza"	**Possibile evento rischioso:** Mancanza dei presupposti per gli affidamenti diretti "per estrema urgenza" **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 2 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli su affidamenti diretti "per estrema urgenza"	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Controlli su tutti gli affidamenti diretti proposti "per estrema urgenza" atti a verificarne la presenza dei presupposti per tali affidamenti	Controlli sul 100% degli affidamenti diretti "per estrema urgenza"

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
3	Esecuzione di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo.	Le tipologie dei processi nn. 3, 4, 5 sono indicate rispettivamente nei Focus 3, 4, 5 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac e sono considerate tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Da prendere a rifermento le disposizioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% dell'esecuzione di contratti
4	Richiesta di requisiti di partecipazione o di esecuzione	**Possibile evento rischioso:** Limitazione della concorrenza mediante richiesta di requisiti di partecipazione o di esecuzione non giustificati **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo.		Controllo - N° di controlli sui requisiti di partecipazione e di esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sui requisiti di partecipazione e di esecuzione attinenti e proporzionati all'oggetto di tutti gli appalti e alle effettive necessità della stazione appaltante, tenendo presente l'interesse pubblico ad avere il più ampio numero di potenziali partecipanti ed una prestazione congrua rispetto alle effettive esigenze	Controlli sul 100% delle richieste di requisiti di partecipazione o di esecuzione

5	Ricorso a proroghe e rinnovi	**Possibile evento rischioso:** Ricorso al rinnovo o alla proroga dei contratti in assenza dei presupposti **Fattori abilitanti:** Uso improprio e distorto della discrezionalità		Controllo - N° di controlli atti ad evitare il ricorso a rinnovi o a proroghe	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	1) Scadenziario e controllo di tutti i contratti in itinere al fine di una adeguata programmazione atta ad evitare il ricorso a rinnovi al di fuori dei casi normativamente previsti.	1) Predisposizione di uno scadenziario di tutti i contratti in itinere e controlli semestrali dei contratti in esame, atti ad evitare il ricorso a rinnovi o a proroghe al di fuori dei casi normativamente previsti.

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
5	Ricorso a proroghe e rinnovi	**Possibile evento rischioso:** Ricorso al rinnovo o alla proroga dei contratti in assenza dei presupposti **Fattori abilitanti:** Uso improprio e distorto della discrezionalità	La tipologia del processo è indicata nel Focus 5 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "**Alto**"	Regolamentazione - Adozione di una determinata procedura	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	2) Determinazione dei fabbisogni con tempistiche predeterminate (ad es. 60 giorni prima della scadenza del contratto), al fine di ottenere un corretto rilievo dei fabbisogni ed una conseguente corretta programmazione degli acquisti.	2) SI/NO
							3) Tempestiva richiesta (ad es. 60 giorni prima della scadenza del contratto) sullo stato dell'arte relativo le gare e la tempistica delle aggiudicazioni alle Centrali committenza	3) SI/NO
6	Verifica di anomalia delle offerte	**Possibili eventi rischiosi:** Valutazione non adeguata da parte del RUP o dell'apposita commissione di verifica non dotati delle necessarie competenze tecniche.	Le tipologie dei processi nn. 6,	Regolamentazione - Adozione di una determinata procedura di valutazione anomalie e di	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Verbalizzazione del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia.	1) Adozione del 100% delle verbalizzazioni delle valutazioni delle offerte

		Assenza di adeguata motivazione sulla non congruità dell'offerta, nonostante la sufficienza e pertinenza delle giustificazioni addotte dal concorrente o l'accettazione di giustificazioni di cui non si è verificata la fondatezza **Fattori abilitanti:** Uso improprio o distorto della discrezionalità	7 sono indicate rispettivamente nei Focus 6 e 7 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac sono considerate tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	verbalizzazione della valutazione delle offerte - Indicatori 1) e 2)			2) Verifica della congruità dell'anomalia	2)Specificare sempre espressamente nel verbale le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica dell'anomalia, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione.
7	Definizione dei criteri di partecipazione/ requisiti di qualificazione	**Possibile evento rischioso:** Definizione dei requisiti di accesso alla gara e in particolare dei requisiti tecnici economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa. **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità		Controllo - N° di controlli sui Bandi di gara	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Controllo dei bandi di gara, finalizzati a verificarne la previsione negli stessi di criteri connessi, ragionevoli e proporzionati all'oggetto del contratto, tenendo conto della natura e delle caratteristiche dei lavori, beni e servizi oggetto di acquisizione	1) Controllo sul 100% dei Bandi di gara

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
8	Individuazione del Responsabile del Procedimento e di qualsiasi altro incaricato	**Possibili eventi rischiosi:** Nomina del Responsabile del procedimento e di qualsiasi altro incaricato di una stazione appaltante, che ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto e che interviene nello svolgimento della stessa po-	La tipologia del processo n. 8 è indicata nel Focus 9 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, inoltre la Tabella 1 del PNA aggiornamento '23 denuncia, sia che la nomina di un RUP non in possesso di adeguati requisiti di professionalità, ai sensi dell'art. 15, d.lgs. 36/2023 e allegato I.2 al medesimo decreto, condiziona l'intera procedura di affidamento ed esecuzione dell'appalto, sia che la mancata rotazione degli incarichi di RUP possa essere adoperata per	Trasparenza - Presenza C.V. oggetto di pubblicazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Rinvio alla pubblicazione dei CV dei RUP, se dirigenti o titolari di posizione organizzativa, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. n. 33/2013 per far conoscere i requisiti di professionalità.	Rinvio nell'atto di nomina dei Rup alla pubblicazione dei CV dei RUP, se dirigenti o titolari di posizione organizzativa
				Rotazione - Numero di incarichi/pratiche ruotate sul totale			Incarichi (Dirigenti, rup, personale amministrativo, commissari di gara, progettisti esterni, collaudatori, collegi tecnici consultivi…)/pratiche sul totale in tutti i procedimenti delle gare, individuati con il criterio della rotazione	Incarichi/pratiche ruotate sul 100% dei procedimenti delle gare

		tendone influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato. **Fattori abilitanti:** Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto. Mancanza di imparzialità	favorire specifici soggetti. Quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Disciplina del conflitto di interesse - Verifica dichiarazioni			Verifica che siano state rese le dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di conflitti di interessi in relazione agli specifici oggetti delle gare da parte di tutti i soggetti incaricati summenzionati.	Verifica Dichiarazioni assenza conflitto di interessi del 100% dei soggetti incaricati
				Formazione - N° di partecipanti a corsi			Sensibilizzazione del personale al rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di conflitto di interessi	SI/NO
9	Adozione della "Check-list per gli appalti", All. n°8 del PNA '22	**Possibili eventi rischiosi:** Ampi margini di discrezionalità concessi dalla normativa, comportano maggiori rischi in termini di possibili fenomeni corruttivi o di *maladministration*, procedure non trasparenti o comunque gestite in difformità dalle norme o dai principi generali dell'ordinamento nazionale e comunitario **Fattori abilitanti:** Ampi margini di discrezionalità	Nel PNA 2022, All. n° 8 "Check-list per gli appalti" le procedure non a evidenza pubblica e situazioni di una certa rilevanza che possono verificarsi nella fase esecutiva possono comportare maggiori rischi corruttivi o di maladministration, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - Verifiche su procedure	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Adozione della "Check-list per gli appalti", All. n°8 del PNA '22 per la verifica di: - affidamenti diretti; - procedure negoziate per i servizi; - procedure negoziate per i lavori; - procedure in deroga; - modifiche dei contratti e varianti in corso d'opera.	SI/NO

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
10	Art. 50, d.lgs. 36/2023 Appalti sotto soglia comunitaria. (In particolare fattispecie di cui al comma 1 dell'articolo sopracitato: per gli appalti di servizi e forniture di importo fino a 140 mila € e lavori di importo inferiore 150 mila € affidamento diretto, anche senza consultazione di più OO.EE.)	**Possibili eventi rischiosi:** Possibile incremento del rischio di frazionamento artificioso, oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato, in modo tale da non superare la soglia prevista per l'affidamento diretto. **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità	Nella Tabella 1 del Piano Nazionale Anticorruzione Aggiornamento 2023 è denunciato che il processo in esame può comportare rischi corruttivi, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - Numero di controlli effettuati su numero di provvedimenti	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Individuazione di un campione del 10% dei contratti relativi gli affidamenti diretti e verifica di quelli che in un determinato arco temporale risultano essere gli affidatari più ricorrenti e se gli affidamenti siano stati artificiosamente frazionati.	Verifica sul campione del 10% dei contratti
		Possibili eventi rischiosi: Possibili affidamenti ricorrenti al medesimo operatore economico della stessa tipologia di Common procurement vocabulary (CPV), quando, in particolare, la somma di tali affidamenti superi la soglia di 140 mila euro. **Fattori abilitanti:** Uso improprio e distorto della discrezionalità					Individuazione di un campione del 10% dei contratti in base al Common procurement vocabulary (CPV) degli affidamenti posti in essere e verificare se gli operatori economici aggiudicatari siano sempre i medesimi e se gli affidamenti della stessa natura siano stati artificiosamente frazionati.	Verifica sul campione del 10% dei contratti

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
11	Per gli appalti - di servizi e forniture di valore compreso tra € 140 mila e la soglia comunitaria; - di lavori di valore pari o superiore a € 150.000 e inferiore a 1 milione di euro ovvero fino alla soglia comunitaria procedura negoziata ex art. 50, comma 1, lett. c), d, e) del Codice 36/23, previa consultazione di almeno 5 o 10 OO.EE., ove esistenti.	**Possibili eventi rischiosi:** Possibile incremento del rischio di frazionamento oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato, in modo tale da non superare i valori previsti dalla norma oppure mancata rilevazione o erronea valutazione dell'esistenza di un interesse transfrontaliero certo **Fattori abilitanti:** Uso improprio e distorto della discrezionalità	Nella Tabella 1 del PNA Aggiornamento 2023 è denunciato che il processo in esame può comportare maggiori rischi corruttivi, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - Numero di controlli effettuati su numero di provvedimenti	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Individuazione di un campione del 10% tra tutti gli affidamenti il cui importo è appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere alle procedure negoziate per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggiore frequenza invitati e aggiudicatari	Verifica su un campione del 10%
							Individuazione tra le procedure di affidamento in esame quelle in cui si rileva l'invito ad un numero di operatori economici inferiore a quello previsto dalla norma per le soglie di riferimento.	Verifica su un campione del 10%
							Individuazione di un campione del 10% dei contratti in base al Common procurement vocabulary (CPV) degli affidamenti con procedure negoziate posti in essere, al fine di verificare se gli operatori economici aggiudicatari siano sempre i medesimi e se gli affidamenti della stessa natura sono stati artificiosamente frazionati.	Verifica su un campione del 10%

							Verifica circa la corretta attuazione del principio di rotazione secondo il criterio dei successivi due affidamenti ex art. 49, commi 2 e 4 del Codice 36/23	Verifica su un campione del 10%

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
12	Art. 76 Codice 36/23 Appalti sopra soglia Quando il bando o l'avviso o altro atto equivalente sia adottato dopo il 30 giugno 2023, utilizzo delle procedure negoziate senza bando, ex art. 76 del Codice 36/23	**Possibili eventi rischiosi:** Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui all'art. 76 del Codice in assenza del ricorrere delle condizioni. **Fattori abilitanti:** Uso improprio e distorto della discrezionalità	Nella Tabella 1 del PNA Aggiornamento 2023 è denunciato che il processo in esame può comportare maggiori rischi corruttivi, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Trasparenza - Presenza di un determinato dato/informazione oggetto di pubblicazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alle procedure negoziate senza bando.	SI/NO

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
13	Art. 62, comma 1, e art. 63, comma 2, d.lgs. n. 36/2023 (In particolare: per gli appalti di servizi e forniture di importo inferiore a € 140 mila e lavori di importo inferiore € 500 mila in relazione ai livelli di qualificazione stabiliti dall'art. 63, comma 2 e i criteri stabiliti dall'All. II.4.)	**Possibili eventi rischiosi:** Possibile incremento del rischio di frazionamento, oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato, in modo tale da non superare le soglie previste dalla norma. Mancata rotazione degli operatori economici chiamati a partecipare e formulazione di inviti alla procedura ad un numero di soggetti inferiori a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri. **Fattori abilitanti:** Uso improprio e distorto della discrezionalità	Nella Tabella 1 del PNA Aggiornamento 2023 è denunciato che il processo in esame può comportare maggiori rischi corruttivi o di maladministration, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - Numero di controlli effettuati su numero di provvedimenti	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Individuazione di un campione del 10% tra tutti gli affidamenti il cui importo è appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere alle procedure negoziate per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggiore frequenza invitati e aggiudicatari	Verifica su un campione del 10%
							Individuazione tra le procedure di affidamento in esame quelle in cui si rileva l'invito ad un numero di operatori economici inferiore a quello previsto dalla norma per le soglie di riferimento.	Verifica su un campione del 10%
							Individuazione di un campione del 10% dei contratti in base al Common procurement vocabulary (CPV) degli affidamenti con procedure negoziate posti in essere, al fine di verificare se gli operatori economici aggiudicatari siano sempre i medesimi e se gli affidamenti della stessa natura sono stati artificiosamente frazionati.	Verifica su un campione del 10%
							Verifica circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti che garantisca la parità di trattamento in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare anche delle micro, piccole e medie imprese inserite negli elenchi	Verifica su un campione del 10%

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
14	Art. 2, co. 4, d.l. n. 76/2020 [Procedure la cui determina a contrarre sia stata adottata entro il 31 dicembre 2021. Per queste la deroga continua a valere per le successive fasi di affidamento ed esecuzione del contratto.]	**Possibili eventi rischiosi:** Nella fase dell'esecuzione, possibile ricorso a variazioni contrattuali in assenza dei vincoli imposti dalle Direttive Quadro, con il rischio di comportamenti corruttivi per far conseguire all'impresa maggiori guadagni (art. 72 della direttiva 2014/24/UE e art. 64 della direttiva 2014/25/UE). **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità	Nel PNA 2022, Tabella 12 "Esemplificazione di eventi rischiosi e relative misure di prevenzione" è denunciato che il processo in esame può comportare maggiori rischi corruttivi o di maladministration, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Trasparenza - Presenza di un determinato dato/informazione oggetto di pubblicazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Chiara e puntuale esplicitazione nel provvedimento di approvazione di una variante, delle ragioni che hanno dato luogo alla necessità di modificare il contratto iniziale.	SI/NO
				Regolamentazione - Adozione di una determinata procedura			Comunicazione al RPCT da parte di RUP e/o ufficio gare della presenza di varianti in corso d'opera per verifiche a campione, soprattutto con riferimento alle ipotesi di: a) incremento contrattuale superiore al 20% dell'importo iniziale; b) proroghe con incremento dei termini superiori al 30% di quelli inizialmente previsti; c) variazioni di natura sostanziale a causa di modifiche dell'equilibrio economico del contratto a favore dell'aggiudicatario in modo non previsto nel contratto iniziale, ovvero a causa di modifiche che estendono notevolmente l'ambito di applicazione del contratto.	Verifiche su un campione del 10%
				Trasparenza - Presenza della documentazione oggetto di pubblicazione			Pubblicazione in Amministrazione Trasparente, contestualmente alla loro adozione, dei provvedimenti di approvazione delle varianti.	SI/NO

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
15	Art. 2, co. 4, d.l. n. 76/2020 [Procedure la cui determina a contrarre sia stata adottata entro il 31 dicembre 2021. Per queste la deroga continua a valere per le successive fasi di affidamento ed esecuzione del contratto.]	**Possibili eventi rischiosi:** Esecuzione dell'appalto "non a regola d'arte" a causa dell'assenza di adeguati controlli sulla corretta esecuzione delle prestazioni contrattuali in violazione dei principi di economicità, efficacia, qualità della prestazione e correttezza nell'esecuzione dell'appalto. Ciò al fine di favorire l'appaltatore. Esecuzione delle prestazioni contrattuali attraverso il ricorso ad un subappalto non autorizzato e configurazione del reato previsto dall'art. 21 della L. n. 646/1982. **Fattori abilitanti:** Uso improprio e distorto della discrezionalità	Nel PNA 2022, Tabella 12 "Esemplificazione di eventi rischiosi e relative misure di prevenzione" è denunciato che il processo in esame può comportare maggiori rischi corruttivi o di maladministration, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione di una determinata procedura	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Nomina di un ufficio di Direzione Lavori composto da personale competente ed in numero adeguato che possa facilmente presidiare il cantiere effettuando giornalmente controlli sul personale ed i macchinari in uso all'appaltatore e ai subappaltatori e fornitori in generale.	SI/NO
							Circolare esplicativa alle Direzioni lavori recanti previsioni comportamentali su controlli in loco, periodici e a sorpresa, al fine di accertare che le prestazioni siano eseguite dall'aggiudicatario o da un subappaltatore non autorizzato. In tal caso è data la facoltà all'amministrazione appaltante di chiedere la risoluzione del contratto come prevede l'art. 21 della l. n. 646/1982.	SI/NO
16	Art. 215, d.lgs. n. 36/2023 e All. V.2 (Disciplina del Collegio consultivo tecnico (CCT) Per servizi e forniture di importo pari o superiore a 1 milione € e per lavori diretti alla realizzazione delle opere pubbliche di	**Possibili eventi rischiosi:** Nomina di soggetti che non garantiscono la necessaria indipendenza rispetto alle parti interessate (SA o impresa) anche al fine di ottenere vantaggi dalla posizione ricoperta. **Fattori abilitanti:** Uso im-	Nella Tabella 1 del PNA Aggiornamento 2023 è denunciato che il processo in esame può comportare maggiori rischi corruttivi, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione isti-	Trasparenza - Presenza della documentazione oggetto di pubblicazione			Pubblicazione in Amministrazione Trasparente dei dati relativi ai componenti del Collegio consultivo tecnico ai sensi dell'art. 28 d.lgs. n. 36/2023 (cfr. LLGG MIT sul Collegio consultivo tecnico approvate con Decreto 17 gennaio 2022 n. 12, pubblicate sulla GURI n. 55 del 7 marzo 2022).	SI/NO

	importo pari o superiore alle soglie comunitarie è obbligatoria, presso ogni stazione appaltante, la costituzione di un CCT, per la rapida risoluzione delle eventuali controversie in corso di esecuzione, prima dell'avvio dell'esecuzione o entro 10 giorni da tale data)	proprio e distorto della discrezionalità	tuzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Disciplina del conflitto di interesse - Specifica previsione di controlli di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi			Controlli sulle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 16 del d.lgs. n. 36/2016 in materia di conflitti di interessi da parte dei componenti del CCT (cfr. anche LLGG MIMS sul Collegio consultivo tecnico approvate con Decreto 17 gennaio 2022 n. 12 e Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici, § 3.1, del PNA '22)	Verifiche nel 100% dei casi in esame

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
17	Art. 48 co. 3, d.l. n. 77/2021. Per la realizzazione degli investimenti di cui al comma 1 le stazioni appaltanti possono altresì ricorrere alla procedura negoziata senza pubblicazione di un bando di gara.	**Possibili eventi rischiosi:** Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata in assenza delle condizioni previste, con particolare riferimento alle condizioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, e all'assenza di concorrenza per motivi tecnici. **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità	Nella Tabella 1 del PNA Aggiornamento 2023 è denunciato che il processo in esame può comportare maggiori rischi corruttivi, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Trasparenza - Presenza di un determinato dato/informazione oggetto di pubblicazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alla procedura negoziata senza bando. Nel caso di ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, per cui i termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie non possono essere rispettati, il richiamo alle condizioni di urgenza non deve essere generico ma supportato da un'analitica trattazione che manifesti l'impossibilità del ricorso alle procedure ordinarie per il rispetto dei tempi di attuazione degli interventi. Nel caso di assenza di concorrenza per motivi tecnici vanno puntualmente esplicitate le condizioni/motivazioni dell'assenza.	SI/NO

		Possibili eventi rischiosi: Utilizzo improprio della procedura negoziata da parte della stazione appaltante ascrivibile all'incapacità di effettuare una corretta programmazione e progettazione degli interventi. Utilizzo improprio della procedura negoziata da parte della stazione appaltante per favorire un determinato operatore economico. **Fattori abilitanti:** Uso improprio e distorto della discrezionalità		Controllo - Numero di controlli effettuati su numero di provvedimenti			Individuazione di un campione del 10% tra tutte le procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando, al fine di verificare se gli operatori economici aggiudicatari sono sempre i medesimi.	Verifiche sul campione del 10%

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
18	Art. 48 co. 3, d.l. n. 77/2021. (Per la realizzazione degli investimenti di cui al comma 1 del sopracitato articolo le stazioni appaltanti possono altresì ricorrere alla procedura negoziata senza pubblicazione di un bando di gara.)	**Possibili eventi rischiosi:** Artificioso allungamento dei tempi di progettazione della gara e della fase realizzativa dell'intervento al fine di creare la condizione per affidamenti caratterizzati da urgenza. **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità	Nella Tabella 1 del PNA Aggiornamento 2023 è denunciato che il processo in esame può comportare maggiori rischi corruttivi, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - Numero di controlli effettuati su numero di provvedimenti	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Verifica su un campione dei casi di anomalia del rispetto dei tempi di progettazione della gara e della fase realizzativa dell'intervento che possano creare la condizione per affidamenti caratterizzati da urgenza.	Verifica su un campione del 10%

19	Art. 44 d.lgs. 36/2023 Appalto integrato (E' prevista la possibilità per le stazioni appaltanti di procedere all'affidamento di progettazione ed esecuzione dei lavori sulla base del progetto di fattibilità tecnica ed economica approvato, ad eccezione delle opere di manutenzione ordinaria.)	**Possibili eventi rischiosi:** Rischio connesso all'elaborazione da parte della S.A. di un progetto di fattibilità carente o per il quale non si proceda ad una accurata verifica, confidando nei successivi livelli di progettazione posti a cura dell'impresa aggiudicataria per correggere eventuali errori e/o sopperire a carenze. Proposta progettuale elaborata dall'operatore economico in un'ottica di massimizzazione del proprio profitto a detrimento del soddisfacimento dell'interesse pubblico sotteso. Incremento del rischio connesso a carenze progettuali che comportino modifiche e/o varianti e proroghe, sia in sede di redazione del progetto esecutivo che nella successiva fase realizzativa, con conseguenti maggiori costi di realizzazione delle opere e il dilatarsi dei tempi della loro attuazione. **Fattori abilitanti:** Mancanza di controllo	Nella Tabella 1 del PNA Aggiornamento 2023 è denunciato che il processo in esame può comportare maggiori rischi corruttivi, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - Numero di controlli effettuati su numero di provvedimenti			Comunicazione del RUP al Direttore dell'UOC degli incrementi di costo e di tempi rispetto a quanto previsto nel progetto posto a base di gara per le verifiche dei seguenti indicatori di anomalia di ogni variante che comporta: 1) incremento contrattuale intorno o superiore al 50% dell'importo iniziale; 2) sospensioni che determinano un incremento dei termini superiori al 25% di quelli inizialmente previsti; 3) modifiche e/o variazioni di natura sostanziale anche se contenute nell'importo contrattuale.	Verifiche sul 100% dei casi in esame

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
20	Art. 119, d.lgs. n. 36/2023 Disciplina del subappalto È nullo l'accordo con cui sia affidata a terzi l'integrale esecuzione delle prestazioni o la-	**Possibili eventi rischiosi:** Incremento dei condizionamenti sulla realizzazione complessiva dell'appalto correlati al venir meno dei limiti al subappalto. Incremento del rischio di possibili accordi collusivi tra le	Nella Tabella 1 del PNA Aggiornamento 2023 è denunciato che il processo in esame può comportare maggiori rischi corruttivi, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termi-	Trasparenza - Presenza di un determinato dato/informazione oggetto di pubblicazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Attenta valutazione delle attività/ prestazioni maggiormente a rischio di infiltrazione criminale per le quali, ai sensi del comma 17 dell'art. 119, sarebbe sconsigliato il subappalto a cascata.	Indicazioni nei documenti di gara di tale evenienza

	vorazioni appaltate, nonché la prevalente esecuzione delle lavorazioni relative alla categoria prevalente e dei contratti ad alta intensità di manodopera.	imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto, sia di "primo livello" che di "secondo livello" ove consentito dalla S.A. (subappalto c.d. "a cascata"), come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo ad altri partecipanti alla stessa gara. Rilascio dell'autorizzazione al subappalto in assenza dei controlli previsti dalla norma. Consentire il subappalto a cascata di prestazioni soggette a rischio di infiltrazioni criminali. Omissione di controlli in sede esecutiva da parte del DL o del DEC sullo svolgimento delle prestazioni dedotte in contratto da parte del solo personale autorizzato con la possibile conseguente prestazione svolta da personale/operatori economici non autorizzati. **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controlli	ni economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - Numero di controlli effettuati su numero di provvedimenti			Tracciamento degli appalti rispetto ai quali è stato autorizzato, in un dato arco temporale, il ricorso all'istituto del subappalto. Ciò per consentire di svolgere, a campione verifiche della conformità alla norma delle autorizzazioni al subappalto concesse dal RUP..	Verifiche su un campione del 10% in esame
							Verifica dell'adeguato rispetto degli adempimenti di legge da parte del DL/DEC e RUP con riferimento allo svolgimento della vigilanza in sede esecutiva con specifico riguardo ai subappalti autorizzati e ai sub contratti comunicati.	Verifiche sul 100% dei casi in esame

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
21	Art. 50, co. 2. d.l. n. 77/2021. Esecuzione Poteri sostitutivi	**Possibili eventi rischiosi:** Mancata attivazione del potere sostitutivo ai sensi dell'art. 2, co.9-bis, l. n. 241/1990 con conseguenti ritardi nell'attuazione del PNRR e PNC e dei programmi cofinanziati con fondi strutturali europei al fine di favorire interessi particolari. **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità	Nel PNA 2022, Tabella 12 "Esemplificazione di eventi rischiosi e relative misure di prevenzione"e nella Tabella 1 del PNA Aggiornamento 2023 è denunciato che il processo in esame può comportare maggiori rischi corruttivi o di maladministration, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Trasparenza - Presenza di un determinato dato/informazione oggetto di pubblicazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Pubblicazione, ai sensi dell'art. 35, lett. m) del d.lgs. n. 33/2013, in Amministrazione Trasparente, del nominativo e dei riferimenti del titolare del potere sostitutivo, tenuto ad attivarsi qualora decorrano inutilmente i termini per la stipula, la consegna lavori, la costituzione del Collegio Consultivo Tecnico, nonché altri termini anche endoprocedimentali.	SI/NO
		Possibili eventi rischiosi: Nomina come titolare del potere sostitutivo di soggetti che versano in una situazione di conflitto di interessi. **Fattori abilitanti:** Uso improprio e distorto della discrezionalità		Disciplina del conflitto di interesse - Specifica previsione di controlli di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi			Dichiarazione – da parte del soggetto titolare del potere sostitutivo per la procedura rispetto alla quale viene richiesto il suo intervento - delle eventuali situazioni di conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 16, d.lgs. n. 36/2023.	SI/NO
							Trasmissione al RPCT delle dichiarazioni rese dal titolare del potere sostitutivo, al fine della verifica e valutazione di competenza (cfr. Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici, § 3.1 pag. 109, del PNA '22).	SI/NO

22	Art. 50, co. 4, d.l. 77/2021 Premio di accelerazione	**Possibili eventi rischiosi:** Corresponsione di un premio di accelerazione in assenza del verificarsi delle circostanze previste dalle norme. Accelerazione, da parte dell'appaltatore, comportante una esecuzione dei lavori "non a regola d'arte", al solo fine di conseguire il premio di accelerazione, con pregiudizio del corretto adempimento del contratto. **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità	Nel PNA 2022, Tabella 12 "Esemplificazione di eventi rischiosi e relative misure di prevenzione" è denunciato che il processo in esame può comportare maggiori rischi corruttivi o di maladministration, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - Numero di controlli effettuati su numero di provvedimenti			Verificare la rispondenza delle tempistiche di avanzamento in ragione di quanto previsto dalle norme e dal contratto con l'obiettivo di procedere ad accertamenti del ricorrere delle circostanze connesse al riconoscimento del premio di accelerazione.	Verifiche sul 100% dei casi in esame

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
22	Art. 50, co. 4, d.l. 77/2021 Premio di accelerazione (È previsto che la stazione appaltante preveda nel bando o nell'avviso di indizione della gara dei premi di accelerazione per ogni giorno di anticipo della consegna dell'opera finita, da conferire mediante lo stesso procedimento utilizzato per le applicazioni delle penali. È prevista anche una deroga all'art. 113-bis del Codice dei Contratti pubblici al fine di prevedere delle penali più aggressive in caso di ritardato adempimento.)	**Possibili eventi rischiosi:** Accordi fraudolenti del RUP o del DL con l'appaltatore per attestare come concluse prestazioni ancora da ultimare al fine di evitare l'applicazione delle penali e/o riconoscere il premio di accelerazione. **Fattori abilitanti:** Uso improprio e distorto della discrezionalità	Nel PNA 2022, Tabella 12 "Esemplificazione di eventi rischiosi e relative misure di prevenzione" e nella Tabella 1 del PNA Aggiornamento 2023 è denunciato che il processo in esame può comportare maggiori rischi corruttivi o di maladministration, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione di una determinata procedura	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Sensibilizzazione dei soggetti competenti (RUP, DL e DEC) preposti a mezzo della diffusione di circolari interne/linee guida comportamentali sugli adempimenti e la disciplina in ordine all'esecuzione della prestazione al fine del corretto riconoscimento del premio di accelerazione.	SI/NO
				Controllo - Numero di controlli effettuati su numero di provvedimenti			Tracciamento degli affidamenti operati dalla stazione appaltante al fine di verificare la rispondenza delle tempistiche di avanzamento in ragione di quanto previsto dalle norme e dal contratto, ciò con l'obiettivo di procedere ad accertamenti nel caso di segnalato ricorso al premio di accelerazione.	Verifiche sul 100% dei casi di premi di accelerazione

23	Art. 53, d.l. n. 77/2021 Semplificazione degli acquisti di beni e servizi informatici strumentali alla realizzazione del PNRR e in materia di procedure di e-procurement e acquisto di beni e servizi informatici. (In applicazione della norma in commento le stazioni appaltanti possono ricorrere alla procedura negoziata anche per importi superiori alle soglie UE, per affidamenti aventi ad oggetto l'acquisto di beni e servizi informatici, in particolare basati sulla tecnologia cloud, nonché servizi di connettività, la cui determina a contrarre o altro atto di avvio del procedimento equivalente sia adottato entro il 31 dicembre 2026, anche ove ricorra la rapida obsolescenza tecnologica delle soluzioni disponibili tale da non consentire il ricorso ad altra procedura di affidamento.)	**Possibili eventi rischiosi:** Carente programmazione pluriennale degli interventi che determina l'insorgere della necessità di usufruire, a guadagno di tempo, di procedure negoziate per importi rilevanti aventi ad oggetto l'acquisto di beni e servizi informatici. **Fattori abilitanti:** Mancanza di controlli	Nel PNA 2022, Tabella 12 "Esemplificazione di eventi rischiosi e relative misure di prevenzione" e nella Tabella 1 del PNA Aggiornamento 2023 è denunciato che il processo in esame può comportare maggiori rischi corruttivi o di maladministration, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - Numero di controlli effettuati su numero di provvedimenti	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Tracciamento, in base al Common procurement vocabulary (CPV), degli affidamenti con procedure negoziate, sia avvalendosi di procedure informatiche a disposizione delle singole amministrazioni che del Portale dei dati aperti di ANAC. Ciò al fine di verificare se gli operatori economici aggiudicatari siano sempre i medesimi.	Verifiche sul 100% dei casi in esame
							Tracciamento delle procedure negoziate, al fine di verificare quelle dove è rilevato un numero di inviti ad operatori economici inferiore a 5.	Verifiche sul 100% dei casi in esame
							Tracciamento degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggiore frequenza invitati e/o aggiudicatari.	Verifiche sul 100% dei casi in esame

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
23	Art. 53, d.l. n. 77/2021 Semplificazione degli acquisti di beni e servizi informatici strumentali alla realizzazione del PNRR e in materia di procedure di e-procurement e acquisto di beni e servizi informatici. (In applicazione della norma in commento le stazioni appaltanti possono ricorrere alla procedura negoziata anche per importi superiori alle soglie UE, per affidamenti aventi ad oggetto l'acquisto di beni e servizi informatici, in particolare basati sulla tecnologia cloud, nonché servizi di connettività, la cui determina a contrarre o altro atto di avvio del procedimento equivalente sia adottato entro il 31 dicembre 2026, anche ove ricorra la rapida obsolescenza tecnologica delle soluzioni disponibili tale da non consentire il ricorso ad altra procedura di affidamento.)	**Possibili eventi rischiosi:** Mancata rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle procedure e formulazione dei relativi inviti ad un numero inferiore di soggetti rispetto a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri. **Fattori abilitanti:** Uso improprio e distorto della discrezionalità	Nel PNA 2022, Tabella 12 "Esemplificazione di eventi rischiosi e relative misure di prevenzione" e nella Tabella 1 del PNA Aggiornamento 2023 è denunciato che il processo in esame può comportare maggiori rischi corruttivi o di maladministration, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - Numero di controlli effettuati su numero di provvedimenti	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Verifica circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti al fine di garantire la parità di trattamento degli operatori economici in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare, verificando quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggior frequenza invitati o aggiudicatari.	Verifiche sul 100% dei casi in esame
				Trasparenza - Presenza di un determinato dato/informazione oggetto di pubblicazione			Aggiornamento tempestivo degli elenchi su richiesta degli operatori economici che intendono partecipare alla gara.	SI/NO
							Esposizione nel provvedimento di aggiudicazione dei nominativi degli operatori economici consultati dalla S.A.	SI/NO
24	Art. 48, co. 4, d.l. n. 77/2021 Per gli affidamenti PNRR, PNC e UE è stata estesa la norma che consente, in caso di impugnativa, l'applicazione delle disposizioni processuali relative alle infrastrutture strategiche (art. 125 d.lgs. n. 104/2010), le quali - fatte salve le ipotesi di cui agli artt. 121 e 123 del citato decreto - limitano la caducazione del contratto, favorendo il risarcimento per equivalente	**Possibili eventi rischiosi:** Possibili accordi collusivi per favorire il riconoscimento di risarcimenti, cospicui, al soggetto non aggiudicatario. **Fattori abilitanti:** Uso improprio e distorto della discrezionalità	Nella Tabella 1 del PNA Aggiornamento 2023 è denunciato che il processo in esame può comportare maggiori rischi corruttivi, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - Numero di controlli effettuati su contratti	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Ricognizione sia degli OE che hanno avuto la "conservazione del contratto" sia di quelli per i quali è stato concesso il risarcimento ai sensi dell'art. 125 d.lgs. n. 104/2010. Ciò al fine di verificare la ricorrenza dei medesimi OE, indice di un possibile accordo collusivo fra gli stessi.	SI/NO

Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025/2027

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche – ASP Caltanissetta

U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE										
N°	**Processo**	**Sub Processo**		**Area di rischio: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Procedura amministrativo -contabile G.1. – CASSA – CU-PAC Fase frontoffice	1	Utente procede al pagamento della prestazione	**Possibili eventi rischiosi:** Introito banconote false. Inserimento errato esenzioni errore nei resti. Incompletezza nell'acquisizione delle informazioni, da banche dati interne ed esterne, sulle posizioni da verificare posizione esenzione ticket. Abusi/omissioni nello svolgimento delle attività di competenza al fine di agevolare/non agevolare determinati soggetti - rischio particolarmente rilevante in occasioni di asserito malfunzionamento del software gestionale e ricorso al c.d. "bollettario manuale" – e presso le sedi territoriali che non utilizzano il software gestionale di cassa **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in	Regolamentazione - Adozione di rilevatori, informatizzazione pagamenti - Indicatori 1), 2),3)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P.	1) Rilevatori di banconote false presso Casse.	1) SI/NO
						Controllo - N° di controlli operazioni svolte dagli operatori addetti alle casse - Indicatore 4)			2) Implementazione informatizzazione pagamenti ticket.	2) SI/NO
									3) Utilizzo del pagamento elettronico / online mediante attivazione di un apposito portale.	3) SI/NO
									4) Monitoraggio periodico mensile delle operazioni sul software gestionale delle operazioni svolte dagli operatori addetti alle casse ticket per verificare eventuali inserimenti "manuali" e segnalazione agli organi preposti.	4) Monitoraggio mensile

		2	Fine giornata - ciascun riscuotitore speciale procede alla chiusura di cassa – verifica corrispondenza tra il totale della distinta giornaliera elaborata dal software con indicazione del ricavo e la giacenza di cassa giornaliera (cassa + POS)	**Possibili eventi rischiosi:** Abusi/omissioni nello svolgimento delle attività di competenza al fine di agevolare/non agevolare determinati soggetti **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli per ogni cassa ticket	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P.	Verifiche a campione per ogni cassa ticket	Verifiche semestrali per ogni cassa ticket

U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE										
N°	**Processo**	**Sub Processo**		**Area di rischio: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
2	Procedura amministrativo -contabile G.1. – CASSA – CUPAC Fase versamento valori	1	Valori contanti ritirati a mezzo del Servizio di prelievo e computo valori svolto da terzi per conto del Tesoriere (venerdì di ogni settimana/ogni due settimane)	**Possibili eventi rischiosi:** Ritardo nel versamento delle giacenze di cassa e rischio eventi delittuosi (rapine). Mancato versamento/introito di tutta la produzione effettivamente resa **Fattore abilitante:** Scarsa responsabilizzazione	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si	Regolamentazione - Adozione di procedure per il servizio di ritiro	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P.	1) Attivazione del servizio di ritiro e computo valori a cura di un vettore terzo	1) SI/NO

3	Procedura Amministrativo contabile. Fase di verifica propedeutica alla emissione ordinativo di pagamento	1	Fase di verifica procedure esecutive: la verifica riguarda sia eventuali procedure indicate nell'atto di autorizzazione al pagamento, sia eventuali procedure notificate all'UOC Economico Finanziario a seguito della adozione del provvedimento di autorizzazione al pagamento	**Possibile evento rischioso:** Disporre pagamenti a soggetti non legittimati **Fattore abilitante:** Scarsa responsabilizzazione	verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione procedure in applicazione Regolamento aziendale	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P	Applicazione Regolamento aziendale su "Gestione pignoramenti e procedure esecutive"	SI/NO

U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE										
N°	**Processo**		**Sub Processo**	**Area di rischio: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
3	Procedura Amministrativo contabile. Fase di verifica propedeutica alla emissione ordinativo di pagamento	2	Fase di verifica regolarità ex art 48 (Equitalia - Servizio Riscossione Sicilia), se previsto da normativa	**Possibile evento rischioso:** Disporre pagamenti a soggetti non legittimati **Fattore abilitante:** Scarsa responsabilizzazione	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione procedure in applicazione direttive aziendali	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P	1) Applicazione direttive aziendali PAC	1) SI/NO
4	Procedura amministrativo contabile G.2. Fase di emissione ordinativo di pagamento	1	Emissione dell'ordinativo di pagamento nei confronti del Fornitore e contestuale chiusura del relativo debito su Co.Ge.	**Possibile evento rischioso:** Disporre pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture nel fascicolo di liquidazione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli su rispetto dell'ordine di notifica/acquisizione dei provvedimenti di liquidazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P	1) Procedura che prevede il pagamento delle competenze rispettando l'ordine di notifica/acquisizione dei provvedimenti di liquidazione	1) SI/NO
									2) Verifica a campione applicazione procedura del rispetto dell'ordine di notifica/acquisizione dei provvedimenti di liquidazione	2) Verifica del 50 % delle pratiche.

U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE										
N°	**Processo**		**Sub Processo**	**Area di rischio: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
5	Gestione del patrimonio	1	Errata valorizzazione, del patrimonio da alienare, delle procedure con le quali viene effettuata la vendita o la locazione (o anche dal loro mancato utilizzo o messa a rendita).	**Possibile evento rischioso:** Non curanza nella mappatura/censimento dei beni **Fattore abilitante:** Scarsa responsabilizzazione	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione di procedure per la tracciabilità delle informazioni relative agli immobili, alle modalità di messa a reddito e per l'utilizzo di procedure di gara pubblica per la vendita.	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P	1) Tracciabilità e trasparenza di tutte le informazioni relative agli immobili di proprietà, al valore degli stessi alle modalità e finalità del relativo utilizzo	1) Registrazione del 100% delle informazioni.
									2) Applicazione procedura finalizzata alla corretta, completa ed immediata individuazione dei cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, contributi in conto esercizio, conferimenti, lasciti, donazioni	2) Individuazione del 100% dei cespiti.
									3) Tracciabilità delle informazioni relative alle modalità di messa a reddito di ciascun immobile, ovvero vendita o locazione con le relative procedure e/o altre modalità di utilizzo (es. interaziendale con condivisione di risorse)	3) Registrazione del 100% delle informazioni.
									4) Utilizzo di procedure di gara pubblica per la vendita di immobili nel rispetto dei principi della selezione tra gli aspiranti, dell'imparziale confronto tra soggetti interessati e della adeguata motivazione in ordine alla scelta, con specifico riguardo all'interesse pubblico perseguito	4) 100 % di procedure di gara pubblica per la vendita
									5) Tracciabilità delle informazioni relative al patrimonio non utilizzato per finalità istituzionali o di cui non è previsto un utilizzo futuro, nell'ambito di piani di sviluppo aziendali: tipo, dimensione, localizzazione, valore	5) Registrazione del 100% delle informazioni.
									6) Tracciabilità delle informazioni relative alla redditività delle procedure ovvero valore, prezzo di vendita e ricavato.	6) Registrazione del 100% delle informazioni.

U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE										
N°	**Processo**		**Sub Processo**	**Area di rischio: Alpi e Liste di attesa**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
6	Fase presentazione istanza di autorizzazione	1	Formulazione richiesta di autorizzazione all'espletamento di attività in regime ALPI	**Possibile evento rischioso:** False dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione **Fattore abilitante:** Scarsa responsabilizzazione	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione di procedure in applicazione del Regolamento aziendale e per l'utilizzo di modulistica dedicata	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P	1) Applicazione Regolamento aziendale approvato. 2) Utilizzo modulistica dedicata	1) SI/NO 2) Utilizzo modulistica nel 100% delle pratiche
		2	Verifica che siano compiutamente indicati gli elementi essenziali per il rilascio dell'autorizzazione: 1) Anagrafica. 2) Disciplina. 3) Codice tariffario e tariffa ALPI per ogni prestazione. 4) Agenda (giorni, orario e luogo di erogazione). 5) Attrezzature elettromedicali che saranno utilizzate (num. Matricola). 6) Ricorso a personale di supporto diretto.	**Possibile evento rischioso:** Irregolarità nello svolgimento delle attività di verifica preventiva al fine di agevolare alcuni soggetti rispetto ad altri **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulle nuove autorizzazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P	1) Verifica preventiva delle condizioni per le nuove autorizzazioni e inclusione della relativa istruttoria nel fascicolo relativo all'autorizzazione.	1) Verifica sul 100% delle pratiche.
7	Fase di prenotazione della prestazione	1	Richiesta di prenotazione della prestazione da parte dell'Utente tramite CUP	**Possibile evento rischioso:** Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni **Fattore abilitante:** Scarsa responsabilizzazione		Regolamentazione - Adozione di procedure in applicazione del Regolamento aziendale e dell'obbligo di prenotazione attraverso il CUP	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P	1) Applicazione del Regolamento aziendale. 2) Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraziendale con gestione delle agende dei professionisti.	1) SI/NO 2) SI/NO

8	Fase di pagamento della prestazione	1	Scelta canale di pagamento da parte dell'Utente: 1) Cassa Ticket. 2) Versamento tramite lottomatica. 3) Bonifico su conto corrente postale. 4) Bonifico su conto corrente bancario	**Possibile evento rischioso:** Errata indicazione al paziente delle modalità di pagamento delle prestazioni per il conseguimento di un vantaggio personale **Fattore abilitante:** Scarsa responsabilizzazione		Regolamentazione - Adozione di procedure in applicazione del Regolamento aziendale	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P	1) Applicazione del Regolamento aziendale	1) SI/NO

U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE										
N°	**Processo**		**Sub Processo**	**Area di rischio: Alpi e Liste di attesa**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
9	Fase verifica regolarità contabile propedeutica alla liquidazione	1	L'Ufficio ALPI avvia la procedura di liquidazione con riferimento alle prestazioni rese in un singolo bimestre: - Verifica corrispondenza incassi per prestazioni rese	**Possibile evento rischioso:** Irregolarità nello svolgimento delle attività di controllo al fine di agevolare alcuni soggetti rispetto ad altri - liquidazione e ripartizione di prestazioni per le quali non sia effettivamente avvenuto il relativo incasso **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione Regolamento aziendale e implementazione promozione dei canali di pagamento automatizzati e di un sistema di pagamento on-line - Indicatori 1), 2), 3) , 5)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P	1) Regolamento aziendale	1) SI/NO
						Controllo - N° di controlli su prestazioni transitate da CUP e prestazioni effettivamente erogate Indicatore 4)			2) Implementazione promozione dei canali di pagamento automatizzati (POS, Carta di Credito)	2) SI/NO
									3) Implementazione di un sistema di pagamento on-line da sito web aziendale a mezzo carta di credito/carta di debito e correlazione diretta 1 a 1 tra prenotazione, pagamento e erogazione della prestazione.	3) SI/NO

									4) Potenziamento del sistema di controllo/verifica/confronto tra prestazioni transitate da CUP e prestazioni effettivamente erogate in regime libero professionale - per le prestazioni erogate	4) Controlli sul 100% delle prestazioni.
									5) Liquidazione delle competenze solo se transitate da CUP.	5) Liquidazione del 100% delle competenze, solo se transitate da CUP.

U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE										
N°	**Processo**		**Sub Processo**	**Area di rischio processo n. 10: Alpi e Liste di attesa** **Area di rischio processo n. 11: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
10	Verifica debito orario ALPI. Verifica rispetto tempi di attesa/liste attesa, congruità rapporto tra volumi attività istituzionale/ALPI, corretto utilizzo canali di prenotazione/erogazione prestazioni	1	Controllo con l'Ufficio Risorse Umane dei Dirigenti coinvolti nel procedimento di liquidazione per verificare: a) se la prestazione ALPI (attestata con specifica timbratura) è avvenuta in assenza di regime di incompatibilità; b) il corretto rapporto tra orario istituzionale e orario ALPI (ai sensi della normativa vigente l'orario svolto in regime ALPI non può eccedere la misura del 50% di quello istituzionale).	**Possibile evento rischioso:** Svolgimento della libera professione in orario di servizio **Fattore abilitante:** Scarsa responsabilizzazione. Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione procedure per acquisizione esito della verifica su rispetto orario	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P	1) Acquisizione, per prestazioni erogate nel fascicolo istruttorio dei provvedimenti di liquidazione delle prestazioni ALPI, dell'esito della verifica su rispetto orario di servizio da parte dell'Ufficio Gestione Risorse Umane (dipendente/convenzionato).	1) Acquisizione del 100% dell'esito delle verifiche.
						Controllo - N° di controlli su rapporto tra volumi resi in ALPI e ricavi			2) Monitoraggio da parte dell'U.O.C. del rapporto tra volumi resi in ALPI e ricavi ottenuti dall'azienda da trasmettere al RPCT.	2) Monitoraggio semestrale.

11	Esecuzione eventuale di contratti			**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Da prendere a rifermento le disposizioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% dell'esecuzione di contratti

U.O.C. SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE

N.	Processo	Area di rischio processo n. 1: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile del processo e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Vigilanza e registrazione attività produttive alimenti	**Possibile evento rischioso:** Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare soggetti richiedenti **Fattori abilitanti:** Uso improprio o distorto della discrezionalità. Scarsa responsabilizzazione. Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione di procedure per interscambio del personale e per i verbali	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Interscambio del personale ispettivo da un Distretto all'altro, quando possibile e in relazione alla specificità dell'intervento, con presenza di almeno due unità nello svolgimento dell'attività. Secondo le valutazioni del Dirigente	Secondo le valutazioni del dirigente che di volta in volta potrà disporre attività interdistrettuali con scambio del personale, anche in funzione di eventuali specifiche richieste da parte di autorità giudiziarie

							I verbali relativi alle attività svolte debbono essere sottoscritti anche dall''utente	Sottoscrizione del 100% dei verbali
				Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento - N° di Incontri			Incontri periodici tra i dirigenti ed il personale	Almeno un incontro l'anno
				Controllo - N° di controlli sulle autocertificazioni			Controlli sulle autocertificazioni relative ai requisiti igienico sanitari	Controlli sul 5 % delle autocertificazioni

U.O.C. SERVIZIO IGIENE DEGLI AMBIENTI DI VITA								
N.	**Processo**	**Area di rischio n. 1: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile del processo e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Vigilanza e autorizzazione attività produttive e sanitarie	**Possibile evento rischioso:** Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare soggetti richiedenti. **Fattori abilitanti:** Uso improprio o distorto della discrezionalità. Scarsa responsabilizzazione. Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione di procedure per i verbali	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	I verbali relativi alle attività svolte debbono essere sottoscritti dall"utente	Sottoscrizione del 100% dei verbali
				Rotazione - Adozione di procedure di rotazione			Rotazione, ove è possibile, del personale addetto alla vigilanza	Rotazione del personale o effettuazione di misure alternative, in caso di impossibilità di rotazione, previste al punto 5. dell'Allegato 2 al PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019
				Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento - N° di Incontri			Incontri periodici tra i dirigenti e il personale	N° 6 incontri durante l'anno
				Controllo - N° di controlli sulle autocertificazioni			Controlli sulle autocertificazioni dei requisiti igienico sanitari	Controlli sul 50% delle autocertificazioni

U.O.C. SERVIZIO IGIENE DEGLI AMBIENTI DI VITA								
N.	**Processo**	**Area di rischio n. 2: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile del processo e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
2	Esecuzione eventuale di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Da prendere a rifermento le disposizioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% dell'esecuzione di contratti

U.O.S. SERVIZIO LEGALE								
N°	**Processo**	**Area di rischio da n. 1: Affari legali e contenzioso Area di rischio n. 2: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Costituzione Fondo Rischi	**Possibile evento rischioso:** Stima non adeguata con gravi incidenze sulla veridicità del bilancio **Fattore abilitante:** Scarsa responsabilizzazione	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione procedure per quantificazione del Fondo Rischi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. Servizio Legale	1) Attività di competenza per la quantificazione del Fondo Rischi in sinergia con U.O.C. Economico Finanziario e U.O.C. Affari Generali (PAC delibera n.3059/C del 30/10/2017)	1) Quantificazione del Fondo Rischi nel 100% dei casi richiesti.
2	Esecuzione eventuale di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Da prendere a rifermento le disposizioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% dell'esecuzione di contratti

Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025/2027

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche – ASP Caltanissetta

U.O.S. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE								
N.	**Processo**	**Area di rischio da n. 1 a n. 2: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni Area di rischio n. 3: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Attività di consulenza e supporto al datore di lavoro (direzione Generale) in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro, anche nella redazione del Documento Valutazione Rischi	**Possibile evento rischioso:** Sottovalutazione dei rischi presenti negli ambienti di lavoro al fine di agevolare particolari soggetti **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento - N° di incontri	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Riunioni periodiche con gli organi apicali ed i dirigenti, nonché con i rappresentanti dei lavoratori	N° 2 incontri nell'anno
2	Valutazione e attività ispettive relative alle condizioni di sicurezza dei lavoratori all'interno dell'Azienda	**Possibile evento rischioso:** Sottovalutazione dei rischi presenti negli ambienti di lavoro al fine di agevolare particolari soggetti **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità		Regolamentazione - Adozione di procedure per valutazione ed attività ispettive	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Utilizzo di Checklist riconosciute da organi istituzionali, quali ad esempio l'INAIL	Utilizzo di Checklist riconosciute da organi istituzionali nel 100% delle procedure
3	Esecuzione eventuale di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Da prendere a riferimento le disposizioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% dell'esecuzione di contratti

Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025/2027

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche – ASP Caltanissetta

U.O.C. SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO								
N.	**Processo**	**Area di rischio n.1: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile del processo e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Vigilanza e controllo, anche su delega della procura su attività produttive, cantieri edili, malattie professionali, infortuni sul lavoro. Rilascio autorizzazioni pareri, nulla osta ecc.	**Possibili eventi rischiosi:** Abuso nel rilascio di autorizzazioni, pareri. Nullaosta al fine di agevolare soggetti richiedenti. **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione di procedure per i verbali ispettivi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) I verbali ispettivi relativi alle attività svolte debbono essere sottoscritti anche dall"utente	Sottoscrizione del 100% dei verbali ispettivi
				Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento - N° di incontri			2) Incontri periodici tra i dirigenti ed il personale	N 2 incontri periodici durante l'anno
				Controllo - N° di controlli sulle procedure			3) Controlli e verifica procedure autorizzazioni, nullaosta, pareri	Controlli sul 30% delle pratiche

U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E SIS

N.	Processo	Area di rischio n. 1: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni Area di rischio n. 2: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile del processo e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Attività tecnico amministrativa correlata al Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance	**Possibile evento rischioso:** Predisposizione di report di attività non sufficientemente verificati e non validati dagli uffici competenti **Fattore abilitante:** Scarsa responsa-bilizzazione	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Definizione e promozione dell'etica è di standard di comportamento - N° di incontri per aggiornamento e informazioni sulle metodiche applicate	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Incontri periodici con i Dirigenti competenti dei vari settori per finalità di aggiornamento e informazioni sulle metodiche applicate anche al fine di un raccordo con le banche dati istituzionali	N° 1 riunione in occasione de monitoraggio degl obbiettivi
2	Esecuzione eventuale di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Da prendere a rifermento le disposizioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante	Controlli sul 100% dell'esecuzione d contratti

U.O.C. LABORATORIO DI SANITA' PUBBLICA								
N.	**Processo**	**Area di rischio n.1: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni Area di rischio n. 2 : Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile del processo e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Effettuazione analisi su matrice acqua e determinazione sostanze d'abuso su matrici biologiche. Emissione relativi rapporti di prova	**Possibile evento rischioso:** Abuso nel rilascio dei rapporti di prova al fine di agevolare i soggetti richiedenti. **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione di procedure per stipula dei contratti e di presenziare alle analisi.	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Stipula di contratto tra il cliente ed il Laboratorio	Stipula di contratto nel 100% dei casi
							2) Possibilità del cliente o suo delegato di presenziare alle analisi.	Presenziare alle analisi nel 100% dei casi
2	Esecuzione eventuale di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Da prendere a rifermento le disposizioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% dell'esecuzione di contratti

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Produzione reportistica periodica	**Possibile evento rischioso:** Mancata rendicontazione per sottrarsi ai controlli **Fattori abilitanti:** Uso improprio o distorto della discrezionalità.	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione di procedure per produrre flussi informativi verso soggetti aziendali	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Produzione flusso informativo verso Direzione Aziendale, Direttore Dipartimento Servizi Amministrativi e RPCT di: - n. gare gestite dall'UOC; - importo medio dei contratti; - rispetto dei tempi di esecuzione e/o entità media degli scostamenti; - rispetto dei termini di liquidazione per pagamento alle imprese; - n. varianti in corso d'opera; - n. proroghe; - n. ricorsi giurisdizionali introdotti con indicazione di quelli accolti e precisazione delle motivazioni; - n. bandi annullati in autotutela o in sede giurisdizionale; - n. opere incompiute rispetto alle programmate.	1) Report semestrale contenente flusso informativo
2	Analisi e definizione dei fabbisogni e dell'oggetto dell'affidamento	**Possibili eventi rischiosi:** Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/ economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari. Intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione e /o ritardo nelle comunicazioni alla centrale di committenza per rendere necessarie acquisizioni in urgenza o frazionare artificiosamente il bisogno e favorire operatori privati **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità, trasparenza e controllo.		Regolamentazione - Adozione delle procedure per predisposizione del Piano degli investimenti - Indicatori 1), 2)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Partecipazione alla predisposizione del Piano degli investimenti con Direzione Strategica	1) SI/NO
				Trasparenza - Presenza della documentazione oggetto di pubblicazione - Indicatore 3)			2) Aggiornamento Semestrale della programmazione	2) SI/NO
				Controllo - N° di controlli su andamento della programmazione - Indicatore 4)			3) Pubblicazione sul sito Aziendale – sezione "Amministrazione trasparente" della "PROGRAMMAZIONE" e "Piano degli investimenti" relativi all'anno in corso.	3) Presenza della documentazione in Amm. Trasparente
							4) Report a RPCT sull'andamento della programmazione	4) n. 2 controlli in occasione della rendicontazione semestrale

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
3	Redazione ed aggiornamento del programma triennale dei lavori	**Possibile evento rischioso:** Fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/ economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità.	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione proposta del programma annuale dei lavori - Indicatore 1)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Adozione della proposta del programma annuale dei lavori.	1) SI/NO
4	Individuazione del Responsabile del Procedimento e del supporto tecnico	**Possibili eventi rischiosi:** Nomina di Responsabile unico del procedimento (RUP) e dei Componenti il Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con operatori economici che pubblicizzano i loro prodotti o che espongono benefici nella vendita per l'amministrazione (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurane la terzietà e l'indipendenza	L'inadeguata gestione del conflitto di interessi nell'affidamento dei contratti è indicata nel Focus 9 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata una delle fasi del processo tra le più permeabili al rischio corruttivo, inoltre la Tabella 1 del PNA Aggiornamento '23 denuncia, sia che la nomina di un RUP non in possesso di adeguati requisiti di professionalità ai sensi dell'art. 15, d.lgs. 36/2023 e allegato I.2 al medesimo decreto condiziona l'intera procedura di affidamento	Formazione - N° di partecipanti a corsi - Indicatore 1)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Sensibilizzazione del personale al rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di conflitto di interesse	1) Rilevare fabbisogno formativo per proporre all'UO Formazione eventuali corsi in cui analizzare casistiche di situazioni di conflitto di interessi
				Rotazione - Adozione di procedure di rotazione - Indicatori 2), 3) e 4)			2) Individuazione dei RUP con criterio della rotazione	2) SI/NO
							3) Rinvio alla pubblicazione dei CV degli RUP, se dirigenti o titolari di posizione organizzativa, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. n. 33/2013 per far conoscere i requisiti di professionalità.	3) SI/NO

		Fattori abilitanti: Mancanza di imparzialità e di controllo. Scarsa responsabilizzazione.	ed esecuzione dell'appalto, sia che la mancata rotazione degli incarichi di RUP possa essere adoperata per favorire specifici soggetti. Quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**				4) Procedure aziendali per l'individuazione dei soggetti preposti alla redazione dei capitolati tecnici con criterio della rotazione (supporto tecnico)	4) SI/NO

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
4	Individuazione del Responsabile del Procedimento e del supporto tecnico	**Possibili eventi rischiosi:** Nomina di Responsabile unico del procedimento (RUP) e dei Componenti il Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con operatori economici che pubblicizzano i loro prodotti o che espongono benefici nella vendita per l'amministrazione (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurane la terzietà e l'indipendenza **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo. Scarsa responsabilizzazione.	L'inadeguata gestione del conflitto di interessi nell'affidamento dei contratti è indicata nel Focus 9 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata una delle fasi del processo tra le più permeabili al rischio corruttivo, inoltre è da apprezzare quanto esposto sopra in merito alla Tabella 1 del PNA Aggiornamento 2023, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Disciplina del conflitto di interesse - Specifica previsione di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi dei soggetti coinvolti - Indicatore 5)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	5) Verifica che siano state rese le dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di conflitti di interessi in relazione agli specifici oggetti del procedimento da parte di tutti i soggetti coinvolti (Dirigenti, rup, personale amministrativo, progettisti esterni, collaudatori, supporto tecnico...) .	5) Dichiarazioni assenza di interessi del 100% dei soggetti coinvolti.
				Controllo - N° di controlli su moduli relativi al conflitto di interesse e su tempi di avviamento gare - Indicatore 6)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	6) Verifica dell'utilizzo e della corretta compilazione dei moduli relativi al conflitto di interesse	6) Verifica sul 100% delle pratiche.

5	Individuazione professionisti per gli affidamenti diretti sotto soglia	**Possibili eventi rischiosi:** Possibili individuazioni ricorrenti al medesimo operatore economico **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo.	Possibili individuazioni ricorrenti al medesimo operatore economico è indicata nella Tabella 12 del PNA '22 tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "**Alto**"	Controllo - N° di controlli su individuazioni di professionisti	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Verificare se i professionisti individuati siano sempre i medesimi	Tracciamento dei professionisti individuati per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano come più ricorrenti

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
6	Stipula del contratto.	**Possibile evento rischioso:** Immotivato ritardo nella formalizzazione del contratto che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto. **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità, di controllo e di trasparenza	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per i possibili ricorsi e per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla stipula contratto, sui reports da inviare sul rispetto della tempistica - Indicatori 1), 2)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. Ufficio Tecnico	1) Monitoraggio del tempo intercorrente tra l'aggiudicazione della gara e la data di stipula del contratto.	1) Controllo del 100% della tempistica intercorrente tra l'aggiudicazione della gara e la data di stipula del contratto.
							2) Report semestrale al RPCT sul rispetto dei tempi di stipula del contratto che tenga conto dei tempi di trasmissione della documentazione necessaria all'Ufficiale Rogante.	2) N. 2 report di controllo da inviare sul rispetto dei tempi di stipula del contratto
7	Individuazione DL/DEC	**Possibile evento rischioso:** Nomina DL/DEC in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurane la terzietà e l'indipendenza **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità		Regolamentazione - Adozione di procedure di nomina - Indicatore 1)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. Ufficio Tecnico	1) Provvedimento di nomina del DL/DEC a firma del Direttore Generale con le motivazioni sulla qualificazione professionale.	1) Adozione del 100% dei provvedimenti di nomina del DL/DEC a firma del Direttore Generale con le motivazioni.
				Disciplina del conflitto di interesse - Specifica previsione di attestazione assenza di interessi - Indicatore 2)			2) Sottoscrizione da parte del DL/DEC di dichiarazione in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione all'oggetto del contratto su modello predisposto.	2) 100% di sottoscrizione da parte del DL/DEC di dichiarazione in cui si attesta l'assenza di interessi personali.

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
8	Art. 119, d.lgs. n. 36/2023 Disciplina del subappalto È nullo l'accordo con cui sia affidata a terzi l'integrale esecuzione delle prestazioni o lavorazioni appaltate, nonché la prevalente esecuzione delle lavorazioni relative alla categoria prevalente e dei contratti ad alta intensità di manodopera.	**Possibili eventi rischiosi:** Incremento dei condizionamenti sulla realizzazione complessiva dell'appalto correlati al venir meno dei limiti al subappalto. Incremento del rischio di possibili accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto, sia di "primo livello" che di "secondo livello" ove consentito dalla S.A. (subappalto c.d. "a cascata"), come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo ad altri partecipanti alla stessa gara. Rilascio dell'autorizzazione al subappalto in assenza dei controlli previsti dalla norma. Consentire il subappalto a cascata di prestazioni soggette a rischio di infiltrazioni criminali. Omissione di controlli in sede esecutiva da parte del DL o del DEC sullo svolgimento delle prestazioni dedotte in contratto da parte del solo personale autorizzato con la possibile conseguente prestazione svolta da personale/operatori economici non autorizzati. **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controlli	Nella Tabella 1 del PNA Aggiornamento 2023 è denunciato che il processo in esame può comportare maggiori rischi corruttivi, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - Numero di controlli effettuati su numero di provvedimenti	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Tracciamento degli appalti rispetto ai quali è stato autorizzato, in un dato arco temporale, il ricorso all'istituto del subappalto. Ciò per consentire di svolgere, a campione verifiche della conformità alla norma delle autorizzazioni al subappalto concesse dal RUP.	Verifiche su un campione del 10% in esame
							Verifica dell'adeguato rispetto degli adempimenti di legge da parte del DL/DEC e RUP con riferimento allo svolgimento della vigilanza in sede esecutiva con specifico riguardo ai subappalti autorizzati e ai sub contratti comunicati.	Verifiche sul 100% dei casi in esame

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
9	Ammissione delle varianti	**Possibile evento rischioso:** Abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di trasparenza	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione procedure per varianti - Indicatori 1) e 2) ---- Trasparenza - Provvedimenti oggetto di pubblicazione - Indicatore 3)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Varianti autorizzate con provvedimento motivato coerente con la normativa.	1) Adozione del 100% delle varianti autorizzate con provvedimento motivato coerente con la normativa.
							2) Comunicazione al RPCT delle varianti trasmesse all'ANAC.	2) Non effettuazione della trasmissione al RPCT del 100% delle varianti trasmesse all'ANAC, in quanto non risultano approvate varianti trasmesse all'Anac
							3) Pubblicazione, contestualmente alla loro adozione e per tutta la durata del contratto, dei provvedimenti di adozione delle varianti.	3) Non effettuazione della pubblicazione in Amministrazione Trasparente del 100% di varianti, in quanto non risultano provvedimenti di adozione di varianti.

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
10	Verifiche in corso di esecuzione del contratto	**Possibili eventi rischiosi:** Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o ingiustificato pagamento anticipato. **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione di determinate procedure per applicazione penali, per approvazione dei materiali in cantiere e per il monitoraggio in cantiere	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Applicazione di eventuali penali a seguito di non conformità riscontrate nell'esecuzione del contratto.	1) Non applicazioni di eventuali penali, in quanto non sono state riscontrate non conformità nell'esecuzione del 100 % dei contratti.
							2) Approvazione da parte della direzione lavori dei materiali in cantiere con apposito verbale.	2) Approvazione da parte della direzione lavori del 100% dei materiali in cantiere con apposito verbale.
							3) Istruzioni operative sul relativo monitoraggio del cantiere.	3) Istruzioni nel 100% dei monitoraggi di cantiere
11	Verifica delle disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni contenute nel Piano di Sicurezza e Coordinamento (PSC) o Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI).	**Possibile evento rischioso:** Mancato rispetto delle disposizioni previste nel DUVRI/ PSC **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo.		Controllo - N° di controlli su corretta attuazione del PSC	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Periodici controlli verbalizzati sulla corretta attuazione del PSC/POS a cura del coordinatore della sicurezza in esecuzione.	1) Controlli verbalizzati sulla corretta attuazione del 100% dei PSC.
				Regolamentazione - Adozione di determinate procedure per DUVRI			2) Applicazione delle misure previste dal DUVRI in riferimento alla procedura aziendale sui rischi di interferenza.	2) Applicazione del 100% delle misure previste dal DUVRI in riferimento alla procedura aziendale sui rischi
12	Apposizione di riserve	**Possibile evento rischioso:** Apposizione di riserve generiche a cui consegue una incontrollata lievitazione dei costi. **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo.		Controllo - N° di controlli sulle riserve	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Monitoraggio periodico del RUP sulle riserve.	Monitoraggio semestrale del RUP sulle riserve. Relazione del Rup

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle Relazioni semestrali)**
13	Gestione delle controversie / Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	**Possibile evento rischioso:** Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di trasparenza	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Trasparenza - Presenza degli accordi bonari e delle transazioni oggetto di pubblicazione - Indicatore 1)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Pubblicazione degli accordi bonari e delle transazioni anche sul sito web aziendale nella Sezione "Amministrazione trasparente".	1) Non effettuata pubblicazione del 100% di accordi bonari e di transazioni in "Amministrazione trasparente", in quanto non sono stati effettuati tali accordi e transazioni.
14	Liquidazioni in corso di esecuzione	**Possibile evento rischioso:** Liquidazioni indebiti **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo.		Controllo - N° di controlli sulle liquidazioni			1) Verifiche sull'esecuzione della liquidazione dei servizi e/o forniture	Controllo sul 100% delle pratiche
15	Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)	**Possibile evento rischioso:** Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità, trasparenza e controllo.		Trasparenza - Presenza atti di incarico oggetto di pubblicazione - Indicatore 1)			1) Pubblicazione degli atti di incarico, con relativa motivazione, del collaudatore nel sito dell'Azienda, sezione "Amministrazione trasparente".	Non effettuata pubblicazione del 100% degli atti di incarico, con relativa motivazione, di collaudatore in "Amministrazione trasparente", in quanto non sono stati effettuati tali atti d'incarico.
				Controllo - N° di controlli sui provvedimenti di nomina - Indicatore 2)			2) Monitoraggio sui provvedimenti di nomina per verifica competenze e rotazione	2) Non effettuato controllo sul 100% delle pratiche, in quanto non risultano provvedimenti di nomina in esame

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
16	Procedimento di verifica della corretta esecuzione. Procedimento per il rilascio del certificato di collaudo, del certificato di verifica di conformità ovvero dell'attestato di regolare esecuzione (per gli affidamenti di servizi e forniture). Attività connesse alla rendicontazione dei lavori in economia da parte del responsabile del procedimento.	**Possibili eventi rischiosi:** Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante. Effettuazione di pagamenti ingiustificati o sottratti alla tracciabilità dei flussi finanziari. Rilascio del certificato di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici o la mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera. **Fattore abilitante:** Mancanza imparzialità	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione di determinate procedure di nomina, di trasmissione al DL/DEC degli atti di gara e di previsione di norme sulla tempistica e modalità della rendicontazione .	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Nomina di DL/DEC in tutti i contratti.	1) Nomina del DL/DEC nel 100% dei contratti.
							2) Obbligo di trasmissione al DL/DEC degli atti di gara, ivi compresa l'offerta tecnica, l'offerta economica, eventuale analisi dei prezzi resi in gara e oggetto di valutazione e del contratto.	2) Obbligo di trasmissione al DL/DEC del 100% degli atti di gara.
							3) Previsione nel capitolato di norme che disciplinano la tempistica e le modalità di rendicontazione, non solo contabile, dell'esecuzione del contratto.	3) Previsione nel 100% dei capitolati di norme che disciplinano la tempistica e le modalità di rendicontazione.
17	Affidamenti diretti "per estrema urgenza"	**Possibile evento rischioso:** Mancanza dei presupposti per gli affidamenti diretti "per estrema urgenza" **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo.	Le tipologie dei processi nn. 17 e 18 sono indicate rispettivamente nei Focus 2 e 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac e sono considerate tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli su affidamenti diretti "per estrema urgenza"	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Controlli su tutti affidamenti diretti proposti "per estrema urgenza" atti a verificarne la presenza dei presupposti per tali affidamenti	Controlli sul 100% degli Affidamenti diretti "per estrema urgenza"
18	Esecuzione di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo.		Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Da prendere a rifermento le disposizioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% dell'esecuzione di contratti

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	**Processo**	**Area di rischio: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
19	Ricorso a proroghe e rinnovi	**Possibile evento rischioso:** Ricorso al rinnovo o alla proroga dei contratti in assenza dei presupposti **Fattori abilitanti:** Scarsa responsabilizzazione	La tipologia di processo è indicata nel Focus 5 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione procedure informative da parte del responsabile del procedimento	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Obbligo specifico di informazione in relazione alle prossime scadenze contrattuali da parte del responsabile del procedimento ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara, entro termini temporali atti ad evitare il ricorso a rinnovi o alla proroga dovuta a carenza di programmazione, nonché ritardi o errori nella predisposizione e pubblicazione degli atti di gara	Controlli sul 100% delle scadenze contrattuali da parte dei responsabili del procedimenti e comunicazione di tali scadenze ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara, entro termini temporali atti ad evitare il ricorso a rinnovi o alla proroghe

U.O.C. COORDINAMENTO STAFF AZIENDALE								
N.	**Processo**	**Area di rischio processi dal n. 1 al n. 2: Acquisizione e gestione del personale Area di rischio processo n. 3: Rapporti con soggetti erogatori Area di rischio processo n. 4: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Attività amministrativa correlata al sistema di valutazione individuale di dirigenti, alla segreteria, ai collegi tecnici	**Possibile evento rischioso:** Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari **Fattori abilitanti:** Mancanza di controllo.	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli dei regolamenti aziendali	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Revisione dei regolamenti aziendali in materia adottati	Revisione annuale
2	Incarichi esterni di docenza rivolta ai dipendenti dell'Azienda su proposta del responsabile scientifico del corso	**Possibile evento rischioso:** Motivazione generica e tautologica nel dispositivo di individuazione di un candidato **Fattori abilitanti:** Scarsa responsabilizzazione		Regolamentazione - Adozione di procedure per attribuzione docenze	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	N° di docenze attribuite tramite comparazione di curriculum sul totale delle docenze	100% di docenze attribuite tramite comparazione
3	Comunicazione istituzionale	**Possibile evento rischioso:** Discrezionalità nell'individuazione e scelta dei mass media **Fattori abilitanti:** Uso improprio o distorto della discrezionalità.		Regolamentazione - Adozione di procedure per l'aggiornamento della banca dati	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Aggiornamento della banca dati dei mass media e della reportistica	N° 2 aggiornamenti nell'anno

4	Esecuzione eventuale di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattori abilitanti:** Mancanza di controllo.	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Può farsi riferimento, quali best practice, alle indicazioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% dell'esecuzione eventuale di contratti

U.O.S. ENERGY MANAGEMENT								
N.	**Processo**	**Area di rischio: Processi e comportamenti organizzativi**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Realizzare un sistema di monitoraggio dei consumi energetici, a supporto dei processi decisionali, correlato alle attività aziendali maggiormente energivore. (Obiettivo di valore pubblico: Efficientamento energetico: Aumento dell'efficienza energetica.)	**Possibile evento rischioso:** Insufficienza di meccanismi oggettivi di programmazione dell'abbattimento degli sprechi energetici **Fattori abilitanti:** Scarsa responsabilizza-zione	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOS Energy Management	Realizzare il sistema di monitoraggio dei consumi energetici a supporto del processo decisionale. secondo i criteri predefiniti nel regolamento, orientati all'abbattimento degli sprechi energetici	Monitoraggio secondo gli indicatori e il regolamento definiti.

Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025/2027

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche – ASP Caltanissetta

U.O.C. AFFARI GENERALI								
N.	**Processo**	**Area di rischio dal n. 1 al n. 3: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Predisposizione delle convenzioni con soggetti esterni	**Possibile evento rischioso:** Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo.	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno economico ed in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli su convenzioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sugli atti delle convenzioni	Controllo sul 100% delle pratiche
2	Procedimenti di liquidazione fatture	**Possibile evento rischioso:** Riconoscimento indebito di importi non dovuti **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo.		Controllo - N° di controlli su liquidazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sulle liquidazioni fatture	Controllo sul 100% delle pratiche
3	Gestione sistema Protocollo Generale. Registrazione/smistamento	**Possibili eventi rischiosi:** Irregolarità nelle operazioni di protocollazione, al fine di favorire imprese /soggetti. Accettazione di documenti pervenuti oltre la scadenza prevista, con retrodatazione/visto di arrivo (es. gare) **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo.		Regolamentazione - Adozione di procedure per la protocollazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Compresenza di più operatori.	Compresenza di 2 operatori.
				Controllo - N° controlli su protocollazioni			Controllo sulle pratiche	Controllo sul 20% delle pratiche
				Regolamentazione - Adozione di procedure per la protocollazione			Protocollo informatico che consenta tracciabilità	SI/NO
				Regolamentazione - Adozione di procedure per la protocollazione			Registro gare	SI/NO

U.O.C. AFFARI GENERALI								
N.	**Processo**	**Area di rischio n. 4: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
4	Esecuzione eventuale di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara **Fattori abilitanti:** Mancanza di controllo.	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara. Può farsi riferimento, quali best practice, alle indicazioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% dell'esecuzione eventuale di contratti
5	Cultura della legalità e del rispetto delle regole	**Possibile evento rischioso:** Irregolarità nei procedimenti amministrativi **Fattori abilitanti:** Scarsa cultura della legalità e del rispetto delle regole	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno economico ed in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione adempimenti riguardanti la formazione in materie inerenti la cultura della legalità ed il rispetto delle regole	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	I Dirigenti promuovono all'interno dell'unità operativa e della struttura cui sono preposti la diffusione della cultura della legalità e del rispetto delle regole e la formazione continua in materia, ex art. 20, comma 25 lettera a) del Codice Aziendale di Comportamento.	Report semestrale al RPCT sull'eventuale effettuazione di interventi formativi in materia di cultura della legalità e del rispetto delle regole

U.O.C. AMMINISTRATIVA AREA NORD								
N°	**Processo**	**Area di rischio processi da n. 1 a n. 3 e n. 6: - Rapporti con soggetti erogatori Area di rischio processo n. 4: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Monitoraggio servizi non sanitari appaltati	**Possibile evento rischioso:** Mancata qualità, quantità e frequenza dei servizi corrisposti **Fattori abilitanti:** Scarsa responsabilizzazione Mancanza di controllo.	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione procedure per capitolati e di misure interne - Indicatori 1), 2)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. Amministrativa Area Nord	1) Ottemperanza dei capitolati di appalto	1) SI/NO
				Controllo - N° di controlli su procedure - Indicatore 3)			2) Applicazione procedure interne per controlli	2) SI/NO
							3) Monitoraggio sull'attuazione delle procedure	3)Verifica semestrale
2	Liquidazioni fatture servizi ospedalieri	**Possibile evento rischioso:** Mancato rispetto ordine presentazione fatture per favorire/danneggiare gli operatori **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo.		Controllo - N° di controlli su ordine cronologico e tempi liquidazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. Amministrativa Area Nord	1) Verifica sull'ordine cronologico e tempi di liquidazione delle fatture e delle attestazioni di esecuzioni delle prestazioni, propedeutiche alla liquidazione.	1) Verifica semestrale
3	Procedimenti di liquidazione fatture di attività distrettuali	**Possibile evento rischioso:** Riconoscimento indebito di importi non dovuti **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo.		Controllo - N° di controlli su procedure	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC Amministrativa Area Nord	Verifiche sull'esecuzione della liquidazione dei servizi e/o forniture	Controllo sul 100% delle pratiche
4	Prestazioni di pronto soccorso	**Possibile evento rischioso:** Elusione o riduzione del pagamento delle prestazioni sanitarie **Fattore abilitante:** Scarsa responsabilizzazione		Regolamentazione - Adozione procedure su criteri con cui vengono attribuiti i codici bianchi e le modalità di pagamento	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. Amministrativa Area Nord	1) Predisposizione ed affissione nei locali di attesa del P.S. di un poster che illustri i criteri con cui vengono attribuiti i codici bianchi e le modalità di pagamento della quota ticket 2) Semplificare il pagamento del ticket nei giorni e negli orari di chiusura dell'ufficio cassa.	1) Predisposizione ed affissione nei locali di attesa del P.S. di un poster

U.O.C. AMMINISTRATIVA AREA NORD								
N°	**Processo**	**Area di rischio processo n. 5: Contratti pubblici Area di rischio processo n. 6: - Rapporti con soggetti erogatori**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
Gestione OASI Maria S.S. Troina:								
5	Esecuzione di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattorie abilitante:** Mancanza di controllo.	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Da prendere a rifermento le disposizioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% dell'esecuzione eventuale di contratti
6	Liquidazione fatture	**Possibile evento rischioso:** Riconoscimento indebito di importi non dovuti **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo.	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulle procedure	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC Amministrativa Area Nord	Verifiche sull'esecuzione della liquidazione dei servizi e/o forniture	Controllo sul 100% delle pratiche

U.O.C. AMMINISTRATIVA AREA SUD **PP.OO. Umberto I°, Chiello, Basilotta FBC - Distretti Sanitari di Enna, Piazza Armerina, Agira e Nicosia**								
N°	**Processo**	**Area di rischio processi da n. 1 a n. 3: Rapporti con soggetti erogatori**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Monitoraggio servizi non sanitari appaltati P.P.O.O. Umberto I, Chiello	**Possibili eventi rischiosi:** Scorretto utilizzo delle condizioni previste per l'utilizzo del servizio mensa dipendenti. Eccessivi pasti prenotati rispetto al numero dei degenti. **Fattori abilitanti:** Scarsa responsabilizzazione. Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli su attuazione procedure - Indicatore 1), 2)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Controlli sulla ricorrenza delle condizioni previste per l'utilizzo del servizio al costo di € 1,03 o di € 7,01 (art. 8 lettere a) e c) del Reg. Serv. Rist., mensa e buoni pasto dell'ASP di EN) previa acquisizione presso l'UOC Risorse Umane della documentazione sugli orari di servizio	Controllo su un campione del 50% del personale dirigente e del comparto che risulta dal registro mensa
							2) Controllo giornaliero dei DDT, al fine di verificare la corrispondenza del numero dei pasti erogati in rapporto al numero dei degenti presenti, tramite il sistema informativo ospedaliero in uso ed eventuale documentazione cartacea	Controllo del 100% dei DDT
2	Liquidazioni fatture servizi ospedalieri P.P.O.O. Umberto I, Chiello, Basilotta e FBC	**Possibile evento rischioso:** Mancato rispetto ordine presentazione fatture per favorire/danneggiare gli operatori **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo.		Controllo - N° di controlli sull'ordine cronologico e tempi di liquidazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Verifiche sui tempi di liquidazione delle fatture.	1) Verifiche trimestrali
3	Procedimenti di liquidazione fatture di attività distrettuali Distretti Sanitari di Enna, Piazza Armerina, Nicosia e Agira	**Possibile evento rischioso:** Riconoscimento indebito di importi non dovuti **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo.		Controllo - N° di controlli su procedure	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifiche sui tempi di liquidazione delle fatture.	1) Verifiche trimestrali

Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025/2027

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche – ASP Caltanissetta

U.O.C. AMMINISTRATIVA AREA SUD **PP.OO. Umberto I°, Chiello, Basilotta FBC - Distretti Sanitari di Enna, Piazza Armerina, Agira e Nicosia**								
N°	**Processo**	**Area di rischio processo dal n. 4 al n. 5: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
4	Allineamento variazioni anagrafiche dell'Anagrafe Assistiti Distretti Sanitari di Enna e Piazza Armerina,	**Possibile evento rischioso:** Mancato allineamento e conseguente danno erariale **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	Non essendo stati registrati, sinora, casi del possibile evento rischioso indicato, è da ritenere che la probabilità sia bassa, ma la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno erariale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Medio"**	Controllo - N° di controlli su allineamento	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controllo incrociato con anagrafe comunale, al fine di verificare l'allineamento	N. 1 controllo mensile ed a seguito di pervenimento dei dati dalle anagrafi comunali
5	Rilascio esenzione per reddito Distretti Sanitari di Enna e Piazza Armerina,	**Possibile evento rischioso:** Riconoscimento indebito dell'esenzione dal pagamento di ticket sanitari per agevolare determinatiti soggetti **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sul rilascio esenzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sulle autocertificazioni tramite i dati presenti nel Sistema Tessera Sanitaria	Controlli sul 100 % delle pratiche

U.O.C. CURE PRIMARIE								
N.	**Processo**	**Area di rischio processo n. 1: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato Area di rischio processo n. 2: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Attribuzione incarichi in convenzione MMG, Continuità Assistenziale, Emergenza Territoriale e PLS.	**Possibile evento rischioso:** Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e imparzialità della selezione **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulle attribuzioni incarichi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controllo incrociato di due funzionari sulla stessa procedura	Controllo nel 50% delle procedure di attribuzioni incarichi
2	Esecuzione eventuale di contratti	**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Può farsi riferimento, quali best practice, alle indicazioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% dell'esecuzione eventuale di contratti

U.O.C. RISORSE UMANE										
N°	**Processo**	**Sub Processo**		**Area di rischio: Incarichi e nomine**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Reclutamento	1	Incarichi di Direzione di Struttura Semplice	**Possibile evento rischioso:** Assenza dei presupposti programmatori e/o di una motivata verifica delle effettive carenze organizzative con il conseguente rischio di frammentazione di UU.OO. e aumento artificioso del numero delle posizioni da ricoprire **Fattori abilitanti:** Uso improprio o distorto della discrezionalità. Mancanza di controllo e di trasparenza	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per la possibilità di ricorsi ed il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla conformità - Indicatori 1), 8)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Verifica, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'Atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale	1) Controlli sul 100% delle pratiche.
									2) Pubblicazione delle UU.OO.SS. per le quali va conferito l'incarico.	2) Pubblicazione nel 100% dei casi.
						Regolamentazione - Adozione procedure per esplicitare criteri e durata incarico - Indicatori 3) , 4) , 5) , 6)			3) Qualificare, nell'ambito degli atti di organizzazione, le funzioni delle UU.OO.SS. in modo che i requisiti degli aspiranti trovino nei citati atti la loro motivazione.	3) Qualificare il 100% delle funzioni delle UU.OO.SS.
									4) Avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano stati esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti.	4) 100% di procedure selettive con esplicitazione requisiti soggettivi
									5) Predeterminazione dei criteri di selezione.	5) SI/NO
						Trasparenza - Presenza della documentazione oggetto di pubblicazione - Indicatori 2), 7)			6) Scelta della durata dell'incarico in modo "standard" e/o collegata esplicitamente ai provvedimenti di programmazione.	6) SI/NO
									7) Pubblicazione degli atti di procedimento	7) Pubblicazione del 100% atti.
									8) Verifica a campione autocertificazioni/ dichiarazioni dei Dirigenti per incompatibilità/inconferibilità/conflitto di interesse.	8) Verifica del 50% autocertificazioni/ dichiarazioni.
		2	Attribuzione Incarichi ex Art. 27 lett. C) del CCNL	**Possibile evento rischioso:** Irregolare attribuzione dell'incarico **Fattori abilitanti:**		Regolamentazione - Adozione procedure per individuazione profilo e conferimento	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Individuazione profilo professionale nel rispetto delle previsioni d'organico e adeguatezza rispetto all'incarico da ricoprire.	1) Individuazione profili nel 100% delle attribuzioni.
									2) Conferimento incarico ai dirigenti.	2) Attribuzioni al 100% dei dirigenti.

				Scarsa responsabilizzazione. Mancanza di controllo		incarichi - Indicatori 1), 2) _____ Controllo - N° di controlli su autocertificazioni / dichiarazioni - Indicatore 3)			3) Verifica a campione delle autocertificazioni / dichiarazioni rese dai Dirigenti incaricati per incompatibilità / inconferibilità / conflitto di interesse.	3) Verifica del 50% delle autocertificazioni / dichiarazioni.

U.O.C. RISORSE UMANE										
N°	**Processo**	**Sub Processo**		**Area di rischio: Incarichi e nomine**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Reclutamento	3	Procedure e bandi	**Possibile evento rischioso:** Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di trasparenza	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per la possibilità di ricorsi ed il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione procedure in applicazione di norme e per individuazione del profilo - Indicatori 1), 3)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Applicazione norme di legge fondamentali DPR. n.483/97, n.484/97, n.220/01, n.487/94, D.Lgs. n.502/92	1) SI/NO
						Trasparenza - Presenza documentazione oggetto di pubblicazione - Indicatore 2)			2) Pubblicazione bandi su GURS, GURI, Albo e sito aziendale, ed esiti delle graduatorie su sito aziendale.	2) Pubblicazione nel 100% delle procedure e bandi
									3) Individuazione del profilo professionale in modo adeguato alla struttura a cui l'incarico afferisce e connotato da elementi di specificità e concretezza, al fine di fornire alla Commissione giudicatrice uno strumento idoneo per la valutazione.	3) Individuazione nel 100% delle procedure e bandi

U.O.C. RISORSE UMANE										
N°	**Processo**	**Sub Processo**		**Area di rischio: Incarichi e nomine**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Reclutamento	4	Incarichi conferiti ai sensi dell'art.15 septies del D.Lgs. n.502/92	**Possibile evento rischioso:** Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità, di trasparenza e di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per la possibilità di ricorsi ed il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Trasparenza - Presenza della documentazione oggetto di pubblicazione - Indicatore 1) Controllo - N° di controlli su autocertificazioni / dichiarazioni - Indicatore 2)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Piena applicazione della normativa sulla trasparenza in relazione alle procedure selettive che dia conto dei criteri e delle scelte operate: a) pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodici delle posizioni/funzioni non ricoperte; b) esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla suddetta procedura derogatoria, compresa la motivazione del mancato espletamento dei concorsi per il reclutamento ordinario e la motivazione alla base della durata dell'incarico; c) esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali e ai criteri di selezione. Attribuzione esclusiva al soggetto dell'unica funzione per la quale è stata attivata la specifica procedura. La durata dell'incarico di cui alla lettera b) deve cessare in ogni caso al completamento delle procedure concorsuali. _____ 2) Verifica a campione delle autocertificazioni / dichiarazioni rese dai Dirigenti incaricati per incompatibilità / inconferibilità / conflitto di interesse	1) Con riferimento a 1) a)-b)-c)., pubblicazione del 100% dei criteri e delle scelte operate 2) Verifica del 50% delle autocertificazioni/ dichiarazioni.

U.O.C. RISORSE UMANE										
N°	**Processo**	**Sub Processo**		**Area di rischio : Incarichi e nomine**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Reclutamento	5	Costituzione Commissione giudicatrice	**Possibile evento rischioso:** Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per la possibilità di ricorsi ed il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Rotazione - Adozione procedure per rotazioni Indicatori 1) e 3)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Rotazione componenti commissione di sorteggio.	1) Rotazione nel 100% delle costituzioni.
						Regolamentazione - Adozione procedure per nomine - Indicatore 2)			2) Nomina commissione esaminatrice secondo normativa vigente - D.A. n. 2274 del 24.12.2014 - Decreto Balduzzi D.P.R. n.483/97, n.484/97, n.220/01, n.487/94.	2) SI/NO
						Disciplina del conflitto di interessi - Utilizzo modello per dichiarazioni - Indicatore 4)			3) Rotazione dei componenti/segretari delle commissioni di concorso.	3) Rotazione nel 100% delle costituzioni.
						Controllo - N° di controlli sui sistemi di selezione e su autocertificazioni / dichiarazioni - Indicatori 5), 6)			4) Utilizzo modello per acquisizione dichiarazioni di incompatibilità / conflitto di interessi prevista dagli artt. 51 e 52 del c.p.c., dall'art. 35 comma 3 lettera e) e 35 bis comma 1 del D.Lgs. n. 165/01.	4) Utilizzo modello nel 100% delle costituzioni
						Trasparenza - Presenza della documentazione oggetto di pubblicazione Indicatore 7)			5) Monitoraggio dei sistemi di selezione dei membri della commissione e rispetto della normativa vigente in materia	5) Controllo del 100% dei dei sistemi di selezione.
									6) Verifica delle autocertificazioni / dichiarazioni rese dal Presidente, Componenti e Segretario della Commissione Esaminatrice per incompatibilità / conflitto di interesse	6) Verifica del 100% delle autocertificazioni / dichiarazioni.
									7) Pubblicazione dei criteri e degli atti ostensibili della procedura sulla sezione "Amministrazione trasparente" (ex D.Lgs. n. 97/2016)	7) Pubblicazione 100% dei criteri e degli atti.

U.O.C. RISORSE UMANE										
N°	**Processo**	**Sub Processo**		**Area di rischio: Incarichi e nomine**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatori di monitoraggio**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Reclutamento	6	Lavori Commissione	**Possibile evento rischioso:** Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione. **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità, di controllo e di trasparenza	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per la possibilità di ricorsi ed il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Regolamentazione - Adozione procedure in applicazione di norme, per la definizione dei criteri di massima e per la tracciabilità del processo Indicatori 1), 2), 3)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Applicazione norme di legge fondamentali DPR n.483/97, n.484/97, n.220/01, n.484/94, D.A. n. 2274 del 24/12/2014.	1) SI/NO
						Controllo - N° di controlli sui verbali - Indicatore 4)			2) Criteri di massima predefiniti dalla Commissione esaminatrice e verifica della loro rispondenza alla previsione di legge in materia.	2) Redazione criteri di massima nel 100% dei lavori.
									3) Tracciabilità del processo (verbale commissione).	3) Redazione verbali nel 100% dei lavori.
						Trasparenza - Presenza della documentazione oggetto di pubblicazione - Indicatore 5)			4) Verifica di coerenza dei verbali della Commissione Esaminatrice con le norme vigenti e le linee guida interne della commissione e pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente".	4) Controllo sul 100% delle pratiche.
									5) Pubblicazione degli atti al fine di garantire massima trasparenza e facilità nella consultazione.	5) Pubblicazione 100% degli atti.

U.O.C. RISORSE UMANE										
N°	**Processo**	**Sub Processo**		**Area di rischio : Acquisizione e gestione del personale**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatore**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
1	Reclutamento	7	Conferimento incarichi liberoprofessionali	**Possibile evento rischioso:** Motivazione generica circa la sussistenza delle necessità aziendali e dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per la possibilità di ricorsi ed il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Disciplina del conflitto di interesse - Specifica previsione di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi - Indicatore 1)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Acquisizione dichiarazione assenza conflitto d'interessi dei soggetti incaricati.	1) Acquisizione dichiarazione dal 100% dei soggetti
						Controllo - N° di controlli su autocertificazioni Indicatore 2)			2) Verifica delle autocertificazioni / dichiarazioni rese dai soggetti incaricati per incompatibilità / inconferibilità / conflitto di interesse.	2) Controllo a campione delle autocertificazioni/dichiarazioni
2	Progressione di Carriera. Differenziali economici di professionalità			**Possibile evento rischioso:** Illegittime corresponsioni economiche scaturenti da progressioni di carriera accordate allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari **Fattore abilitante:** Mancanza di imparzialità		Regolamentazione - Adozione procedure in applicazione di norme e tramite avvisi interni Indicatori 1), 2)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Applicazione norme di legge, CC.CC.NN.LL., C.I.A., contratti individuali e norme negoziali	SI/NO
									2) Predisposizione procedure tramite avvisi interni e definizione di criteri oggettivi di selezione .	2) Avvisi con criteri oggettivi per il 100% delle procedure
3	Rilevazione Presenze			**Possibili eventi rischiosi:** Irregolare utilizzo del sistema automatico di rilevazione presenze. Irregolare inserimento dei giustificativi per favorire / danneggiare i Dipendenti. Superamento del limite orario previsto dalla L. 161/2014 **Fattori abilitanti:** Mancanza di imparzialità e di controllo		Regolamentazione - Adozione Circolari esplicative - Indicatori 1 e 3)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Predisposizione periodica di Circolari esplicative sugli istituti afferenti la presenza ed assenza del personale conformi alle norme vigenti	1) N. 1 Circolare esplicativa
						Controllo - N° di controlli su autocertificazioni - Indicatore 2)			2) Controllo a campione delle autocertificazioni dei dipendenti per la presenza e l'assenza.	2) Controlli sul 50 % autocertificazioni
									3) Predisposizione elenchi da mettere a disposizione dei Direttori UOC.	3) N. 12 Elenchi

U.O.C. RISORSE UMANE										
N°	**Processo**	**Sub Processo**		**Area di rischio dei processi n. 4 e 5: Acquisizione e gestione del personale Area di rischio del processo n. 6: Contratti pubblici**	**Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio**	**Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche**	**Fasi e Tempi di attuazione**	**Responsabile dei processi e delle misure**	**Indicatore**	**Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)**
4	Predisposizione Stipendi			**Possibile evento rischioso:** Illegittimo inserimento di valori di retribuzione accessoria **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli su consistenza e utilizzo fondi accessori, su rispetto tetto di spesa	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Monitoraggio mensile della consistenza e dell'utilizzo dei fondi del trattamento accessorio.	1) n. 12 controlli
									2) Monitoraggio rispetto del tetto di spesa e del budget annuale	2) n. 12 controlli
									3) Verifica prospetti in relazione alle somme economiche stanziate per l'esercizio finanziario corrente e degli anni precedenti.	3) n. 12 controlli
5	Autorizzazioni incarichi ex art. 53 D.Lgs. n.165/01			**Possibile evento rischioso:** Svolgimento di attività/incarichi incompatibili con l'attività istituzionale **Fattore abilitante:** Scarsa responsabilizzazione		Regolamentazione - Adozione di procedure per docenze non retribuite	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Integrazione / aggiornamento Regolamento che tenga conto degli esiti del tavolo tecnico con le Organizzazioni Sindacali in tema di attività di docenze non retribuite con solo rimborso spese per partecipazione ad eventi formativi esterni all'Azienda con spese a carico di soggetti privati (sponsorizzazioni individuali).	1) SI/NO
6	Esecuzione eventuale di contratti			**Possibile evento rischioso:** Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione **Fattore abilitante:** Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: **"Alto"**	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione. Può farsi riferimento, quali best practice, alle indicazioni di cui al D.M. 7 marzo 2018, n. 49, Regolamento recante "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni del direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione".	Controlli sul 100% dell'esecuzione eventuale di contratti

SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA DEL PIAO 24/26 - TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE. ALLEGATO 2

Denominazione sotto- sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto- sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n. 1310/2016 e relativo allegato 1))	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile: Dirigente Ufficio
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 6, co. 4.	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)	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 (entro il 31 gennaio)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Entro 15 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
	Atti generali	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 del Servizio Sanitario	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff Aziendale	Entro 20 giorni dall'eventuale aggiornamento pubblicato nella banca dati Normativa	Monitoraggio semestrale U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
			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)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff Aziendale	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione dell'eventuale aggiornamento o adozioni di atti.	Monitoraggio semestrale della U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
			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)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale e Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale e Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Entro 15 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Coordinamento Staff aziendale e del Responsabile della corruzione e della trasparenza
		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'azienda	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff Aziendale	Entro 15 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs.	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 comportamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Uffici Provvedimenti Disciplinari. Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (per il Codice di comportamento)	Uffici Provvedimenti Disciplinari. Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (per il Codice di comportamento)	Entro 15 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale Uffici Provvedimenti Disciplinari. Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza
	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	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro 20 giorni dall'entrata in vigore della norma che introduce l'obbligo.	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonche l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016	//	//	//	//
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 10/2016	//	//	//	//
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)		//	//	//	//

Denominazione sotto- sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto- sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n. 1310/2016 e relativo allegato 1))	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile: Dirigente Ufficio
		Art. 13, c. 1, lett.		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n.	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		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).	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		Art. 14, c. 1, lett. f), 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 dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) 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	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		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 nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		Art. 14, c. 1, lett. f), 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 dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	4) 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	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		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	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		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	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		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 dichiarazione [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	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) 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).	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	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 nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assuzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	//	//
	Articolazione degli uffici	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)	U.O.C. Controllo di Gestione e S.I.S.	U.O.C. Controllo di Gestione e S.I.S.	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione dell'eventuale aggiornamento o adozioni di atti.	Monitoraggio semestrale U.O.C. Controllo di Gestione e S.I.S.
		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)	U.O.C. Controllo di Gestione e S.I.S.	U.O.C. Controllo di Gestione e S.I.S.	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione dell'eventuale aggiornamento o adozioni di atti.	Monitoraggio semestrale U.O.C. Controllo di Gestione e S.I.S.
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Controllo di Gestione e S.I.S.	U.O.C. Controllo di Gestione e S.I.S.	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione dell'eventuale aggiornamento o adozioni di atti.	Monitoraggio semestrale U.O.C. Controllo di Gestione e S.I.S.
Organizzazione	Telefono e posta elettronica	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)	U.O.C. Ufficio Tecnico	U.O.C. Ufficio Tecnico	Entro 20 giorni dall'eventuale aggiornamento o adozioni di atti.	Monitoraggio semestrale U.O.C. Ufficio Tecnico
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	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)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico (art. 15, comma 4 del d.lgs. 33/13). Con riferimento all'ammontare erogato entro il trimestre	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
				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)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico (art. 15, comma 4 del d.lgs. 33/13)	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
		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)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico (art. 15, comma 4 del d.lgs. 33/13)	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
		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)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico (art. 15, comma 4 del d.lgs. 33/13)	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
		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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico (art. 15, comma 4 del d.lgs. 33/13)	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico (art. 15, comma 4 del d.lgs. 33/13)	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	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)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	Monitoraggio semestrale U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
		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)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico e, comunque, aggiornamento, ove necessario, del CV annuale entro il 30 marzo	Monitoraggio semestrale U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
		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)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	Monitoraggio semestrale U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Entro 30 giorni dalla liquidazione della missione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
		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)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	Monitoraggio semestrale U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
		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)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	Monitoraggio semestrale U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
		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		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 nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico).	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	Monitoraggio semestrale U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
		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	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	Monitoraggio semestrale U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
		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	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	Monitoraggio semestrale U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
		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)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	Monitoraggio semestrale U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	Monitoraggio semestrale U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
		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)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	Monitoraggio semestrale U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti 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)	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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dall'approvazione conferimento dell'incarico	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dall'approvazione conferimento dell'incarico e, comunque, aggiornamento, ove necessario, del CV annuale entro il 30 marzo	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dall'approvazione conferimento dell'incarico	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 30 giorni dalla liquidazione della missione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		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		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 nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		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	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti 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)	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	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		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	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dall'approvazione conferimento dell'incarico	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dall'approvazione conferimento dell'incarico	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	//	//	//	//
		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	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dall'adozione di atti.	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
Personale	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	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla decadenza dell'incarico	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Curriculum vitae	Nessuno	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla decadenza dell'incarico	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla decadenza dell'incarico	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla decadenza dell'incarico	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		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	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla decadenza dell'incarico	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		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	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla decadenza dell'incarico	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		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 dichiarazione [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	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
	Dirigenti cessati	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).	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	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 nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assuzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale e U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale e U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla comunicazione di avvio del provvedimento sanzionatorio	Monitoraggio semestrale U.O.C. Coordinamento Staff aziendale e U.O.C. Risorse Umane
Personale	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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dall'approvazione conferimento dell'incarico	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
	Dotazione organica	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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla trasmissione al Ministero dell'Economia e delle Finanze	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla rilevazione (collegata al conto annuale)	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
	Personale non a tempo indeterminato	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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla rilevazione (collegata al conto annuale)	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla rilevazione trimestrale	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
	Tassi di assenza	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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dalla scadenza trimestrale	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 20 giorni dall'autorizzazione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs.	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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
	Contrattazione integrativa	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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs.	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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 30 giorni dalla trasmissione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
Personale	OIV	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 Permanente	Struttura Tecnica Permanente	Entro 20 giorni dalla nomina	Monitoraggio semestrale Struttura Tecnica Permanente

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto- sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n. 1310/2016 e relativo allegato 1))	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile: Dirigente Ufficio
Personale	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente	Entro 20 giorni dalla nomina	Monitoraggio semestrale Struttura Tecnica Permanente
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente	Entro 20 giorni dalla nomina	Monitoraggio semestrale Struttura Tecnica Permanente
Bandi di concorso		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)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	Entro 3 giorni dalla comunicazione dell'approvazione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Risorse Umane
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	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 Permanente	Struttura Tecnica Permanente	Entro 10 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale Struttura Tecnica Permanente
	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 Permanente	Struttura Tecnica Permanente	Entro 10 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale Struttura Tecnica Permanente
	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 Permanente	Struttura Tecnica Permanente	Entro 10 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale Struttura Tecnica Permanente
	Ammontare complessivo dei premi	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)	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente	Entro 10 giorni dalla comunicazione dell'approvazione	Monitoraggio semestrale Struttura Tecnica Permanente
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente	Entro 10 giorni dalla comunicazione dell'approvazione	Monitoraggio semestrale Struttura Tecnica Permanente
	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)	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del trattamento accessorio	Monitoraggio semestrale Struttura Tecnica Permanente
				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)	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del trattamento accessorio	Monitoraggio semestrale Struttura Tecnica Permanente
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del trattamento accessorio	Monitoraggio semestrale Struttura Tecnica Permanente
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lg.s 97/2016	//	//	//	//
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	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)	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	//	//
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	//	//
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	//	//
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	//	//
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	//	//
				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.	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	//	//
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	//	//
				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.	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	//	//
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico(dal sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 3, d.lgs. n.	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	//	//
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico(dal sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 3, d.lgs. n.	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	//	//
		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)	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	//	//
	Società partecipate	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)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro il 20 gennaio di ogni anno	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.				
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro il 20 gennaio di ogni anno	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro il 20 gennaio di ogni anno	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro il 20 gennaio di ogni anno	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro il 20 gennaio di ogni anno	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
				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.	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro il 20 gennaio di ogni anno	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro il 20 gennaio di ogni anno	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro il 20 gennaio di ogni anno	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico(dal sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 3, d.lgs. n.	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro il 20 gennaio di ogni anno	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
		Art. 20, c. 3, d.lgs n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico(dal sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 3, d.lgs. n.	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro il 20 gennaio di ogni anno	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
		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.	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro il 20 gennaio di ogni anno	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
		Art. 22, c. 1. lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013		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) U.O.C. Affari Generali	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale U.O.C. Affari Generali	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale U.O.C. Affari Generali	Entro 20 giorni dalla nomina Entro 15 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale Monitoraggio semestrale U.O.C. Affari Generali
	Società partecipate	Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016	Provvedimenti	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)	U.O.C. Affari Generali	U.O.C. Affari Generali	Entro 15 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Affari Generali
				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)	U.O.C. Affari Generali	U.O.C. Affari Generali	Entro 15 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Affari Generali
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, 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.	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	//	//
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	//	//
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	//	//
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	//	//
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	//	//
				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.	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	//	//
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	//	//
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	//	//
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico(dal sito dell'ente)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	//	//
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico(dal sito dell'ente)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	//	//
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	//	//
	Rappresentazione grafica	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)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro il 20 gennaio di ogni anno	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	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				
	Tipologie di procedimento		Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	**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.	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro 20 giorni dall'adozione atti	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n.	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro 20 giorni dall'adozione atti	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
		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)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro 20 giorni dall'adozione atti	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
		Art. 35, c. 1, lett. d), 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)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro 20 giorni dall'adozione atti	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		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)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro 20 giorni dall'adozione atti	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
		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)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro 20 giorni dall'adozione atti	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
		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)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro 20 giorni dall'adozione atti	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
		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)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro 20 giorni dall'adozione atti	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
		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)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro 20 giorni dall'adozione atti	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
		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, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro 20 giorni dall'adozione atti	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
		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, nonché 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)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro 20 giorni dall'adozione atti	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	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)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro 20 giorni dall'adozione atti	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c.	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	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)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro 20 giorni dall'adozione atti	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto- sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n. 1310/2016 e relativo allegato 1))	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile: Dirigente Ufficio
Attività e procedimenti	Monitoraggio tempi procedimentali	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	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)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro 20 giorni dalla definizione dei recapiti	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	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)	**NON PERTINENTE** **Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo ed il Direttore sanitario non risultano essere organi di indirizzo politico, ex art. 41, commi 2 e 3 D.Lgs. 33/13 e Delibera Anac 586/19 pag. 13**	**NON PERTINENTE** **Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo ed il Direttore sanitario non risultano essere organi di indirizzo politico, ex art. 41, commi 2 e 3 D.Lgs. 33/13 e Delibera Anac 586/19 pag. 13**	//	//
	Provvedimenti organi indirizzo politico	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: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	//	//	//	//
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	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)	U.O.C. Provveditorato e U.O.C. Affari Generali	U.O.C. Provveditorato e U.O.C. Affari Generali	Entro il 20 luglio e il 31 gennaio	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	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: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	//	//	//	//
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	//	//	//	//
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative		//	//	//	//
Bandi di gara e contratti		Art. 30, d.lgs. 36/2023	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Entro 20 giorni dall'adozione di atti	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023	Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	Tempestivo	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Entro 20 giorni dall'adozione di atti	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto- sezione 2 livello (Tipologie di dati) Fase	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n. 1310/2016 e relativo allegato 1))	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile: Dirigente Ufficio
Bandi di gara e contratti		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023	Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Tempestivo	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Contemporaneamente all'adozione degli atti	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Art. 168, d.lgs. 36/2023	Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al Sistema.	Tempestivo	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Entro 20 giorni dall'adozione atti	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Art. 169, d.lgs. 36/2023	Procedure di gara regolamentate Settori speciali	Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	Tempestivo	**NON PERTINENTE, IN QUANTO QUESTA AZIENDA NON E' IMPRESA PUBBLICA E NON RISULTA ESSERE TITOLARE DI DIRITTI SPECIALI, IN QUANTO NON SVOLGE ATTIVITA' PREVISTE DAGLI ARTT. DA 146 A A152 D.LGS. 36/23**	**NON PERTINENTE, IN QUANTO QUESTA AZIENDA NON E' IMPRESA PUBBLICA E NON RISULTA ESSERE TITOLARE DI DIRITTI SPECIALI, IN QUANTO NON SVOLGE ATTIVITA' PREVISTE DAGLI ARTT. DA 146 A A152 D.LGS. 36/23**	//	//
		Art. 11, co. 2- quater, L. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	U.O.C.Ufficio Tecnico	U.O.C.Ufficio Tecnico	Entro 20 giorni dalla predisposizione dell'elenco	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
	Pubblicazione	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023	Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo) Dibattito pubblico obbligatorio	1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	Tempestivo	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Entro 20 giorni dall'adozione di atti	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Art. 82, d.lgs. 36/2023 Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023	Documenti di gara Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'Allegato II.7)	Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	Tempestivo	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Entro 20 giorni dall'adozione di atti	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
	Affidamento	Art. 28, d.lgs. 36/2023	Trasparenza dei contratti pubblici	Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Tempestivo	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Entro 20 giorni dall'adozione di atti di individuazione dei componenti le commissioni	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla	Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati: Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta	Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Entro 20 giorni dalla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
	Affidamento	Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs.	Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica	Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali: 1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5); 2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3); 3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale; 4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (artt. 24 e 31 co. 2); 5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)	Tempestivo	**NON PERTINENTE, IN QUANTO I CONTENUTI DELL'OBBLIGO IN ESAME INDICANO I SERVIZI PUBBLICI LOCALI DEGLI ENTI LOCALI**	**NON PERTINENTE, IN QUANTO I CONTENUTI DELL'OBBLIGO IN ESAME INDICANO I SERVIZI PUBBLICI LOCALI DEGLI ENTI LOCALI**	//	//
	Esecutiva	Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023	Collegio consultivo tecnico	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Tempestivo	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Entro 20 giorni dall'adozione di atti di composizione di Collegi consultivi tecnici	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati D.P.C.M 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati: 1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti 2) Certificazione di cui all'art. 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 economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Entro 20 giorni dalla trasmissione di atti.	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
	Sponsorizzazioni	Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023	Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato	Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.	Tempestivo	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Entro 20 giorni dall'avviso o dall'avvenuto ricevimento di una proposta	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
	Procedure di somma urgenza e di protezione civile	Art. 140, d.lgs. 36/2023	Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023	Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzari ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	Tempestivo	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Entro 20 giorni dall'aggiudicazione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
Bandi di gara e contratti	**Finanza di progetto**	Art. 193, d.lgs. 36/2023	Procedura di affidamento	Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Tempestivo	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Entro 20 giorni dall'adozione atti	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato

Denominazione sotto- sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto- sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n. 1310/2016 e relativo allegato 1))	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile: Dirigente Ufficio
		Articolo 48, paragrafo 1, della direttiva 2014/24/UE Articolo 81 comma 1 decreto legislativo 36/2023. Art. 3.5 della Del. Anac 263/23	Appalti settori ordinari pari /sopra soglia	Avviso di pubblicazione di un avviso di preinformazione relativo al profilo di committente — direttiva generale. Avviso di preinformazione a fini unicamente informativi — direttiva generale. La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 27, paragrafo 2, della direttiva 2014/24/UE, Articolo 28, paragrafo 3, della direttiva 2014/24/UE Articolo 81 comma 1 decretolegislativo 36/2023. Art. 3.5	Appalti settori ordinari pari /sopra soglia	Avviso di preinformazione utilizzato per abbreviare i termini per la ricezione delle offerte — direttiva generale. La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 48, paragrafo 2, della direttiva 2014/24/UE Articolo 81 comma 2 decreto legislativo 36/2023. Art. 3.5 della Del. Anac 263/23	Appalti settori ordinari pari /sopra soglia	Avviso di preinformazione utilizzato come avviso di indizione di gara — direttiva generale, regime ordinario La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 75, paragrafo 1, lettera b), della direttiva 2014/24/UE Articolo 127 comma 1 lettera b) decreto legislativo 36/2023. Art. 3.5 della Del. Anac 263/23	Appalti settori ordinari pari /sopra soglia regime alleggerito	Avviso di preinformazione utilizzato come avviso di indizione di gara — direttiva generale, regime alleggerito La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 31, paragrafo 3, della direttiva 2014/23/UE Articolo 182.comma 6 decreto legislativo 36/2023. Art. 3.5 della Del. Anac 263/23	Concessioni pari /sopra soglia regime alleggerito	Avviso di preinformazione utilizzato come avviso di indizione di gara — direttiva sulle concessioni, regime alleggerito. La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 49 della direttiva 2014/24/UE Articolo 84 decreto legislativo 36/2023 Articolo 85 decreto legislativo 36/2023. Art. 3.5 della Del. Anac 263/23	Appalti settori ordinari pari /sopra soglia	Bando di gara — direttiva generale, regime ordinario La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23). .	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
Bandi di gara e contratti		Articolo 31, paragrafo 1, della direttiva 2014/23/UE Articolo 182 comma 11 primo periodo e comma 12 decreto legislativo 36/2023. Art. 3.5 della Del. Anac 263/23	Concessioni pari/sopra soglia	Bando di concessione - direttiva sulle concessioni, regime ordinario, PPP La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 75, paragrafo 1, lettera a), della direttiva 2014/24/UE Articolo 127 comma 1 lettera b) decreto legislativo 36/2023. Art. 3.5 della Del. Anac 263/23	Appalti settori ordinari pari /sopra soglia regime alleggerito	Bando di gara — direttiva generale, regime alleggerito	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 79, paragrafo 1, della direttiva 2014/24/UE Articolo 46 decreto legislativo 36/2023. Art. 3.5 della Del. Anac 263/23	Avviso o bando di concorso di progettazione — direttiva generale, progettazione	Settori ordinari pari /sopra soglia concorso progettazione	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 50 decreto legislativo 36/2023 Articolo 81 comma 1 decreto legislativo 36/2023. Art. 4.4 della Del. Anac 263/23	Appalti settori ordinari sotto soglia	Avviso di pubblicazione di un avviso di preinformazione relativo al profilo di committente — settori ordinari. La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 50 comma 1 lett. d) decreto legislativo 36/2023 Articolo 81 comma 1 decreto legislativo 36/2023. Art. 4.4 della Del. Anac 263/23	Appalti settori ordinari sotto soglia procedure ordinarie (solo per: 1mln <=L< soglia)	Avviso di preinformazione utilizzato per abbreviare i termini per la ricezione delle offerte — direttiva generale Avviso di preinformazione utilizzato come avviso di indizione di gara — direttiva generale, regime ordinario La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 127 decreto legislativo 36/2023 Articolo 128 comma 8 decreto legislativo 36/2023. Art. 4.4 della Del. Anac 263/23	Settori ordinari sotto soglia regime alleggerito /sopra soglia regime alleggerito	Avviso di preinformazione utilizzato come avviso di indizione di gara — direttiva generale, regime alleggerito La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 187 decreto legislativo 36/2023. Art. 4.4 della Del. Anac 263/23	Concessioni sotto soglia regime alleggerito	Avviso di preinformazione utilizzato come avviso di indizione di gara — direttiva sulle concessioni, regime alleggerito. La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 50 comma 1 lettera d) decreto legislativo 36/2023. Art. 4.4 della Del. Anac 263/23	Settori ordinari sotto soglia procedure ordinarie (solo per: 1mln <=L< soglia)	Bando di gara — direttiva generale, regime ordinario La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
Bandi di gara e contratti		Articolo 187 decreto legislativo 36/2023. Art. 4.4 della Del. Anac 263/23	Concessioni sotto soglia	Bando di concessione - direttiva sulle concessioni, regime ordinario La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 127 decreto legislativo 36/2023 Articolo 128 comma 8 decreto legislativo 36/2023. Art. 4.4 della Del. Anac 263/23	Settori ordinari sotto soglia regime alleggerito	Bando di gara — direttiva generale, regime alleggerito La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 46 decreto legislativo 36/2023. Art. 4.4 della Del. Anac 263/23	Settori ordinari sotto soglia concorsi di progettazione	Avviso o bando di concorso di progettazione La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
	PROCEDURE, AVVISI, AFFIDAMENTI INDIPENDENTEMENTE DAL VALORE DEL CONTRATTO								
		Articolo 76 decreto legislativo 36/2023 Articolo 158 decreto legislativo 36/2023 Articolo 18 decreto legislativo 208/2011 Articolo 50 comma 1 lettere c) d) e) decreto legislativo 36/2023 Articolo 50 comma 5 decreto legislativo 36/2023 e Libro III decreto legislativo 36/2023 Articolo 31 decreto legislativo 208/2011 Articolo 187 decreto legislativo 36/2023 Articolo 127 decreto legislativo 36/2023 Articolo 128 comma 8 decreto legislativo 36/2023 Articolo 2 Allegato II.1 del decreto legislativo 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Procedura negoziata senza bando appalti e concessioni - tutti i settori - regime ordinario e alleggerito	Avvio dell'indagine di mercato La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 50 comma 1 lettere c) d) e) decreto legislativo 36/2023 Articolo 3 Allegato II.1 del decreto legislativo 36/2023 Articolo 31 decreto legislativo 208/2011. Allegato 1, Del. Anac 261/23	Settori ordinari	Avviso di costituzione di un elenco di operatori economici La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
Bandi di gara e contratti		Articolo 31, paragrafo 1, della direttiva 2014/23/UE Articolo 174 comma 3 decreto legislativo 36/2023 Articolo 182 comma 11 primo periodo e comma 12 decreto legislativo 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Concessioni	Finanza di progetto Locazione finanziaria Contratto di disponibilità Contratto EPC Concessione di servizi e costruzione e gestione Contratti di partenariato sociale La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
	PROCEDURE, AVVISI, AFFIDAMENTI INDIPENDENTEMENTE DAL VALORE DEL CONTRATTO								
		Artt. 204 decreto legislativo 36/2023 Articolo 205 comma 6 e comma 7 decreto legislativo 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23		Affidamento a contraente generale La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Art. 13 c. 3 decreto legislativo 36/2023 Articolo 17 decreto legislativo 175/2016. Allegato 1, Del. Anac 263/23		Scelta del socio privato nella società mista La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 7 decreto legislativo 36/2023 Articolo 120 comma 3 decreto legislativo 104/2010. Allegato 1, Del. Anac 263/23		Affidamento a società in house La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
	AGGIUDICAZIONE PROCEDURE PARI O SOPRA SOGLIA								
		Articolo 50 della direttiva 2014/24/UE Articolo 111 decreto legislativo 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Appalti pari /sopra soglia settori ordinari	Avviso aggiudicazione direttiva generale, regime ordinario La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 32, paragrafo 2 (riferimento all'allegato VII), della direttiva 2014/23/UE Articolo 182.comma 11 secondo periodo e comma 12 decreto legislativo 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Concessioni sopra soglia	Avviso di aggiudicazione di una concessione, direttiva concessioni, regime ordinario La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 75, paragrafo 2, della direttiva 2014/24/UE Articolo 127 comma 3 deceto legislativo 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Appalti pari /sopra soglia settori ordinari regime alleggerito	Avviso di aggiudicazione di un appalto, direttiva generale, regime allegerito La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
Bandi di gara e contratti		Articolo 32, paragrafo 2, della direttiva 2014/24/UE (riferimento all'allegato) Articolo 182.comma 11 secondo periodo e comma 12 decrto legislativo 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Concessioni pari /sopra soglia regime alleggerito	Avviso di aggiudicazione di una concessione, direttiva concessioni, regime allegerito La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
	AGGIUDICAZIONE PROCEDURE PARI O SOPRA SOGLIA								
		Articolo 79, paragrafo 2, della direttiva 2014/24/UE Articolo 46 decreto legislativo 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Settori ordinari pari /sopra soglia concorso progettazione	Avviso sui risultati di un concorso di progettazione, direttiva generale, progettazione La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
	AGGIUDICAZIONE PROCEDURE SOTTO SOGLIA								
		Articolo 50 comma 9 D.Lgs 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Appalti sotto soglia settori ordinari	Avviso aggiudicazione settori ordinari La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 187 decreto legislativo 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Concessioni sotto soglia	Avviso di aggiudicazione di una concessione La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 50 comma 9 decreto legislativo 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Appalti sotto soglia settori ordinari regime alleggerito	Avviso di aggiudicazione,settore ordinario, regime allegerito La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 187 decreto legislativo 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Concessioni sotto soglia regime alleggerito	Avviso di aggiudicazione di una concessione, concessioni, regime allegerito La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 46 decreto legislativo 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Settori ordinari sotto soglia concorsi di progettazione	Avviso sui risultati di un concorso di progettazione, settori ordinari, progettazione La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
	AVVISO PER LA TRASPARENZA VOLONTARIA								
Bandi di gara e contratti		Articolo 3 bis della direttiva 89/665/CEE Articolo 86 decreto legislativo 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Appalti pari /sopra soglia settori ordinari	Avviso per la trasparenza volontaria ex ante, direttiva generale La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
	AVVISO PER LA TRASPARENZA VOLONTARIA								
		Articolo 3 bis delle direttive 89/665/CEE e 92/13/CEE Articolo 86 decreto legislativo 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Concessioni pari /sopra soglia	Avviso per la trasparenza volontaria ex ante, direttiva concessioni La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
	AFFIDAMENTI DIRETTI SOTTO SOGLIA								
		Articolo 50 comma 1 lettere c) d) e) decreto legislativo 36/2023 Articolo 50 comma 9 decreto legislativo 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Appalti sotto soglia settori ordinari regime ordinario e alleggerito	Affidamento diretto superiore al valore ammesso per l'affidamento diretto e sotto la soglia comunitaria, settori ordinari (regime ordinario e alleggerito) La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 182 comma 7 decreto legislativo 36/2023 Articolo 187 decreto legislativo 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Concessioni sottosoglia	Affidamento diretto, concessioni La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
		Articolo 50 comma 9 decreto legislativo 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Tutti i settori regime ordinario e alleggerito	Affidamento diretto di importo pari o superiore a cinquemila euro ed entro i entro i valori ammessi per l'affidamento diretto La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
	MODIFICA CONTRATTUALE								
		Articolo 72, paragrafo 1, della direttiva 2014/24/UE Articolo 89, paragrafo 1, della direttiva 2014/25/UE Articolo 141 comma 3 lettera i) decreto legislativo 36/2023 Articolo 120 comma 14 e comma 15 decreto legislativo 36/2023 Articolo 5 comma 11 e comma 12 Allegato II.14. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Appalti pari /sopra soglia settori ordinari e settori speciali	Modifica contrattuale, contratti pari o sopra soglia direttiva generale, direttiva settoriale La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
Bandi di gara e contratti		Articolo 43, paragrafo 1, della direttiva 2014/23/UE Articolo 189 comma 5 decreto legislativo 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Concessioni pari /sopra soglia	Modifica contrattuale, contratti pari o sopra soglia, direttiva concessioni La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
	MODIFICA CONTRATTUALE								
Bandi di gara e contratti		Articolo 187 comma 2 decreto legislativo 36/2023 Articolo 189 comma 5 decreto legislativo 36/2023. Allegato 1, Del. Anac 263/23	Concessioni sotto soglia	Modifica contrattuale sottosoglia, concessioni La trasmissione ai fini della pubblicità legale alla BDNCP dei dati e delle informazioni in esame assolve agli obblighi in materia di trasparenza (art. 10.8 della Del. Anac 261/23). E' da riportare in Amministrazione Trasparente il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati che trattasi (art. 3.Del. Anac 264/23).	Trasmissione tempestiva alla BDNCP (art. 10.1 della Del. Anac 261/23)	U.O.C. Provveditorato	U.O.C. Provveditorato	Trasmissione tempestiva alla BDNCP, ai fini della pubblicità legale e contestuale collegamento ipertestuale alla BDNCP da riportare in A.T., che consente di accedere ai dati ed alle informazioni in esame	Monitoraggio semestrale U.O.C. Provveditorato
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	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)	**NON PERTINENTE**	**NON PERTINENTE**	//	//
	Atti di concessione	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)	**NON PERTINENTE**	**NON PERTINENTE**		
				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)	**NON PERTINENTE**	**NON PERTINENTE**	//	//
		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)	**NON PERTINENTE**	**NON PERTINENTE**	//	//
		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)	**NON PERTINENTE**	**NON PERTINENTE**	//	//
		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)	**NON PERTINENTE**	**NON PERTINENTE**	//	//
		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)	**NON PERTINENTE**	**NON PERTINENTE**	//	//
		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)	**NON PERTINENTE**	**NON PERTINENTE**	//	//
		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)	**NON PERTINENTE**	**NON PERTINENTE**	//	//
	Atti di concessione	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)	**NON PERTINENTE**	**NON PERTINENTE**	//	//
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	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)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
		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)	**NON PERTINENTE, IN QUANTO I CONTENUTI DELL'OBBLIGO IN ESAME SONO DESTINATI AGLI ENTI IN CONTABILITA' FINANZIARIA EX D.P.C.M. 29/04/16**	**NON PERTINENTE, IN QUANTO I CONTENUTI DELL'OBBLIGO IN ESAME SONO DESTINATI AGLI ENTI IN CONTABILITA' FINANZIARIA EX D.P.C.M. 29/04/16**	//	//
	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011		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)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Bilancio consuntivo	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)	**NON PERTINENTE, IN QUANTO I CONTENUTI DELL'OBBLIGO IN ESAME SONO DESTINATI AGLI ENTI IN CONTABILITA' FINANZIARIA EX D.P.C.M. 29/04/16**	**NON PERTINENTE, IN QUANTO I CONTENUTI DELL'OBBLIGO IN ESAME SONO DESTINATI AGLI ENTI IN CONTABILITA' FINANZIARIA EX D.P.C.M. 29/04/16**	//	//
Bilanci	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	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)	**NON PERTINENTE, IN QUANTO SONO ESCLUSI DAI CONTENUTI DELL'OBBLIGO IN ESAME GLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO, EX ART. 1 COMMA 1 LET. A) E ART. 2 DEL D.LGS. 91/11**	**NON PERTINENTE, IN QUANTO SONO ESCLUSI DAI CONTENUTI DELL'OBBLIGO IN ESAME GLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO, EX ART. 1 COMMA 1 LET. A) E ART. 2 DEL D.LGS. 91/11**	//	//
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	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)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro 20 giorni dall' eventuale aggiornamento	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
	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)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro 20 giorni dall' eventuale aggiornamento	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	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 Permanente	Struttura Tecnica Permanente	Entro 20 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale Struttura Tecnica Permanente
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente	Entro 30 giugno di ogni anno	Monitoraggio semestrale Struttura Tecnica Permanente
				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 Permanente	Struttura Tecnica Permanente	Entro 20 giorni dall'adozione	Monitoraggio semestrale Struttura Tecnica Permanente

Denominazione sotto- sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto- sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n. 1310/2016 e relativo allegato 1))	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile: Dirigente Ufficio
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	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 Permanente	Struttura Tecnica Permanente	Entro 20 giorni dall'adozione	Monitoraggio semestrale Struttura Tecnica Permanente
	Organi di revisione amministrativa e contabile		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)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro 20 dalla presentazione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
	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)	U.O.C. Affari Generali	U.O.C. Affari Generali	Entro 20 dalla formalizzazione del rilievo	Monitoraggio semestrale U.O.C. Affari Generali
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	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)	U.O.S. URP Ufficio stampa e comunicazione	U.O.S. URP Ufficio stampa e comunicazione	Entro 20 giorni dall'adozione di atti.	Monitoraggio semestrale U.O.S. URP Ufficio stampa e comunicazione
	Class action	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	U.O.C. Servizio Legale	U.O.C. Servizio Legale	Entro 20 giorni dalla comunicazione di atti.	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Legale
		Art. 4, c. 2, d.lgs.		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	U.O.C. Servizio Legale	U.O.C. Servizio Legale	Entro 20 giorni dalla comunicazione di atti.	Monitoraggio semestrale
		Art. 4, c. 6, d.lgs.		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	U.O.C. Servizio Legale	U.O.C. Servizio Legale	Entro 20 giorni dall'adozione di atti.	Monitoraggio semestrale
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), 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)	U.O.C. Controllo di Gestione e S.I.S.	U.O.C. Controllo di Gestione e S.I.S.	Entro 20 giorni dall'adozione di atti.	Monitoraggio semestrale U.O.C. Controllo di Gestione e S.I.S.
	Liste di attesa	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)	U.O.C. Cure Primarie	U.O.C. Cure Primarie	Entro 20 giorni dall'adozione di atti.	Monitoraggio semestrale U.O.C. Cure Primarie
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005	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	U.O.S. URP Ufficio stampa e comunicazione e U.O.S. Gestione Rete Dati.	U.O.S. URP Ufficio stampa e comunicazione e U.O.S. Gestione Rete Dati.	Entro 20 giorni dai risultati delle indagini	Monitoraggio semestrale U.O.S. URP Ufficio stampa e comunicazione
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti del SSN	Art. 41, comma 1-bis, d.lgs n.	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	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Contemporaneamente all'elaborazione atti	Monitoraggio semestrale U.O.C. Cure Primarie
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	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)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro il 15 gennaio	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro e non oltre il trentesimo giorno dalla conclusione del trimestre di riferimento	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro il 15 gennaio	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale

Denominazione sotto- sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto- sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n. 1310/2016 e relativo allegato 1))	Monitoraggio- Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile: Dirigente Ufficio
Pagamenti dell'amministrazione	IBAN e pagamenti informatici	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, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Entro 3 giorni dall'eventuale aggiornamento	Monitoraggio semestrale U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
Opere pubbliche	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)	**NON PERTINENTE, IN QUANTO OBBLIGO PREVISTO PER LE AMMINISTRAZIONI CENTRALI E REGIONALI, COME STABILITO DAL COMMA 1 DELL'ART. 1, L. N. 144/1999**	**NON PERTINENTE, IN QUANTO OBBLIGO PREVISTO PER LE AMMINISTRAZIONI CENTRALI E REGIONALI, COME STABILITO DAL COMMA 1 DELL'ART. 1, L. N. 144/1999**	//	//
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 d.lgs. n. 33/2013	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche. A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Ufficio tecnico	U.O.C. Ufficio tecnico	Entro 15 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Ufficio tecnico
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 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) (Le PA adempiono agli obblighi di pubblicazione in esame mediante la comunicazione alla BDAP - Banca Dati Amministrazioni Pubbliche e con la pubblicazione sul proprio sito istituzionale, nella	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Ufficio tecnico	U.O.C. Ufficio tecnico	Contemporaneamente all'elaborazione atti	Monitoraggio semestrale U.O.C. Ufficio tecnico
				Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Ufficio tecnico	U.O.C. Ufficio tecnico	Contemporaneamente all'elaborazione atti	Monitoraggio semestrale U.O.C. Ufficio tecnico
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA DI PIANIFICAZIONE E GOVERNO DEL TERRITORIO**	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA DI PIANIFICAZIONE E GOVERNO DEL TERRITORIO**	//	//
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA DI PIANIFICAZIONE E GOVERNO DEL TERRITORIO**	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA DI PIANIFICAZIONE E GOVERNO DEL TERRITORIO**	//	//
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA AMBIENTALE**	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA AMBIENTALE**	//	//
			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)	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA AMBIENTALE**	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA AMBIENTALE**	//	//
			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)	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA AMBIENTALE**	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA AMBIENTALE**	//	//
			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'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA AMBIENTALE**	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA AMBIENTALE**	//	//
			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'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA AMBIENTALE**	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA AMBIENTALE**	//	//
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA AMBIENTALE**	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA AMBIENTALE**	//	//
			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)	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA AMBIENTALE**	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA AMBIENTALE**	//	//
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	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)	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA AMBIENTALE**	**NON PERTINENTE AD AZIENDA SANITARIA IN QUANTO NON COMPETENTE IN MATERIA AMBIENTALE**	//	//
Strutture sanitarie private accreditate		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, comma 4, d.lgs. 33/2013)	U.O.S.D. Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie	U.O.S.D. Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie	Entro 20 giorni dall'adozione di atti.	Monitoraggio semestrale U.O.S.D. Accreditamento Istituzionale delle Strutture
				Accordi intercorsi con le strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art..41, comma 4, d.lgs. 33/2013)	U.O.S.D. Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie	U.O.S.D. Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie	Entro 20 giorni dall'adozione di atti.	Monitoraggio semestrale U.O.S.D. Accreditamento Istituzionale delle Strutture
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 Art. 42, c. 1, lett. c), 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)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro 15 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
				Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro 15 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
				Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro 15 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
Altri contenuti	**Prevenzione della Corruzione**	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 6, co. 4,	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)/Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)	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 (entro il 31 gennaio)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Entro 15 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
		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 della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Entro 5 giorni dall'atto di nomina	Monitoraggio semestrale Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)
			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 della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Entro 5 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)
		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 della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Entro 15 dicembre di ogni anno, salvo differimenti	Monitoraggio semestrale Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)
		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 della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Entro 15 giorni dal perveniamento di tali provvedimenti	Monitoraggio semestrale Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)
		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 della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Entro 5 giorni dall'accertamento	Monitoraggio semestrale Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)
	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, nonché 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 e della trasparenza (RPCT)	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Entro 5 giorni dall'atto di nomina	Monitoraggio semestrale Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)
		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, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Entro 5 giorni dall'eventuale aggiornamento	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza
		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	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Entro il 31 luglio e il 31 gennaio	Monitoraggio semestrale Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)
	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	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	U.O.S. Gestione rete e dati	U.O.S. Gestione rete e dati	Entro il 31 gennaio di ogni anno	Monitoraggio semestrale U.O.S. Gestione rete e dati
	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	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	U.O.C. Ufficio tecnico	U.O.C. Ufficio tecnico	Entro 20 giorni dall'approvazione	Monitoraggio semestrale U.O.C. Ufficio tecnico
		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)	U.O.C. Ufficio tecnico	U.O.C. Ufficio tecnico	Entro il 31 gennaio di ogni anno	Monitoraggio semestrale U.O.C. Ufficio tecnico
	Elenco aziende	Art. 7 bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013. Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012. Art. 34 comma 2 L.R. 7/19	Elenco aziende erogatrici di beni e di servizi	Elenco aggiornato di tutte le aziende erogatrici di beni e servizi presso l'ente medesimo (Non risultano da pubblicare numeri, nominativi, mansioni e di tipologie contrattuali del personale assunto di ciascuna azienda in quanto non rispettano i criteri di necessità, proporzionalità, finalità, pertinenza e non eccedenza nel trattamento dei dati personali, (cfr. Parere Presidente Anac del 01/02/23 e PNA ' 19, 4.2. Trasparenza e tutela dei dati personali)	Annuale	U.O.C. Ufficio tecnico	U.O.C. Ufficio tecnico	Entro il 31 gennaio di ogni anno	Monitoraggio semestrale U.O.C. Ufficio tecnico
	Dati ulteriori	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	//	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza	//	Monitoraggio semestrale da parte di ciascuna struttura per quanto di competenza

Schede di programmazione delle Misure generali All. 3, PIAO 2025/2027

Scheda di programmazione della Misura generale: Codice di Comportamento					
Stato di attuazione al 01/01/2024	**Tipologia di misura**	**Fasi e tempi di attuazione**	**Indicatori di attuazione**	**Risultato atteso**	**Soggetto responsabile**
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione di procedure volte ad assegnare obiettivi di performance individuali in riferimento al Codice di comportamento	Fase 2: Assegnazione obiettivi di performance individuali	Numero di personale a cui sono assegnati obiettivi di performance individuale in riferimento al Codice di comportamento	Il 100% di tutto il personale deve avere assegnati obiettivi individuali con riferimento al Codice di comportamento, volti a prevenire e a contrastare i fenomeni di ”mala gestio” sui quali si possono innescare eventi corruttivi	Dirigenza ASP di CALTANISSETTA.

Schede di programmazione delle Misure generali All. 3, PIAO 2025/2027

Scheda di programmazione della Misura generale: Trasparenza					
Stato di attuazione al 01/01/2024	**Tipologia di misura**	**Fasi e tempi di attuazione**	**Indicatori di attuazione**	**Risultato atteso**	**Soggetto responsabile**
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione di procedure volte all'adempimento degli obblighi di pubblicazione	Fase 1: adempimento, lungo l'anno in corso, degli obblighi di pubblicazione, a seconda delle tipologie di dati, come, indicate nell'Allegata "Tabella obblighi di pubblicazione".	Comunicazioni da parte dei Dirigenti al RPCT in merito all'adempimento degli obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente.	N. 1 Nota informativa al RPCT da parte del 100% dei Dirigenti responsabili della trasmissione/pubblicazione dei dati, sul compiuto adempimento degli obblighi di pubblicazione dei dati di loro competenza in Amministrazione Trasparente.	Dirigenza ASP Di CALTANISSETTA.

Schede di programmazione delle Misure generali All. 3, PIAO 2025/2027

Scheda di programmazione della Misura generale: Inconferibilità ed incompatibilità per incarichi dirigenziali					
Stato di attuazione al 01/01/2024	**Tipologia di misura**	**Fasi e tempi di attuazione**	**Indicatori di attuazione**	**Risultato atteso**	**Soggetto responsabile**
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione di procedure volte all'adempimento degli obblighi relativi all'adempimento delle dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità	Fase 1: adempimento, lungo l'anno in corso, degli obblighi relativi all'adempimento delle dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità	Comunicazioni da parte dei Dirigenti al RPCT in merito all'adempimento delle dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità	N. 2 Note informative semestrali al RPCT da parte del 100% dei Dirigenti referenti sull'adempimento all'atto del conferimento dell'incarico della preventiva dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità da parte degli stessi e sull'adempimento nel corso dell'incarico della dichiarazione da presentarsi annualmente sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilita' di cui al D.Lgs. 39/13 da parte degli stessi. Controllo da parte dell'UOC Risorse Umane sulla veridicità di dichiarazioni rese da interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità.	Dirigenza ASP di CALTANISSETTA.

Schede di programmazione delle Misure generali All. 3, PIAO 2025/2027

Scheda di programmazione della Misura generale: Conferimento e autorizzazione incarichi ai dipendenti					
Stato di attuazione al 01/01/2024	**Tipologia di misura**	**Fasi e tempi di attuazione**	**Indicatori di attuazione**	**Risultato atteso**	**Soggetto responsabile**
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione di procedure volte all'adempimento degli obblighi relativi al conferimento e autorizzazione incarichi ai dipendenti	Fase 1: adempimento, lungo l'anno in corso, degli obblighi relativi al conferimento e autorizzazione incarichi ai dipendenti	Acquisizione di dichiarazione sostitutiva in merito agli obblighi relativi al conferimento e autorizzazione incarichi ai dipendenti	Acquisizione da parte dei Dirigenti referenti di dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà circa la non ricorrenza di situazioni di incompatibilità e/o conflitto di interessi, previamente all'apposizione del visto alla richiesta di autorizzazione nel 100% dei casi di conferimento incarico retribuito ad un dipendente della propria Unità Operativa	Dirigenza ASP di Caltanissetta

Schede di programmazione delle Misure generali All. 3, PIAO 2025/2027

Scheda di programmazione della Misura generale: La rotazione straordinaria del personale					
Stato di attuazione al 01/01/2024	**Tipologia di misura**	**Fasi e tempi di attuazione**	**Indicatori di attuazione**	**Risultato atteso**	**Soggetto responsabile**
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione di procedure volte all'adempimento degli obblighi relativi la rotazione straordinaria	Fase 1: adempimento, lungo l'anno in corso, degli obblighi relativi la rotazione straordinaria	Rotazione del personale nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva	Provvedimento di rotazione del personale nel 100% dei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (Articolo 17. "Prevenzione della corruzione", comma 9 lettera e) del Codice Aziendale di Comportamento)	Dirigenza ASP di Caltanissetta

Schede di programmazione delle Misure generali All. 3, PIAO 2025/2027

Scheda di programmazione della Misura generale: La rotazione ordinaria del personale					
Stato di attuazione al 01/01/2024	**Tipologia di misura**	**Fasi e tempi di attuazione**	**Indicatori di attuazione**	**Risultato atteso**	**Soggetto responsabile**
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione di procedure volte all'adempimento degli obblighi relativi la rotazione	Fase 1: adempimento, lungo il primo semestre, dell'individuazione dell'esigenza di rotazione	Individuazione dell'esigenza di rotazione o di misure alternative, in caso di impossibilità di rotazione, previste al punto 5. dell'Allegato 2 al PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019, finalizzate a limitare il consolidarsi di relazioni di personale in servizio presso l'U.O. che possano alimentare rapporti potenzialmente in grado di attivare l'assunzione di decisioni non imparziali.	Comunicazione semestrale a RPCT degli esiti dell'individuazione dell'esigenza di rotazione, finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni di personale in servizio presso l'U.O. che possano alimentare rapporti potenzialmente in grado di attivare l'assunzione di decisioni non imparziali.	Dirigenza ASP di Caltanissetta
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione di procedure volte all'adempimento degli obblighi relativi la rotazione	Fase 2: adempimento, lungo il secondo semestre, della rotazione del personale o di misure alternative.	Rotazione del personale o misure alternative, previste al punto 5. dell'Allegato 2 al PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019, in caso di impossibilità di rotazione	Effettuazione della rotazione del personale o di misure alternative, previste al punto 5. dell'Allegato 2 al PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019, in caso di impossibilità di rotazione	Dirigenza ASP di Caltanissetta

Schede di programmazione delle Misure generali All. 3, PIAO 2025/2027

Scheda di programmazione della Misura generale: Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro o divieti post-employment (pantouflage)					
Stato di attuazione al 01/01/2024	**Tipologia di misura**	**Fasi e tempi di attuazione**	**Indicatori di attuazione**	**Risultato atteso**	**Soggetto responsabile**
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione adempimenti riguardanti gli obblighi relativi l'art. 53, comma 16 ter del D,lgs 165/01	Fase 1: adempimento, lungo l'anno in corso, relativo gli obblighi previsti dall'art. 53, comma 16 ter del D,lgs 165/01	Dichiarazione da rendere all'atto della cessazione dal servizio sugli obblighi stabiliti dall'art. 53, comma 16 ter del D,lgs 165/01	Acquisizione della dichiarazione di essere consapevole del disposto di cui all'art 53 comma 16 ter del D,lgs 165/01 e di impegnarsi a rispettarlo da parte di tutti i dipendenti della propria U.O. che all'atto della cessazione dal servizio si trovi in una situazione per la quale risulta applicabile la disciplina in esame	Dirigenza ASP di Caltanissetta

Schede di programmazione delle Misure generali All. 3, PIAO 2025/2027

Scheda di programmazione della Misura generale: Conflitto di interesse					
Stato di attuazione al 01/01/2024	**Tipologia di misura**	**Fasi e tempi di attuazione**	**Indicatori di attuazione**	**Risultato atteso**	**Soggetto responsabile**
DA ATTUARE	Misura di controllo - Verifica relativa il conflitto di interessi	Fase 1: verifica, lungo l'anno in corso, relativa il conflitto di interessi	Verifica delle dichiarazioni rese dal personale e dai collaboratori/ consulenti in servizio presso l'U.O. in merito a situazioni di conflitti d'interesse	Verifica del 100 % delle dichiarazioni rese dal personale e dai collaboratori/ consulenti in servizio presso l'U.O. in merito a situazioni di conflitti d'interesse	Dirigenza ASP di Caltanissetta

Schede di programmazione delle Misure generali All. 3, PIAO 2025/2027

Scheda di programmazione della Misura generale: La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici: l'art. 35-bis del d.lgs. 165 del 2001					
Stato di attuazione al 01/01/2024	**Tipologia di misura**	**Fasi e tempi di attuazione**	**Indicatori di attuazione**	**Risultato atteso**	**Soggetto responsabile**
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione adempimenti riguardanti il divieti stabiliti dall'art. 35 – bis del D.lgs. 165	Fase 1: adempimento, lungo l'anno in corso, relativamente ai divieti stabiliti dall'art. 35 – bis del D.lgs. 165	Dichiarazioni del personale di inesistenza di condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, previamente alla formazione di commissioni e alle assegnazioni agli uffici, previste alle lettere a), b) e c dell'art. 35 – bis del D.lgs. 165	Acquisizione del 100 % di dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà da parte del personale di inesistenza di condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, previamente alla formazione di commissioni e alle assegnazioni agli uffici, previste alle lettere a), b) e c dell'art. 35 – bis del D.lgs. 165	Dirigenza ASP di Caltanissetta che nel corso dell'anno gestisce le fattispecie previste dall'art. 35 – bis del D.lgs. 165

Schede di programmazione delle Misure generali All. 3, PIAO 2025/2027

Scheda di programmazione della Misura generale: Protocolli di legalita' o Patti d'integrità					
Stato di attuazione al 01/01/2024	**Tipologia di misura**	**Fasi e tempi di attuazione**	**Indicatori di attuazione**	**Risultato atteso**	**Soggetto responsabile**
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione adempimenti riguardanti i protocolli di legalita' o patti d'integrità	Fase 1: adempimento, lungo l'anno in corso, relativamente ai protocolli di legalita' o patti d'integrità	Protocolli di legalita' o Patti di integrità inseriti in avvisi, bandi di gara e nelle lettere di invito nel rispetto del PNA 2022	Il 100 % delle procedure bandite devono essere corredate dai protocolli di legalita' o patti d'integrità, contenenti l'obbligo a dichiarare il Titolare effettivo dell'operatore economico, di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi ad ex dipendenti pubblici della S.A. in violazione del divieto di cui all'art 53 comma 16 ter del D,lgs 165/01, di insussistenza di rapporti di parentela o di familiarità con i soggetti che hanno partecipato alla definizione della procedura di gara e di comunicare qualsiasi conflitto di interessi che insorga successivamente, di sanzioni a carico dell'operatore economico, sia in veste di concorrente che di aggiudicatario, nel caso di violazione degli impegni sottoscritti, secondo la gravità della violazione accertata e la fase in cui la violazione è posta in essere, oltre che nel rispetto del principio di proporzionalità.	Dirigente dell'U.O.C. Provveditorato

Schede di programmazione delle Misure generali All. 3, PIAO 2025/2027

Scheda di programmazione della Misura generale: Formazione					
Stato di attuazione al 01/01/2024	**Tipologia di misura**	**Fasi e tempi di attuazione**	**Indicatori di attuazione**	**Risultato atteso**	**Soggetto responsabile**
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione adempimenti riguardanti la formazione in materie inerenti il rischio corruttivo	Fase 1: adempimento, lungo l'anno in corso, relativamente la formazione in materie inerenti il rischio corruttivo	Svolgimento di formazione da parte dell'Ufficio del RPCT ai Dirigenti-Referenti, in caso di loro richiesta di supporto, su singoli aspetti riguardanti, sia la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione ed il loro monitoraggio, che gli obblighi di pubblicazione di cui al D.lgs. 33/13,	Il 100 % degli interventi di formazione deve concludersi con un report sull'intervento formativo effettuato	Ufficio del RPCT

Schede di programmazione delle Misure generali All. 3, PIAO 2025/2027

Scheda di programmazione della Misura generale: Misure di regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari					
Stato di attuazione al 01/01/2024	**Tipologia di misura**	**Fasi e tempi di attuazione**	**Indicatori di attuazione**	**Risultato atteso**	**Soggetto responsabile**
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione adempimenti riguardanti ii divieti, stabiliti dall'articolo 28, comma 1, lettera i) del Codice di Comportamento Aziendale	Fase 1: adempimenti, lungo l'anno in corso, relativamente i divieti, stabiliti dall'articolo 28, comma 1, lettera i) del Codice di Comportamento Aziendale	Adempimento dell'obbligo di non accettare compensi sotto qualsiasi forma, omaggi o altre utilità da società farmaceutiche, informatori o da chiunque produca, o promuova farmaci o dispositivi medici o ausili prescrivibili agli utenti dell'Azienda, ex articolo 28, comma 1, lettera i) del codice di comportamento	Comunicazione semestrale a RPCT del rispetto dei divieti stabiliti dall'articolo 28, comma 1, lettera i) del Codice di Comportamento Aziendale	Dirigenza ASP di Caltanissetta

Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta
Protocollo N.0045834/2024 del 21/08/2024

CALTANISSETTA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Via Giacomo Cusmano, 1 – Caltanissetta
C.F. – P.IVA 01825570854

DIREZIONE GENERALE
Il Direttore Generale
Dott. Salvatore Lucio Ficarra

Via G. Cusmano n. 1
93100 CALTANISSETTA

Telefono
0934/506034

EMAIL
dirgen@asp.cl.it

All'Assessorato Regionale della salute
Dipartimento Regionale per Pianificazione strategica
Servizio 1 "Personale del S.S.R. – dipendente e Convenzionato

PALERMO

OGGETTO: Trasmissione Piano Triennale del Fabbisogno del Personale per le annualità 2024 - 2025- 2026.

In riscontro alla nota prot. n. 36354 del 01/08/2024 con la quale è stata richiesta la riformulazione del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, nel rispetto del limite finanziario attualmente assegnato pari ad €. 155.563.000 (€/mgl), si trasmette in allegato la rideterminazione del Piano Triennale del fabbisogno del Personale per le annualità 2024-2025-2026, redatto sul format regionale con evidenza del rispetto del tetto di spesa assegnato e la relazione tecnica di accompagnamento.

Si ritiene evidenziare che - con riferimento alla richiesta di cui all'ultimo capoverso della nota prot. n. S.1/20149 del 29.04.2024 di Codesto Assessorato - nel suddetto piano viene precisato che, per il conferimento degli incarichi quinquennali di Direttori Strutture Complesse, per le quali è stato indetto avviso pubblico con deliberazioni n. 1924 del 24.07.2022, n.60 del 13/01/2023 e n. 287 del 04/02/2023 per la copertura di n.18 posizioni apicali, verranno concluse con immissione in servizio al 70% nell'anno 2024 ed al 30% nell'anno 2025 , per come meglio specificato nelle tabelle allo stesso allegate.

Il Direttore Sanitario
Dott. Luciano Fiorella
In sostituzione del Direttore Generale
Dott. Salvatore Lucio Ficarra

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CALTANISSETTA
Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta | U
Protocollo N.0034938/2024 del 27/06/2024

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Via Giacomo Cusmano, 1 – Caltanissetta
C.F. - P.IVA 01825570854

DIREZIONE GENERALE
Il Direttore Generale
Dott. Salvatore Lucio Ficarra

Via G. Cusmano n. 1
93100 CALTANISSETTA

Telefono
0934/506034

EMAIL
dirgen@asp.cl.it

All'Assessorato Regionale della salute
Dipartimento Regionale per Pianificazione strategica
Servizio 1 "Personale del S.S.R. – dipendente e Convenzionato"

PALERMO

OGGETTO: Trasmissione Piano Triennale del Fabbisogno del Personale per le annualità 2024 - 2025- 2026.

Si trasmette in allegato la rideterminazione del Piano Triennale del fabbisogno del Personale per le annualità 2024-2025-2026, redatto sul format regionale con evidenza del rispetto del tetto di spesa assegnato e la relazione tecnica di accompagnamento.

Si ritiene evidenziare che - con riferimento alla richiesta di cui all'ultimo capoverso della nota prot. n. S.1/20149 del 29.04.2024 di Codesto Assessorato - nel suddetto piano viene precisato che, le procedure per il conferimento degli incarichi quinquennali di Direttori Strutture Complesse, per le quali è stato indetto avviso pubblico con deliberazioni n. 1924 del 24.07.2022, n.60 del 13/01/2023 e n. 287 del 04/02/2023 per la copertura di n.18 posizioni apicali, verranno concluse con immissione in servizio al 70% nell'anno 2024 ed al 30% nell'anno 2025 , per come meglio specificato nelle tabelle allo stesso allegate.

Il Direttore Generale
Dott. Salvatore Lucio Ficarra

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DI CALTANISSETTA
Via G. Cusmano, 1 93100 Caltanissetta

Rideterminazione del piano di fabbisogno per il triennio 2024-2026

Relazione Tecnica di accompagnamento

Piano di fabbisogno per il triennio 2024-2026

Questa Azienda, in aderenza alle direttive assessoriali e coerentemente con gli atti programmatici, ha proceduto alla elaborazione del piano del fabbisogno per gli anni 2024, 2025 e 2026, con riferimento esclusivamente alle assunzioni a tempo indeterminato, tenendo conto delle deliberazioni di modifica qualitativa e riallineamento dei posti della dirigenza e del comparto di cui alle deliberazioni n.170 del 20.03.3024 e n. 528 del 12/06/2024, nonché in esito anche alla riqualificazione degli Ausiliari Specializzati in OSS e dei posti ad esaurimento degli OTA sensi dell'art.4 c.2 CCNL comparto sanità 2001.

Le priorità che hanno determinato la previsione di copertura dei posti vacanti nelle tre annualità in interesse sono le seguenti:

- per l'anno 2024 la programmazione dei posti da coprire è stata determinata come segue:
  - per i profili del comparto alla copertura del 100% dei posti vacanti e disponibili tenendo conto delle cessazioni per quiescenza nell'anno 2024, delle stabilizzazioni già effettate nell'anno 2024 e del riallineamento di alcuni profili del comparto;
  - per i profili dirigenziali dell'Area Sanità e dell'Area delle Funzioni al 50% dei posti vacanti e disponibili sulla base dello stato di avanzamento delle procedure concorsuali già bandite, eventuali scorrimento di graduatorie, delle cessazioni per quiescenza nell'anno 2024 e delle stabilizzazioni già effettate nell'anno 2024;

- per l'anno 2025 è prevista la copertura del 25% dei posti vacanti a seguito del completamento delle procedure concorsuali già bandite o che verranno bandite.

- per l'anno 2026 si prevede la copertura dell'ulteriore 25% per completare l'organico aziendale e mediante la definizione delle procedure concorsuali attivate negli anni precedenti ed eventualmente nell'anno 2026.

Si riportano di seguito i criteri seguiti per redarre le tabelle assunzionali per le tre annualità allegate:

ANNO 2024

Per l'anno 2024 si è prevede:
1.l'immissione in servizio degli idonei dirigenti medici varie discipline delle graduatorie dei concorsi pubblici e procedure di stabilizzazione attivate da questa ASP negli anni 2022 e 2023 atteso che le suddette procedure risultano essere già in fase avanzata o concluse con immissione in servizio.
E nello specifico i posti residui della dirigenza medica sono stati messi a concorso con la delibera n. 2557 del 31/10/2022 - per n. 192 Dirigenti Medici di varie discipline di cui ad oggi restano ancora

da definire le procedure di immissione in servizio per n.152 posti.
Si prevede che le suddette procedure di reclutamento saranno definite nel triennio come da tabelle allegate.

2.La procedura per la copertura di n 3 posti di Dirigente Veterinario di cui alla Delibera n. 2885 del 18/11/2020 è in corso di definizione.

3.Conferimento incarichi quinquennali di Direttori Strutture Complesse per le quali è stato indetto avviso pubblico con deliberazioni n. 1924 del 24.07.2022, n.60 del 13/01/2023 e n. 287 del 04/02/2023 e per la copertura di n.18 posizioni apicali e autorizzate dall'Assessorato della Salute con note prot. n. 54784 del 18.10.2023 e n. del n. 9230 del 23.02.2024 e che, secondo quanto previsto dalla nota n. 9230 del 23.02.2024, verranno concluse con immissione in servizio al 70% nell'anno 2024 ed al 30% nell'anno 2025 come si evince dalle tabelle allegate.
Per le ulteriori UU.OO.CC. si procederà all'indizione previa autorizzazione da parte dell'Assessorato della Salute.

4.Si procederà alla stabilizzazione del personale avente diritto nel limite del 50% dei posti vacanti e disponibili al 31.12.2023 in aggiunta a quelli che si renderanno disponibili a far data dal 01.01.2024 in seguito a pensionamento e/o cessazioni a vario titolo nel corso dell'intero anno.
I posti che si renderanno disponibili saranno parimenti computati nel seguente modo:

- 50% da aggiungere a quelli già assegnati all'accesso dall'esterno
- 50% da destinare alla stabilizzazione.

Relativamente ai posti assegnati all'accesso dall'esterno il 50% sarà destinato alle progressioni verticali e del restante 50% da destinare a concorso pubblico, il 40% sarà riservato agli interni.

ANNO 2025

Per l'anno 2025 si è proceduto a redarre le tabelle allegate e a determinare i posti relativi ai profili dirigenziali ancora vacanti al 31.12.2024 ed alla definizione delle procedure indette nel corso 2024 e precedenti ed all'eventuale indizione di nuove procedure di accesso dall'esterno, ove in esito alla definizione delle procedure già indette dovessero risultare posti ancora vacanti.
L'immissione in servizio sarà pari al 50% dei posti residui al 31.12.2024.

ANNO 2026:

Per l'anno 2026 si è proceduto a redarre le tabelle allegate ed alla copertura dei posti residui previsti in dotazione organica.

FINANZIAMENTO E TETTO DI SPESA:

Premesso che il tetto di spesa assegnato per il personale ammonta ad €155.563.000/mgl nella

determinazione delle tabelle allegate nonché nella redazione del piano triennale del fabbisogno si è tenuto conto dei seguenti criteri:

1. Neutralità del costo per assunzioni connesse alla trasformazione dei tempi determinati in indeterminati;
2. Pensionamenti nel corso del triennio;
3. Copertura dei posti messi a concorso;
4. Procedura riservata agli interni.

Di seguito si riporta uno schema di riepilogo delle assunzioni programmate nelle tre annualità i cui costi sono dettagliatamente riportati per ogni annualità nelle tabelle allegate e rispettano il tetto di spesa assegnato a questa ASP pari a €155.563.000

Tabella riepilogo 2024-2026 - Piano dei Fabbisogni del Personale Dipendente

MACROPROFILI	2024	2025	2026
	Personale dipendente		
	Assunzioni programmate 2024	Assunzioni programmate 2025	Assunzioni programmate 2026
PERSONALE DIRIGENTE			
di cui Medici	156	70	72
di cui Veterinari	6	2	3
di cui Altri Dirigenti Sanitari	12	5	7
di cui Dirigenti PTA	8	4	4
TOTALE DIRIGENTE	**182**	**81**	**86**
PERSONALE COMPARTO			
di cui Infermiere	203	-	-
di cui Altro Comparto Sanitario	60	-	-
di cui OSS-OTA-ASA	154	- 6	-
di cui Personale della riabilitazione e Fisioterapisti	46	-	-
di cui Comparto Amministrativo e Professionale	49	-	-
di cui Altro Comparto Tecnico	26	- 4	-
TOTALE COMPARTO	**538**	**- 10**	**-**
TOTALE FABBISOGNO PERSONALE	**720**	**71**	**86**

Tabella riepilogo 2024-2026 - Piano dei Fabbisogni del Personale Dipendente

MACROPROFILI	2024			2025			2026		
	Personale dipendente								
	Posti Vacanti	Piano del Fabbisogno (Teste)	Costo piano del fabbisogno (€/mgl)	Posti Vacanti	Piano del Fabbisogno (Teste)	Costo piano del fabbisogno (€/mgl)	Posti Vacanti	Piano del Fabbisogno (Teste)	Costo piano del fabbisogno (€/mgl)
PERSONALE DIRIGENTE									
di cui Medici	156	573	58.194.723	70	643	65.304.027	72	715	72.616.453
di cui Veterinari	6	22	2.624.681	2	24	2.863.288	3	27	3.221.199
di cui Altri Dirigenti Sanitari	12	84	7.645.260	5	89	8.102.135	7	96	8.738.899
di cui Dirigenti PTA	8	32	2.962.403	4	36	3.316.489	4	40	3.656.169
TOTALE DIRIGENTE	182	711	71.427.067	81	792	79.585.938	86	878	88.232.721
PERSONALE COMPARTO									
di cui Infermiere	203	1.097	47.209.588	-	1.097	47.209.588	-	1.097	47.209.588
di cui Altro Comparto Sanitario	60	219	9.342.973	-	219	9.342.973	-	219	9.342.973
di cui OSS-OTA-ASA	154	457	14.797.641	-6	451	14.615.508	-	451	14.615.508
di cui Personale della riabilitazione e Fisioterapisti	46	113	4.233.627	-	113	4.233.627	-	113	4.233.627
di cui Comparto Amministrativo e Professionale	49	394	13.262.092	-	394	13.262.092	-	394	13.262.092
di cui Altro Comparto Tecnico	26	199	7.398.923	-4	195	7.260.328	-	195	7.260.328
TOTALE COMPARTO	538	2.479	96.244.844	-10	2.469	95.924.117	-	2.469	95.924.117
TOTALE FABBISOGNO PERSONALE	720	3.190	167.671.911	71	3.261	175.510.055	86	3.347	184.156.838

Azienda: ASP Caltanissetta

Piano del Fabbisogno triennale 2024-2026 ASP Caltanissetta

TOTALE COSTO DEL PERSONALE

	2024	2025	2026	
Costo Personale (€/mgl)	167.671.911	175.510.055	184.156.838	
(+) IRAP	11.161.495	11.683.260	12.258.854	Nuovo Tetto di spesa comprensivo degli incrementi indicati nell'appendice delle Linee Guida 2021 (€/mgl) (B)
(+) Assegni per il nucleo familiare, buoni pasto e spese per equo indennizzo	648.095	651.869	658.335	
(-) Spese per il personale appartenente alle categorie protette	3.453.678	3.453.678	3.453.678	
(-) spese sostenute dall'Azienda per il proprio personale comandato presso altre Amministrazioni e per le quali è previsto il rimborso da parte delle Amministrazioni utilizzatrici	128.000	128.000	128.000	
(-) Somme maturate per competenza verso l'Ass.to Reg.le al Lavoro per il rimborso L.S.U. contrattualizzati.	-	-	-	
(-) oneri per i rinnovi contrattuali succedutisi a decorrere dal 2004, calcolati secondo il principio della competenza	36.647.296	39.309.906	42.158.520	
Totale Spesa Netta *(Medici + altri profili)* - (A)	139.252.527	144.953.600	151.333.829	
Delta Tetto di spesa assegnato vs Spesa Netta Personale nuova dotazione organica C=B-(A-E-F)	16.986.657	11.285.584	4.905.354	155.563.000

DI CUI COSTO PERSONALE "AGGIUNTIVO" (ex D.L. 34/2020 convertito con Legge 77/2020 + D.A. 614/2020)

Totale Spesa Netta Personale nuova dotazione organica del Personale aggiuntivo (D)	4.055.513,28	-	-

DI CUI COSTO PERSONALE REMS

Totale Spesa Netta Personale nuova dotazione organica del Personale REMS (E)	610.604	610.604	610.604

DI CUI COSTO PERSONALE "terapisti della riabilitazione psichiatrica"

Totale Spesa Netta Personale nuova dotazione organica del Personale "terapisti della riabilitazione psichiatrica"(F)	65.580	65.580	65.580

Il Direttore U.O.C. Risorse Umane
Dr.ssa Dina Calabrese

Il Direttore Sanitario
Dott. Luciano Fiorella
In sostituzione del Direttore Generale
Dott. Salvatore Lucio Ficarra

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE - MEDICO

		2023					2024				2025				2026			
		D.O. U.O.C	D.O. Medici	P. Cop. U.O.C 31-12-2023	P. Cop. Medici 31-12-2023	P. Coperti 31-12-2023	PTF U.O.C 2024	PTF Medici 2024	PTF 2024	P. Cop. 31-12-2024	PTF U.O.C 2025	PTF Medici 2025	PTF 2025	P. Cop. 31-12-2025	PTF U.O.C 2026	PTF Medici 2026	PTF 2026	P. Cop. 31-12-2026
cod.	Totale personale - Medico	61	654	38	379	417	15	141	155	573	8	62	70	643	0	72	72	715
1001	Allergologia ed immunologia clinica																	
1002	Angiologia																	
1003	Cardiologia	2	33	1	26	27		4	4	31	1	1	2	33		2	2	35
1004	Dermatologia e venereologia		3		3	3				3				3				3
1005	Ematologia	1	9	1	5	6		4	4	10				10				10
1006	Endocrinologia																	
1007	Gastroenterologia	1	8		6	6	1	1	2	8		1	1	9				9
1008	Genetica medica																	
1009	Geriatria																	
1010	Malattie metaboliche e diabetologia																	
1011	Malattie dell'apparato respiratorio	1	10	0	4	4	1	2	3	7		2	2	9		2	2	11
1012	Malattie infettive	2	10	2	8	10		1	1	11		1	1	12				12
1013	Medicina e Chirurgia di accettazione e d'urgenza	2	63	1	16	17	1	20	21	38		8	8	46		19	19	65
1014	Medicina fisica e riabilitazione	1	17	0	8	8	1	4	5	13		2	2	15		3	3	18
1015	Medicina interna	12	42	0	24	24	2	8	10	34		5	5	39		5	5	44
1016	Medicina dello sport		1		1	1				1				1				1
1018	Nefrologia	1	14		6	6	1	4	5	11		2	2	16		2	2	15
1019	Neonatologia		3			0		3	3	3				3				3
1021	Neurologia	2	13	1	7	8	1	3	4	12		2	2	14		1	1	16
1022	Neuropsichiatria infantile	1	6		4	4		2	2	6	1		1	7				7
1023	Oncologia	2	9	2	7	9		1	1	10		1	1	11				11
1024	Pediatria	2	19	1	15	16	1	4	5	20				21				21
1025	Psichiatria	3	28	1	12	13	2	7	9	22		5	5	27		4	4	31
1026	Radioterapia	1	6	1	5	6		1		7				7				7
1027	Reumatologia																	
1028	Cardiochirurgia																	
1030	Chirurgia generale	2	39	1	26	27	1	6	7	34		4	4	38		3	3	41
1031	Chirurgia maxillo-facciale,																	
1032	Chirurgia pediatrica																	
1033	Chirurgia plastica e ricostruttiva																	
1034	Chirurgia toracica		3			0						2	2	3		1	1	5
1035	Chirurgia vascolare	1	7	1	5	6		1	1	7		1	1	8				8
1036	Ginecologia e ostetricia	2	31	1	22	23	1	4	5	28		2	2	30		3	3	33
1037	Neurochirurgia	1	7	1	5	6		2	2	8				8				8
1038	Oftalmologia	1	11	1	9	10		1	1	11		0	0	11		1	1	12
1039	Ortopedia e traumatologia	13	20	2	11	13	1	8	9	22		1	1	23				23
1040	Otorinolaringoiatria	1	5	1	4	5				5				5		1	1	6
1041	Urologia	2	16	1	8	9		3	3	12	1	3	4	16		2	2	18
1042	Anatomia patologica	1	5	1	2	3		1	1	4		1	1	5		1	1	6
1043	Anestesia e rianimazione	3	68	3	28	31		20	20	51		9	9	60		11	11	71
1044	Biochimica clinica																	
1045	Farmacologia e Tossicologia clinica																	
1046	Laboratorio di genetica medica																	
1047	Medicina Trasfusionale	12	9	1	6	7		2	2	9		1	1	10				10
1048	Medicina legale	1	6		4	4		1	1	5	1		1	6		1	1	7
1049	Medicina nucleare	1	2		1	1		1	1	2	1		1	3				3
1050	Microbiologia e virologia																	
1051	Neurofisiopatologia																	
1052	Neuroradiologia		3		2	2		1	1	3				3				3
1053	Patologia clinica	2	8	2	4	6		2	2	8		1	1	9		1	1	10
1054	Radiodiagnostica	2	41	2	30	32		6	6	38		3	3	41		2	2	43
1055	Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	5	31	3	19	22	1	6	7	28	1	1	2	31		5	5	36
1056	Igiene degli alimenti e della nutrizione																	
1057	Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro	1	4	0	2	2		2	2	4	1		1	5				5
1061	Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche																	
1062	Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati																	
1063	Sanità animale																	
1064	Odontoiatria																	
1065	Farmacia Ospedaliera																	
1067	Farmacia territoriale																	
1076	Chimica analitica																	
1077	Psicoterapia																	
1078	Patologia clinica																	
1079	Fisica Sanitaria																	
1106	Scienza dell'alimentazione e dietetica																	
1107	Direzione medica di presidio ospedaliero	2	6	2	4	6		1	1	7		1	1	8				8
1108	Organizzazione dei servizi sanitari di base	5	36	4	30	34		3	3	37	1	1	2	39		2	2	41
1111	Audiologo e foniatra																	
1114	Cure Palliative		2			0		1	1	1		1	1	2				2
1115	Epidemiologia																	

Azienda: ASP Caltanissetta

Piano del fabbisogno 2024-2025-2026 ASP Caltanissetta

Profilo Gestionale - SDDAMM01 Medico

Disciplina di inquadramento	Dotazione organica vigente	Posti coperti al 31/12/2023 (Tasto a tempo indeterminato)	2024 Fabbisogno programmato (Teste da coprire) 2024	2025 Fabbisogno programmato (Teste da coprire) 2025	2026 Fabbisogno programmato (Teste da coprire) 2026
		A	a1	a1	a1
Totale personale		2.470	525	112	119
Totale personale - Medico	715	417	156	70	72
1001 Allergologia ed immunologia clinica					
1002 Angiologia					
1003 Cardiologia	35	27	4	2	2
1004 Dermatologia e venereologia	3	3			
1005 Ematologia	10	6	4		
1006 Endocrinologia					
1007 Gastroenterologia	9	6	2	1	
1008 Genetica medica					
1009 Geriatria					
1010 Malattie metaboliche e diabetologia					
1011 Malattie dell'apparato respiratorio	11	4	3	2	2
1012 Malattie infettive	12	10	1	1	
1013 Medicina e Chirurgia di accettazione e di urgenza	65	17	21	8	19
1014 Medicina fisica e riabilitazione	18	8	5	2	3
1015 Medicina interna	44	24	10	6	6
1018 Medicina dello sport	1	1			
1019 Nefrologia	15	6	5	2	2
1020 Neonatologia	3	0	3		
1021 Neurologia	15	8	4	2	1
1022 Neuropsichiatria infantile	7	4	2	1	
1023 Oncologia	11	9	1	1	
1024 Pediatria	21	16	5		
1025 Psichiatria	31	13	9	5	4
1026 Radioterapia	7	6	1		
1027 Reumatologia					
1029 Cardiochirurgia					
1030 Chirurgia generale	41	27	7	4	3
1031 Chirurgia maxillo-facciale					
1032 Chirurgia pediatrica					
1033 Chirurgia plastica e ricostruttiva					
1034 Chirurgia toracica	3	0		2	1
1035 Chirurgia vascolare	8	6	1	1	
1036 Ginecologia e ostetricia	33	23	5	2	3
1037 Neurochirurgia	8	6	2		
1038 Oftalmologia	12	10	1	0	1
1039 Ortopedia e traumatologia	23	13	9	1	
1040 Otorinolaringoiatria	6	5			1
1041 Urologia	18	9	3	4	2
1042 Anatomia patologica	6	3	1	1	1
1043 Anestesia e rianimazione	71	31	20	9	11
1044 Biochimica clinica					
1045 Farmacologia e Tossicologia clinica					
1046 Laboratorio di genetica medica					
1047 Medicina Trasfusionale	10	7	2	1	
1048 Medicina legale	7	4	1	1	1
1049 Medicina nucleare	3	1	1	1	
1050 Microbiologia e virologia					
1051 Neurofisiopatologia					
1052 Neuroradiologia	3	2	1		
1053 Patologia clinica	10	6	2	1	1
1054 Radiodiagnostica	43	32	6	3	2
1055 Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	36	22	7	2	5
1056 Igiene degli alimenti e della nutrizione					
1057 Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro	5	2	2	1	
1061 Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche					
1062 Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati					
1063 Sanità animale					
1064 Odontoiatria					
1066 Farmacia Ospedaliera					
1067 Farmacia territoriale					
1076 Chimica analitica					
1077 Psicoterapia					
1078 Psicologia clinica					
1079 Fisica Sanitaria					
1105 Scienza dell'alimentazione e dietetica					
1107 Direzione medica di presidio ospedaliero	6	6	1	1	
1108 Organizzazione dei servizi sanitari di base	41	34	3	2	2
1111 Audiologia e foniatria					
1114 Cure Palliative	2	0	1	1	
1115 Epidemiologia					

Azienda: ASP Caltanissetta

Piano del fabbisogno triennale 2024-2026 - Area del personale

Altri profili

Profilo Gestionale	Dotazione organica vigente	Posti coperti al 31/12/2023 (Teste a tempo indeterminato)	Fabbisogno programmato (Teste da coprire) 2024	Fabbisogno programmato (Teste da coprire) 2025	Fabbisogno programmato (Teste da coprire) 2026	Eccedenze residue personale non ricollocato a cui riconoscere la fascia speciale da porre in disponibilità	Posti Vacanti	Posti vacanti disponibili da destinare ai processi di stabilizzazione	Posti vacanti disponibili da destinare all'accesso dall'esterno	di cui infermieri di Famiglia o di Comunità da ex D.L. 34/2020 convertito con legge 77/2020
		A	a1	a1	a1	X	Casi	I	K=I-J	Q
Totale personale - Altri profili	2,632	2,053	564	1	14	0	564	279	285	42
SCCCIN01 Infermiere	1,087	893	194	0	0		194	97	97	42
SCCCIN02 Infermiere pediatrico	0			0	0		0		0	
SCCCIN03 Infermiere generico	0			0	0		0		0	
SCCCIN04 Infermiere pediatrico	10	4	6	0	0		0	4	-6	
TCCMTT01 Operatore socio sanitario	339	145	191	0	0		191	95	96	
TCCMTT02 Operatore tecnico addetto all'assistenza	2	2	-2	0	0		-2		-2	
TCCMTA03 Ausiliario specializzato	110	162	-30	-6	0					
SCCFTP01 Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	30	25	5	0	0		5	2	3	
SCCDRR01 Educatore professionale	6	3	3	0	0		3	1	2	
SCCDRR02 Terapista occupazionale	1	1	0	0	0		0		0	
SCCDRR03 Fisioterapista	38	38	20	0	0		20	10	10	
SCCDRR04 Logopedista	16	11	5	0	0		5	2	3	
SCCDRR05 Massaggiatore	0		0	0	0		0		0	
SCCDRR06 Massofisioterapista	6	6	0	0	0		0		0	
SCCDRR07 Ortottista – assistente di oftalmologia	7	2	5	0	0		5	2	3	
SCCDRR08 Tecnico audiometrista	5	2	3	0	0		3	1	2	
SCCDRR09 Tecnico audioprotesista	1	0	1	0	0		1	0	1	
SCCDRR10 Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale	6	1	5	0	0		5	2	3	
SCCDRR11 Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	7	3	4	0	0		4	2	2	
SCCCIA01 Assistente sanitario	2	2	0	0	0		0		0	
SCCCIA02 Podologo	0	0	0	0	0		0		0	
SCCCIA03 Dietista	1	0	1	0	0		1	1	0	
SCCCIA04 Igienista dentale	0	0	0	0	0		0		0	
SCCCIA05 Ostetrica	36	26	10	0	0		10	5	5	
SCCEAT06 Tecnico di neurofisiopatologia	4	2	2	0	0		2	1	1	
SCCETD01 Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	59	45	14	0	0		14	7	7	
SCCETD02 Tecnico sanitario di radiologia medica	72	54	18	0	0		18	9	9	
SCCQAS01 Profilo Atipico Sanitario	0	0	0	0	0		0		0	
SCCEAT01 Odontotecnico	0	0	0	0	0		0		0	
SCCEAT02 Tecnico ortopedico	0	0	0	0	0		0		0	
SCCEAT03 Ottico	0	0	0	0	0		0		0	
SCCEAT04 Puericultrice	0	0	0	0	0		0		0	
SCCEAT05 Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovasc	10	0	10	0	0		10	5	5	
TCCMTS01 Assistente sociale	43	40	3	0	0		3	1	2	
TDDLDT01 Analista	7	1	3	1	2		3	1	2	
TDDLDT02 Statistico	1	0	0	1	0		0		0	
TDDLDT03 Sociologo	6	6	0	0	0		0		0	
TDDLDT04 Altro dirigente tecnico	0		0	0	0		0		0	
TCCMTA01 Assistente tecnico	9	8	1	0	0		1	0	1	
TCCMTA02 Programmatore	10	4	6	0	0		6	3	3	
TCCMTA04 Collaboratore tecnico	17	8	9	0	0		9	4	5	
TCCMTA05 Operatore tecnico	112	110	6	-4	0		6	0	6	
TCCMTA06 Profilo Atipico – Tecnico	3	3	0	0	0		0		0	
TCCMTA09 Profilo generico	1	0	1	0	0		1	0	1	
SDDAVA02 Veterinario	27	16	6	2	3		6	3	3	
SDDAVA04 Odontoiatra	3	0	2	1	0		2	1	1	
SDDBAA01 Psicologo	29	22	2	1	4		2	1	1	
SDDBAA02 Biologo	26	23	2	1	2		2	1	1	
SDDBAA03 Chimico	0		0	0	0		0		0	
SDDBAA04 Fisico	6	5	1	0	0		1	0	1	
SDDBAA05 Pedagogista	3	2	0	0	0		0		0	
SDDBAA06 Dirigente delle professioni sanitarie	0	1	3	1	1		3	1	2	
SDDBAA07 Altro D. Sanitario	0		0	0	0		0		0	
SDDBAF01 Farmacista	21	18	2	1	0		2	1	1	
ADDNAD01 Dirigenti amministrativi	17	14	2	1	0		2	1	1	
ACCOAC01 Assistente amministrativo	117	99	18	0	0		18	9	9	
ACCOAC02 Commesso	37	32	5	0	0		5	0	5	
ACCOAC03 Coadiutore amministrativo	156	143	13	0	0		13	0	13	
ACCOAC04 Collaboratore amministrativo	61	72	11	0	0		11	5	6	
ACCOAC05 Profilo Atipico - Amministrativo	0	0	0	0	0		0		0	
ACCOAC09 Profilo generico	0	0	0	0	0		0		0	
PCCIPC01 Assistente religioso	1	1	0	0	0		0		0	
PCCIPC02 Profilo Atipico - Ruolo Professionale	0	0	0	0	0		0		0	
PCCIPC03 Specialista della comunicazione istituzionale	1	0	1	0	0		1	0	1	
PCCIPC04 Specialista nei rapporti con i media, giornalista pubblico	1	0	1	0	0		1	0	1	
PCCRRR01 Personale religioso in convenzione	0	0	0	0	0		0		0	
PCCIPC08 Personale religioso in convenzione	0	0	0	0	0		0		0	
PCCIPC09 Profilo generico	0	0	0	0	0		0		0	
PDDHPD01 Avvocato	0	0	0	0	0		0		0	
PDDHPD02 Ingegnere	7	2	2	1	2		2	1	1	
PDDHPD03 Architetto	2	1	1	0	0		1	0	1	
PDDHPD04 Geologo	0	0	0	0	0		0		0	
PDDHPD05 Altro dirigente professionale	0	0	0	0	0		0		0	

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE - ALTRI PROFILI

		Dotaz. organica modif	ex Dotaz. organica	POSTI COPERTI 31-12-2023	PTF 2024	POSTI COPERTI 31-12-2024	PTF 2025	POSTI COPERTI 31-12-2025	PTF 2026	POSTI COPERTI 31-12-2026	
Totale personale - Altri profili		2.632	2.635	2.053	564	2.617	1	2.618	14	2.632	-3
SCCCII01	Infermiere	1087	1087	893	194	1087	0	1087	0	1087	
SCCCII02	Infermiere pschiatrico	0	0			0	0	0	0	0	
SCCCII03	Infermiere generico	0	0			0	0	0	0	0	
SCCCII04	Infermiera pediatrico	10	10	1	9	10	0	10	0	10	
TCCMTA01	Operatore socio sanitario	330	330	148	191	339	0	339	0	339	9
TCCMTA02	Operatore tecnico addetto all'assistenza	2	8	3	5	2	0	2	0	2	-6
TCCMTA03	Assistente specializzato	110	134	152	-36	116	-6	110	0	110	-24
SCCFTP01	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	30	30	25	5	30	0	30	0	30	
SCCDRR01	Educatore professionale	6	6	3	3	6	0	6	0	6	
SCCDRR02	Terapista occupazionale	1	1	1	0	1	0	1	0	1	
SCCDRR03	Fisioterapista	58	58	38	20	58	0	58	0	58	
SCCDRR04	Logopedista	16	16	11	5	16	0	16	0	16	
SCCDRR05	Massaggiatore	0	0		0	0	0	0	0	0	
SCCDRR06	Massofisioterapista	6	6	6	0	6	0	6	0	6	
SCCDRR07	Ortottista – assistente di oftalmologia	7	7	2	5	7	0	7	0	7	
SCCDRR08	Tecnico audiometrista	5	5	2	3	5	0	5	0	5	
SCCDPR09	Tecnico audioprotesista	1	1	0	1	1	0	1	0	1	
SCCDRR10	Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale	6	6	1	5	6	0	6	0	6	
SCCDRR11	Terapista della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva	7	7	3	4	7	0	7	0	7	
SCCCIA01	Assistente sanitario	2	2	2	0	2	0	2	0	2	
SCCCIA02	Podologo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCCIA03	Dietista	1	1	0	1	1	0	1	0	1	
SCCCIA04	Igienista dentale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCCIA05	Ostetrica	36	36	26	10	36	0	36	0	36	
SCCEAT06	Tecnico di neurofisiopatologia	4	4	2	2	4	0	4	0	4	
SCCETD01	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	59	59	45	14	59	0	59	0	59	
SCCETD02	Tecnico sanitario di radiologia medica	77	77	59	18	77	0	77	0	77	
SCCGAS01	Profilo Atipico Sanitario	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCEAT01	Odontotecnico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCEAT02	Tecnico ortopedico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCEAT03	Ottico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCEAT04	Puericultrice	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCEAT05	Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	10	10	0	10	10	0	10	0	10	
TCCMTS01	Assistente sociale	43	43	40	3	43	0	43	0	43	
TDDLDT01	Analista	7	9	1	8	4	1	5	2	7	-2
TDDLDT02	Statistico	1	1	0	0	0	1	1	0	1	
TDDLDT03	Sociologo	6	6	6	0	6	0	6	0	6	
TDDLDT04	Altro dirigente tecnico	0	0		0	0	0	0	0	0	
TCCMTA01	Assistente tecnico	9	9	8	1	9	0	9	0	9	
TCCMTA02	Programmatore	10	10	4	6	10	0	10	0	10	
TCCMTA04	Collaboratore tecnico	17	17	8	9	17	0	17	0	17	
TCCMTA05	Operatore tecnico	112	93	110	-6	116	-4	112	0	112	-18
TCCMTA06	Profilo Atipico - Tecnico	3	3	3	0	3	0	3	0	3	
TCCMTA09	Profilo generico	1	1	0	1	1	0	1	0	1	
SDDAMA02	Veterinario	27	27	16	6	22	2	24	3	27	
SDDAMA01	Odontoiatra	3	3	0	2	2	1	3	0	3	
SDDBAA01	Psicologo	29	29	22	2	24	1	25	4	29	
SDDBAA02	Biologo	28	28	23	2	25	1	26	2	28	
SDDBAA03	Chimico	0	0		0	0	0	0	0	0	
SDDBAA04	Fisico	6	6	5	1	6	0	6	0	6	
SDDBAA05	Pedagogista	3	3	3	0	3	0	3	0	3	
SDDBAA06	Dirigente delle professioni sanitarie	6	5	1	3	4	1	5	1	6	1
SDDBAA07	Altro D. Sanitario	0	0		0	0	0	0	0	0	
SDDBAF01	Farmacista	21	21	18	2	20	1	21	0	21	
ADDNAD01	Dirigenti amministrativi	17	17	14	2	16	1	17	0	17	
ACCOAC01	Assistente amministrativo	117	117	99	18	117	0	117	0	117	
ACCOAC02	Commesso	37	37	32	5	37	0	37	0	37	
ACCOAC03	Coadiutore amministrativo	156	156	143	13	156	0	156	0	156	
ACCOAC04	Collaboratore amministrativo	81	81	70	11	81	0	81	0	81	
ACCOAC05	Profilo Atipico – Amministrativo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ACCOAC09	Profilo generico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PCCIPC01	Assistente religioso	1	1	1	0	1	0	1	0	1	
PCCIPC02	Profilo Atipico - Ruolo Professionale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PCCIPC03	Specialista della comunicazione istituzionale	1	1	0	1	1	0	1	0	1	
PCCIPC04	Specialista nei rapporti con i media, giornalista pubblico	1	1	0	1	1	0	1	0	1	
PCORRR01	Personale religioso in convenzione	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PCCIPC08	Personale religioso in convenzione	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PCCIPC09	Profilo generico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PDDHPD01	Avvocato	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PDDHPD02	Ingegnere	7	6	2	2	4	1	5	2	7	1
PDDHPD03	Architetto	2	2	1	1	2	0	2	0	2	
PDDHPD04	Geologo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PDDHPD05	Altro dirigente professionale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE - MEDICO

						2024				2025				2026				
		D.O. U.O.C	D.O. Medici	P. Cop. U.O.C 31-12-2023	P. Cop. Medici 31-12-2023	P. Coperti 31-12-2023	PTF U.O.C 2024	PTF Medici 2024	Diff. 2024	P. Cop. 31-12-2024	PTF U.O.C 2025	PTF Medici 2025	Diff. 2025	P. Cop. 31-12-2025	PTF U.O.C 2026	PTF Medici 2026	Diff. 2026	P. Cop. 31-12-2026
cod.	Totale personale - Medico	61	654	38	379	417	15	141	156	573	8	62	70	643	0	72	72	715
1001	Allergologia ed immunologia clinica																	
1002	Angiologia																	
1003	Cardiologia	2	33	1	26	27		4	4	31	1	1	2	33		2	2	35
1004	Dermatologia e venereologia		3		3	3				3				3				3
1005	Ematologia	1	9	1	5	6		4	4	10				10				10
1006	Endocrinologia																	
1007	Gastroenterologia	1	8		6	6	1	1	2	8		1	1	9				9
1008	Genetica medica																	
1009	Geriatria																	
1010	Malattie metaboliche e diabetologia																	
1011	Malattie dell'apparato respiratorio	1	10	0	4	4	1	2	3	7		2	2	9		2	2	11
1012	Malattie infettive	2	10	2	8	10		1	1	11		1	1	12				12
1013	Medicina e Chirurgia di accettazione e di urgenza	2	63	1	16	17	1	20	21	38		8	8	46		19	19	65
1014	Medicina fisica e riabilitazione	1	17	0	8	8	1	4	5	13		2	2	15		3	3	18
1015	Medicina interna	2	42	0	24	24	2	8	10	34		5	5	39		5	5	44
1016	Medicina dello sport		1		1	1				1				1				1
1018	Nefrologia	1	14		6	6	1	4	5	11		2	2	13		2	2	15
1020	Neonatologia		3			0		3	3	3				3				3
1021	Neurologia	2	13	1	7	8	1	3	4	12		2	2	14		1	1	15
1022	Neuropsichiatria infantile	1	6		4	4		2	2	6	1		1	7				7
1023	Oncologia	2	9	2	7	9		1	1	10		1	1	11				11
1024	Pediatria	2	19	1	15	16	1	4	5	21				21				21
1025	Psichiatria	3	28	1	12	13	2	7	9	22		5	5	27		4	4	31
1026	Radioterapia	1	6	1	5	6		1	1	7				7				7
1027	Reumatologia																	
1028	Cardiochirurgia																	
1030	Chirurgia generale	2	39	1	26	27	1	6	7	34		4	4	38		3	3	41
1031	Chirurgia maxillo-facciale																	
1032	Chirurgia pediatrica																	
1033	Chirurgia plastica e ricostruttiva																	
1034	Chirurgia toracica		3			0				3		2	2	5		1	1	6
1035	Chirurgia vascolare	1	7	1	5	6		1	1	7		1	1	8				8
1036	Ginecologia e ostetricia	2	31	1	22	23	1	4	5	28		2	2	30		3	3	33
1037	Neurochirurgia	1	7	1	5	6		2	2	8				8				8
1038	Oftalmologia	1	11	1	9	10		1	1	11		0	0	11		1	1	12
1039	Ortopedia e traumatologia	3	20	2	11	13	1	8	9	22		1	1	23				23
1040	Otorinolaringoiatria	1	5	1	4	5				5				5		1	1	6
1041	Urologia	2	16	1	8	9		3	3	12	1	3	4	16		2	2	18
1042	Anatomia patologica	1	5	1	2	3		1	1	6		1	1	7		1	1	8
1043	Anestesia e rianimazione	3	68	3	28	31		20	20	5		9	9	68		11	11	79
1044	Biochimica clinica																	
1045	Farmacologia e Tossicologia clinica																	
1046	Laboratorio di genetica medica																	
1047	Medicina Trasfusionale	1	9	1	6	7		2	2	9		1	1	10				10
1048	Medicina legale	1	6		4	4		1	1	5	1		1	6		1	1	7
1049	Medicina nucleare	1	2		1	1		1	1	2	1		1	3				3
1050	Microbiologia e virologia																	
1051	Neurofisiopatologia																	
1052	Neuroradiologia		3		2	2		1	1	3				3				3
1053	Patologia clinica	2	8	2	4	6		2	2	8		1	1	9		1	1	10
1054	Radiodiagnostica	2	41	2	30	32		6	6	38		3	3	41		2	2	43
1055	Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	5	31	3	19	22	1	6	7	29	1	1	2	31		5	5	36
1056	Igiene degli alimenti e della nutrizione																	
1057	Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro	1	4	0	2	2		2	2	4	1		1	5				5
1061	Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche																	
1062	Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati																	
1063	Sanità animale																	
1064	Odontoiatria																	
1065	Farmacia Ospedaliera																	
1067	Farmacia territoriale																	
1076	Chimica analitica																	
1077	Psicoterapia																	
1078	Psicologia clinica																	
1079	Fisica Sanitaria																	
1105	Scienza dell'alimentazione e dietetica																	
1107	Direzione medica di presidio ospedaliero	2	6	2	4	6		1	1	7		1	1	8				8
1108	Organizzazione dei servizi sanitari di base	5	36	4	30	34		3	3	37	1	1	2	39		2	2	41
1111	Audiologia e foniatria																	
1114	Cure Palliative		2			0		1	1	1		1	1	2				2
1115	Epidemiologia																	

REGIONE SICILIA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CALTANISSETTA

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Delibera.0001005.30-12-2024

OGGETTO: **PIANO FORMATIVO AZIENDALE ANNO 2025.**

Dimostrazione della compatibilità economica **Bilancio** Centro di costo _____ Conto economico _____ Budget assegnato _____ Budget già utilizzato _____ Budget disponibile _____ da cui prelevare la spesa prevista per il presente atto, pari a € _____ Disponibilità residua di budget € _____ comporta ordine di spesa **No** totale importo **Visto Contabile** **Si attesta la copertura finanziaria come da prospetto allegato che fa parte integrante della presente delibera** **Il Dirigente della U.O.C.** **Economico Finanziario e Patrimoniale** Fondi Vincolati Fondi PSN Fondi PO FESR Fondi PNRR	Proposta n° **2341** del **11/12/2024** Struttura Proponente: **U.O.S. Formazione Permanente e Aggiornamento** Estensore **Rosalba Messina** Responsabile del procedimento/RUP: **Francesca Picone** Dirigente della UOC Proponente: **Mario Luigi Blandino** ALTRI UFFICI COINVOLTI

Addì, nei locali della sede legale dell'Azienda, siti in via Giacomo Cusmano, 1 – 93100 Caltanissetta, il Direttore Generale, Dott. Salvatore Lucio Ficarra, giusto D.P. n. 311/Serv.1°/S.G. del 21/06/2024, coadiuvato dal Direttore Amministrativo, Dott. Salvatore Lombardo e dal Direttore Sanitario, Dr. Luciano Andrea Fiorella nonché con l'assistenza della Dott.ssa Calogera Natale con funzioni di segretario, ha adottato la seguente delibera sulla base

della proposta di seguito riportata:

Il Dirigente Responsabile della U.O.S.D.
Formazione permanente e aggiornamento del personale
Dr. Mario Luigi Blandino

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 s.m.i.;

VISTO il vigente Atto Aziendale adottato con Deliberazione n. 1422 del 30.09.2019 come modificata e integrata dalle Delibere n. 2401 del 27.12.2019 e n. 2416 del 30.12.2019 e approvato con Decreto Assessoriale n. 162 del 03.03.2020, modificato e integrato con delibere n. 2863 del 12.11.2020 e n. 330 del 1.2.2022;

VISTA la vigente normativa nazionale (D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i. - Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche) e regionale (D.A. 3 maggio 2007 - Direttive per la gestione delle attività di formazione ed aggiornamento presso le aziende sanitarie della Regione, D.A. 07 settembre 2012 - Approvazione dell'assetto organizzativo delle unità operative per la formazione nelle aziende sanitarie della Regione siciliana e relative linee guida) che prevede l'elaborazione e l'attuazione di un Piano Formativo Aziendale a cadenza annuale;

PRESO ATTO delle linee di indirizzo, relativamente agli obiettivi formativi, fornite dal Comitato Scientifico per la Formazione, istituito con la deliberazione n. 2191 del 31/12/2014, formulate concordemente alle risultanze dell'analisi dei bisogni formativi;

PRESO ATTO dell'allegato “Piano Formativo Aziendale 2025”, di complessive 32 pagine, che del presente atto costituisce parte integrante e sostanziale, nel quale sono esplicitati gli obiettivi formativi da conseguire per l'anno 2025, nonché le azioni formative già pianificate, congruenti con detti obiettivi;

PRESO ATTO della comunicazione pervenuta via email in data 19/12/2024 da parte dell’URSA relativamente al fatto che copia del Piano Formativo Aziendale 2025 è stata inviata alle OO.SS. e che nessuna osservazione da parte delle stesse è stata inoltrata entro i termini stabiliti.

RITENUTO di approvare il Piano Formativo Aziendale per l'anno 2025 formalizzato nell'allegato di cui sopra;

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

PROPONE

Di adottare il seguente atto:

Approvare il Piano Formativo Aziendale per l'anno 2025 di cui all'allegato “Piano Formativo Aziendale 2025” di complessive 32 pagine che del presente atto costituisce parte integrante e sostanziale;

- Riservarsi, con successiva deliberazione, secondo i criteri definiti nell'allegato, di istituire e determinare il Fondo per la Formazione per l'anno 2025;

- Dare mandato all'ufficio delibere di notificare integralmente il presente atto a tutti i dipendenti dell'ASP tramite la mailing list (mail_utenti@asp.cl.it);

- Dare mandato altresì al Responsabile dell'U.O.S. Comunicazione Istituzionale ed Interna di pubblicare integralmente il presente atto sul sito web aziendale, nella sezione “Formazione”;

- Trasmettere copia del presente atto all'Assessorato regionale della salute - DASOE - Servizio 2 - Formazione e comunicazione;

- Dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 65 comma 7 della L.r. n. 25/1993, sostituito dall' art. 53 della L.R. n. 30/93 e s.m.i., in quanto è necessario pianificare anticipatamente le azioni formative per l'anno 2025.

Il Dirigente Responsabile della U.O.S.D.
Formazione permanente e aggiornamento del personale
Dr. Mario Luigi Blandino

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Salvatore Lucio Ficarra

Preso atto della proposta di deliberazione che precede e che qui si intende di seguito riportata e trascritta;

Preso atto che il **Dirigente Responsabile della U.O.S.D. Formazione permanente e aggiornamento del personale** sulla base dell'istruttoria definita dal Responsabile del procedimento, propone il presente provvedimento che risulta conforme alle norme di legge che disciplinano la materia, nonché nel rispetto della Legge n. 190 del 6 novembre 2012 sottoscrivendolo;

Acquisito il parere favorevole espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

Secondo la superiore proposta formulata dal **Dirigente Responsabile della U.O.S.D. Formazione permanente e aggiornamento del personale** proponente e per i motivi espressi nella medesima:

- Approvare il Piano Formativo Aziendale per l'anno 2025 di cui all'allegato "Piano Formativo Aziendale 2025" di complessive 32 pagine che del presente atto costituisce parte integrante e sostanziale;

- Riservarsi, con successiva deliberazione, secondo i criteri definiti nell'allegato, di istituire e determinare il Fondo per la Formazione per l'anno 2025;

- Dare mandato all'ufficio delibere di notificare integralmente il presente atto a tutti i dipendenti dell'ASP tramite la mailing list (mail_utenti@asp.cl.it);

- Dare mandato altresì al Responsabile dell'U.O.S. Comunicazione Istituzionale ed Interna di pubblicare integralmente il presente atto sul sito web aziendale, nella sezione "Formazione";

- Trasmettere copia del presente atto all'Assessorato Regionale della Salute - DASOE - Servizio 2 - Formazione e comunicazione;

- Dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 65 comma 7 della L.r. n. 25/1993, sostituito dall' art. 53 della L.R. n. 30/93 e s.m.i., in quanto è necessario pianificare anticipatamente le azioni formative per l'anno 2025.

- Allegato parte integrante: Piano formativo aziendale anno 2025

file: Piano formativo 2025 revisione 2.pdf
hash256: 746b51cf29cf6077ecaa8dea9ccac422e01aada8bdad56ae433ffc16b433546f

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Salvatore Lombardo

IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. Luciano Andrea Fiorella

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Salvatore Lucio Ficarra
Firmato Digitalmente

Il Segretario Verbalizzante
Dott.ssa Calogera Natale

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

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

IL RESPONSABILE SEGRETERIA DELIBERE

(Dott.ssa Calogera Natale)

Caltanissetta, _____

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

IL RESPONSABILE SEGRETERIA DELIBERE

(Dott.ssa Calogera Natale)

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.r. n. 5/09 s.m.i. 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 _____

Caltanissetta,

IL RESPONSABILE SEGRETERIA DELIBERE

(Dott.ssa Calogera Natale)

REVOCA/ANNULLAMENTO/ MODIFICA

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

IL RESPONSABILE SEGRETERIA DELIBERE

(Dott.ssa Calogera Natale)

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

Caltanissetta, _____

IL RESPONSABILE SEGRETERIA DELIBERE

(Dott.ssa Calogera Natale)

Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta

U.O.S. Formazione permanente e aggiornamento del personale

Dirigente Responsabile: Dott. M. L. Blandino

Piano Formativo Aziendale 2025

Riferimenti normativi

- Decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni;
- Legge regionale n. 30 del 3 novembre 1993 "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali";
- Legge finanziaria 2008 - Legge 24 dicembre 2007, n. 244;
- Accordo Stato-Regioni 1 agosto 2007, n. rep. 168;
- Decreto ministeriale 17 marzo 2008;
- Decreto Assessoriale n. 747 del 3 maggio 2007 (direttive per la gestione delle attività di formazione e aggiornamento presso le Aziende sanitarie);
- Decreto Assessoriale n. 2826 del 13 dicembre 2007 (istituzione del livello regionale del sistema di Educazione continua in medicina);
- Decreto Assessoriale n. 297 del 26 febbraio 2008 di integrazione al decreto n. 2826 del 13 dicembre 2007;
- Legge regionale 16 dicembre 2008, n. 19, "Norme per la riorganizzazione dei Dipartimenti regionali. Ordinamento del Governo e dell'Amministrazione della Regione";
- Legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale";
- Accordo Stato-Regioni 5 novembre 2009 (definisce il nuovo Sistema di formazione continua in medicina;
- Decreto Assessoriale n. 1465 del 28 maggio 2010 "Linee guida per il riordino del sistema siciliano di formazione continua in medicina (ECM)";
- Decreto Assessoriale n. 1050 del 08 giugno 2011 "Nuove linee guida per il riordino del sistema siciliano di formazione continua in medicina (ECM)";
- Deliberazione n. n. 1749 del 21/10/2011 "Accreditamento della ASP di Caltanissetta quale provider ECM. Sistema aziendale per la formazione permanente del personale";
- Decreto Assessoriale n. 1771 del 07 settembre 2012 "Approvazione dell'assetto organizzativo delle unità operative per la formazione nelle aziende sanitarie della Regione siciliana e relative linee guida".
- D.D.G n. 0162/13 del 24/01/2013 "Accreditamento provvisorio in qualità di Provider ECM con il numero identificativo ID 274" dell'ASP di Caltanissetta.

La Formazione aziendale

Nell'ambito della politica sanitaria regionale e nazionale la formazione del personale ha assunto un ruolo chiave, soprattutto con riferimento al processo clinico assistenziale.

I processi di cambiamento del sistema sanitario e dei rapporti di lavoro nel pubblico impiego impongono l'avvio di un sistema formativo che, per strategia, metodo e contenuti, possa sostenere le innovazioni normative, tecnologiche, organizzative, gestionali e professionali.

I miglioramenti nell'assistenza sanitaria sono fortemente condizionati dal comportamento degli operatori sanitari e dalla capacità di mantenere livelli di coinvolgimento ampi, condivisi e duraturi.

Nell'ambito di questo scenario di riferimento in continua trasformazione, la formazione, intesa come l'insieme delle attività finalizzate al continuo adeguamento delle capacità di intervento rispetto allo sviluppo scientifico, tecnico ed organizzativo dell'assistenza e al mutare della domanda di salute della popolazione, svolge una funzione di primo piano; essa va, quindi, considerata come strumento fondamentale di cambiamento individuale e funzione specifica del servizio sanitario stesso, indispensabile a garantire nel tempo le sue prestazioni.

La formazione costituisce il sostegno ineludibile sia per riprogettare gli assetti organizzativi, sia per definire percorsi di valorizzazione e promozione delle persone, considerato che la risorsa umana è il fattore critico di successo per il miglioramento della qualità dei servizi.

La formazione si interseca con le potenzialità e i bisogni dell'individuo, con le logiche ed i bisogni dell'organizzazione, si rivolge a soggetti che hanno una vita dentro le organizzazioni e che si esprimono attraverso il proprio lavoro; inoltre deve avere come obiettivo principale l'attivazione della dimensione dell'apprendimento da ancorare al sistema delle competenze.

Il sistema ECM

L'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e del proprio sviluppo professionale.
La formazione continua in medicina comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta. Per poter acquisire queste buone pratiche è necessario spendere una parte delle proprie risorse per l'aggiornamento. L'obiettivo è quello di realizzare un sistema in grado di verificare e di promuovere la qualità della formazione continua, anche attraverso l'opera di osservatori indipendenti e con criteri e modalità condivisi.
Gli operatori della salute hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire una assistenza qualitativamente utile.

La nuova fase dell'ECM contiene molte novità e si presenta quale strumento per progettare un moderno approccio allo sviluppo e al monitoraggio delle competenze individuali.

La novità più importante consiste nel fatto che è stato prodotto, in sinergia con le Regioni, l'accreditamento nazionale e regionale dei provider (i fornitori di formazione). Nel nuovo sistema, sono questi soggetti a essere accreditati e non più gli eventi formativi.

Novità anche per le tipologie formative. Non ci sarà più solo il congresso, inteso come formazione residenziale, ma altre forme di aggiornamento, quale la formazione sul campo, che deve rispondere ai criteri di appropriatezza tra l'esercizio della professione e l'aggiornamento, e la formazione a distanza che riesce a raccogliere un numero elevato di partecipanti abbattendo i costi e coniugando strategie formative universali, che arrivano agli operatori in modo omogeneo.

Con la deliberazione n. 2191 del 31/12/2014 è stato definito l'assetto, con organigramma e funzionigramma, del sistema aziendale per la formazione permanente del personale.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta, con D.D.G n. 0162/13 del 24/01/2013, è stata accreditata provvisoriamente come provider ECM, sia per l'erogazione di formazione residenziale che formazione sul campo.

Strategie d'intervento – obiettivi formativi

Coerentemente agli obiettivi strategici della Direzione aziendale, ai bisogni formativi degli operatori e agli indirizzi normativi regionali e nazionali, il Comitato Scientifico per la Formazione, istituito con la deliberazione n. 2191 del 31/12/2014, ha approvato, gli obiettivi formativi che saranno perseguiti nel corso dell'anno 2025, mediante azioni formative già pianificate e che potranno essere ampliate nel corso dell'anno:

1 - Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP);
2 - Linee guida - protocolli - procedure;
3 - Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura;
4 - Appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA);
5 - Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie;
7 - La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato;
8- Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale
12 - Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure;
18 - Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere;
22 - Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari, e socio-assistenziali;
23 - Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate;
24- Sanità veterinaria;
26- Sicurezza ambientale e/o patologie correlate;
27 - Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione;
29 - Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment;

Azioni formative pianificate

Titolo	**La comunicazione in Emergenza Urgenza**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Centrale Operativa 118
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	7
Responsabili scientifici	Dott. Giuseppe Misuraca
Destinatari	Medico Chirurgo - Medicina di Accettazione e di Urgenza - Infermieri
Durata (in ore)	12

Titolo	**Istruzioni pre arrivo per la gestione del parto precipitoso**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Centrale Operativa 118
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	18
Responsabili scientifici	Dott.ssa Clelia Cipolla
Destinatari	Medico Chirurgo - Medicina di accettazione e di urgenza - Infermieri
Durata (in ore)	6

Titolo	**Linee di indirizzo - protocolli e procedure SUES 118 Sicilia implicazioni e opportunità**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Centrale Operativa 118
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott. Giuseppe Misuraca
Destinatari	Medico Chirurgo - Medicina di accettazione e di urgenza - Infermieri
Durata (in ore)	18

Titolo	**La corretta codifica della SDO**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Chirurgia Generale
Tipo di formazione	Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dott. Giovanni Ciaccio
Destinatari	Medico chirurgo
Durata (in ore)	8

Titolo	**Il Riesame del Vertice del SIMT**
U. O. / Servizio Proponente	Servizio di Medicina Trasfusionale
Tipo di formazione	Residenziale
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott. Marletta Nunzio Angelo
Destinatari	Biologo, Medico Chirurgo, Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, Infermiere
Durata (in ore)	10

Titolo	**Le nuove procedure del SIMT**
U. O. / Servizio Proponente	Servizio di Medicina Trasfusionale
Tipo di formazione	Residenziale
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott. Marletta Nunzio Angelo
Destinatari	Biologo, Medico Chirurgo, Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, Infermiere
Durata (in ore)	10

Titolo	**Le nuove tecniche mammografiche con tomosintesi**
U. O. / Servizio Proponente	UOSD Radiologia PO Niscemi
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott.Luigi Gualato
Destinatari	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, Infermiere Professionale, Medico Radiologo
Durata (in ore)	18

Titolo	**L'utilizzo del mezzo di contrasto in TC**
U. O. / Servizio Proponente	UOSD Radiologia PO Niscemi
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott.Luigi Gualato
Destinatari	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, Infermiere professionale, Medico Radiologo
Durata (in ore)	18

Titolo	**Il consenso informato nelle pratiche radiologiche**
U. O. / Servizio Proponente	UOSD Radiologia PO Niscemi
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott. Gualato Luigi
Destinatari	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, Infermiere professionale, Medico Radiologo
Durata (in ore)	18

Titolo	**Radiologia diagnostica e interventistica: tecniche di ottimizzazione della dose al paziente**
U. O. / Servizio Proponente	UOSD Radioprotezione e Fisica Sanitaria
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	27
Responsabili scientifici	Dott. Di Rosa Francecso, Dott.ssa Costa Rosa
Destinatari	Fisico Sanitario, Tecnico sanitario di radiologia medica
Durata (in ore)	24

Titolo	**La dosimetria in vivo sui pazienti radioterapici**
U. O. / Servizio Proponente	UOSD Radioprotezione e Fisica Sanitaria
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	27
Responsabili scientifici	Dott. Di Rosa Francesco, Dott.ssa Costa Rosa
Destinatari	Fisico Sanitario, Tecnico di Radiologia Medica
Durata (in ore)	24

Titolo	**La ricerca sanitaria nell'Azienda Ospedaliera**
U. O. / Servizio Proponente	UOS Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	8
Responsabili scientifici	Dott.ssa Costa Rosa
Destinatari	Tutte le professioni
Durata (in ore)	18

Titolo	**Programma di Audit interni**
U. O. / Servizio Proponente	UOS Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott.ssa Costa Rosa
Destinatari	Tutte le professioni
Durata (in ore)	20

Titolo	**Flussi informativi e nuove fonti per la programmazione delle attività di prevenzione e vigilanza**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.C. SPRESAL
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott. Francesco Galletti
Destinatari	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
Durata (in ore)	24

Titolo	**I Piani Mirati di Prevenzione in applicazione dei PP6- PP7 - PP8**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.C. SPRESAL
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	2,3
Responsabili scientifici	Dott. Francesco Galletti
Destinatari	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
Durata (in ore)	24

Titolo	**I Flussi informativi e le Nuove fonti per la programmazione delle attività di Prevenzione e di Vigilanza**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.C. SPRESAL
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott. Francesco Galletti
Destinatari	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
Durata (in ore)	24

Titolo	**Provvedimenti di sospensione e obbligo della patente a crediti ex. artt. 14 e 27 del D.Lgs 81/08**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.C. SPRESAL
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dr. Francesco Galletti
Destinatari	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
Durata (in ore)	24

Titolo	**Gli atti di Polizia Giudiziaria del Tecnico della Prevenzione e l'Impatto sulle attività della riforma Cartabia (D.Lgs 150/2022)**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.C. SPRESAL
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	2,7
Responsabili scientifici	Dr. Francesco Galletti
Destinatari	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
Durata (in ore)	24

Titolo	**Corretto utilizzo dei dispositivi di protezione di terza categoria individuale nei sopralluoghi per rischio ambientale**
U. O. / Servizio Proponente	Servizio igiene degli alimenti
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	26
Responsabili scientifici	Dott. Paolo Gervaso
Destinatari	Medico chirurgo Igiene, epidemiologia e sanità pubblica; Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
Durata (in ore)	8

Titolo	**Aggiornamento diposizioni normative Regionali e Nazionali delle strutture Sanitarie Pubbliche e Private**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.C. S.I.A.V.
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	5
Responsabili scientifici	Dott. Paolo Gervaso
Destinatari	Medico chirurgo- igiene-epidemiologia-sanità pubblica, tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro – personale amministrativo
Durata (in ore)	16

Titolo	**Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.C. S.I.A.V.
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott. Paolo Gervaso
Destinatari	Medico chirurgo- igiene-epidemiologia-sanità pubblica, tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro – personale amministrativo
Durata (in ore)	16

Titolo	**Aggiornamento relativo alle disposizioni legislative regolamentari in materia di edilizia**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.C. S.I.A.V.
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	18
Responsabili scientifici	Dott. Paolo Gervaso
Destinatari	Medico chirurgo- igiene-epidemiologia-sanità pubblica, tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro – personale amministrativo
Durata (in ore)	16

Titolo	**Evoluzione tecnologica in radioterapia-Nuovo AL e TPS nell'Asp CL**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.C. Radioterapia
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	29
Responsabili scientifici	Dott. Giovanni Cartia
Destinatari	Medico chirurgo, Tecnico sanitario di radiologia medica
Durata (in ore)	24

Titolo	**Programmi nazionali obbligatori di eradicazione per brucellosi e tubercolosi nei bovini e brucellosi negli ovi-caprini**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.C. Sanità animale
Tipo di formazione	Residenziale
Obiettivo formativo	24
Responsabili scientifici	Dott. Elia Rizzo
Destinatari	Veterinario
Durata (in ore)	12

Titolo	**Aggiornamento in materia di piano nazionale di sorveglianza a eradicazione della peste suina africana**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.C. Sanità animale
Tipo di formazione	Residenziale
Obiettivo formativo	24
Responsabili scientifici	Dott. Elia Rizzo
Destinatari	Veterinario
Durata (in ore)	12

Titolo	**Sistema di identificazione degli operatori, degli stabilimenti e degli animali: decreto legislativo 134/2022**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.C. Sanità animale
Tipo di formazione	Residenziale
Obiettivo formativo	24
Responsabili scientifici	Dott. Elia Rizzo
Destinatari	Veterinario
Durata (in ore)	12

Titolo	**Aggiornamento in materia di malattie virali emergenti trasmesse da vettori**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.C. Sanità animale
Tipo di formazione	Residenziale
Obiettivo formativo	24
Responsabili scientifici	Dott. Elia Rizzo
Destinatari	Veterinario
Durata (in ore)	12

Titolo	**IL Servizio Sanitario Pubblico tra società umana e popolazioni animali sinantropiche**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.S.D Randagismo
Tipo di formazione	Residenziale
Obiettivo formativo	24
Responsabili scientifici	Dott. Elia Rizzo
Destinatari	Veterinario
Durata (in ore)	12

Titolo	**Nuove Dipendenze con o senza sostanze. Modelli integrati di Diagnosi e Cura**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.C. Area Dipendenze
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	22
Responsabili scientifici	Dott.ssa Livia Maria Scichilone
Destinatari	Infermiere, Medico, Psicologo, Assistente Sociale, Operatore Socio Sanitario, Operatore Socio Assistenziale
Durata (in ore)	12

Titolo	**Nuovo Sito web aziendale: navigazione, ricerca e dati**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Coordinamento Staff Direzione Aziendale
Tipo di formazione	Residenziale
Obiettivo formativo	7
Responsabili scientifici	Dott. Francesco Di Rosa
Destinatari	Assistente sanitario; Medico chirurgo; Fisico; Psicologo; Infermiere;
Durata (in ore)	6

Titolo	**Graphic Design per una comunicazione efficace al paziente**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.C. Coordinamento Staff Direzione Aziendale
Tipo di formazione	Residenziale
Obiettivo formativo	7
Responsabili scientifici	Dott. Francesco Di Rosa
Destinatari	Tutte le professioni
Durata (in ore)	6

Titolo	**Principi procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie**
U. O. / Servizio Proponente	Direzione medica di presidio San Cataldo
Tipo di formazione	Residenziale
Obiettivo formativo	5
Responsabili scientifici	Dott.ssa Lucia Maria Grazia Grimaldi
Destinatari	Medici
Durata (in ore)	8

Titolo	**Lavorare sicurezza con gli antiblastici**
U. O. / Servizio Proponente	UOC oncologia
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	27
Responsabili scientifici	Dott. Stefano Vitello
Destinatari	Medici, Infermieri
Durata (in ore)	12

Titolo	**Audit clinico: assistenza in Pronto Soccorso**
U. O. / Servizio Proponente	M.C.A.U. PO Niscemi
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	1
Responsabili scientifici	Dott.ssa Giuseppina Loredana Virga - Dott. Vincenzo Evola
Destinatari	Medici, infermieri
Durata (in ore)	8

Titolo	**Basic Trauma Care**
U. O. / Servizio Proponente	M.C.A.U. PO Niscemi
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	18
Responsabili scientifici	Dott.ssa Giuseppina Loredana Virga - Dott. Vincenzo Evola
Destinatari	Medici, infermieri
Durata (in ore)	36

Titolo	**Assistenza ai parenti durante i trasporti secondari**
U. O. / Servizio Proponente	M.C.A.U. PO Niscemi
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	18
Responsabili scientifici	Dott.ssa Giuseppina Loredana Virga - Dott. Vincenzo Evola
Destinatari	Medici, infermieri
Durata (in ore)	8

Titolo	**Supporto Vitale di Base BLS - BLSD Adulto e pediatrico**
U. O. / Servizio Proponente	M.C.A.U. PO Niscemi
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	18
Responsabili scientifici	Dott.ssa Giuseppina Loredana Virga - Dott. Vincenzo Evola
Destinatari	Medici, infermieri
Durata (in ore)	8

Titolo	**Le patologie tempo-dipendenti-rete IMA e rete STROKE**
U. O. / Servizio Proponente	M.C.A.U. PO Niscemi
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	18
Responsabili scientifici	Dott.ssa Giuseppina Loredana Virga - Dott. Vincenzo Evola
Destinatari	Medici, infermieri
Durata (in ore)	8

Titolo	**Approfondimento linee guida procedure e protocolli**
U. O. / Servizio Proponente	Direzione Medica Distretto Ospedaliero Area Nord
Tipo di formazione	Formazione sul Campo
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott. Benedetto Trobia
Destinatari	Tutte le professioni
Durata (in ore)	6

Titolo	**La gestione infermieristica degli accessi venosi centrali nel paziente oncologico e non**
U. O. / Servizio Proponente	Hospice San Cataldo
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	1
Responsabili scientifici	Dott. Giuseppe Biagio Mulè
Destinatari	Medici- Infermieri-Psicologi-Fisioterapisti
Durata (in ore)	8

Titolo	**Il Fine Vita: approccio integrato alle cure palliative**
U. O. / Servizio Proponente	Hospice San Cataldo
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dott. Giuseppe Biagio Mulè
Destinatari	Medici- Infermieri-Psicologi-Fisioterapisti
Durata (in ore)	8

Titolo	**La medicina del dolore cronico: Aspetti fisiopatologici, clinici e organizzativi nel percorso riabilitativo**
U. O. / Servizio Proponente	Hospice San Cataldo
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott. Giuseppe Biagio Mulè
Destinatari	Medici- Infermieri-Psicologi-Fisioterapisti
Durata (in ore)	8

Titolo	**La pianificazione condivisa delle cure nella dinamica evolutiva della malattia oncologica e neurologica**
U. O. / Servizio Proponente	Hospice San Cataldo
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	5
Responsabili scientifici	Dott. Giuseppe Biagio Mulè
Destinatari	Medici- Infermieri-Psicologi-Fisioterapisti
Durata (in ore)	8

Titolo	**Protocollo di trattamento medico infermieristico e riabilitativo nelle fratture di femore nell'anziano**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Ortopedia e traumatologia PO Gela
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dott. Salvatore Loggia
Destinatari	Tutte le professioni sanitarie
Durata (in ore)	10

Titolo	**Emergenze psicopatologiche e nuove dipendenze in adolescenza**
U. O. / Servizio Proponente	UOC NPIA Caltanissetta Distretto Nord
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	22
Responsabili scientifici	Dott.ssa Piazza
Destinatari	Neuropsichiatri infantili, psicologi, pedagogista, assistente sociali, logopedista
Durata (in ore)	50

Titolo	**La gestione dei pazienti con patologie croniche dell'apparato respiratorio: integrazione tra MMG e specialista ambulatoriale**
U. O. / Servizio Proponente	Specialista ambulatoriale pneumologia
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dr. Natale Bricconcello
Destinatari	Medicina generale-specialisti ambulatoriali
Durata (in ore)	5

Titolo	**Codice 2/LINEE GUIDA PROTOCOLLI. Codice 12/Aspetti relazionali/codice 22Fragilita'Aspetti relazionali**
U. O. / Servizio Proponente	Centro diurno del DSM CALTANISSETTA
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott. Claudio Camilleri
Destinatari	OSS e Ausiliario
Durata (in ore)	20

Titolo	**Integrazione multidisciplinare e sinergia operativa tra le diverse UUOO per migliorare il percorso terapeutico e aumentare la capacità attrattiva dell'ospedale**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Oncologia in collaborazione con altre UUOOCC
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	8
Responsabili scientifici	Dott. S. Vitello
Destinatari	Direttori e responsabili delle UUOO S. Elia
Durata (in ore)	15

Titolo	**Buone pratiche in dietetica per il trattamento delle cronicità in età evolutiva**
U. O. / Servizio Proponente	UOSD Diabetologia e obesità dell'età evolutiva
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	23
Responsabili scientifici	Dott. Alfonso La Loggia
Destinatari	Medico, biologo, dietista, infermiere, psicologo
Durata (in ore)	4

Titolo	**Tecnologie emergenti e nuovi sistemi di comunicazione sensore-microinfusore nel diabete di tipo 1 in età pediatrica**
U. O. / Servizio Proponente	UOSD Diabetologia e obesità dell'età evolutiva
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	29
Responsabili scientifici	Dott. Alfonso La Loggia
Destinatari	Medico, biologo, dietista, infermiere, psicologo
Durata (in ore)	4

Titolo	**Sostenere la motivazione al cambiamento nella cronicità: il ruolo delle emozioni**
U. O. / Servizio Proponente	UOSD Diabetologia e obesità dell'età evolutiva
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	4
Responsabili scientifici	Dott. Alfonso La Loggia
Destinatari	Medico, biologo, dietista, infermiere, psicologo
Durata (in ore)	12

Titolo	**Nuovo protocollo screening del cervicocarcinoma mediante HPV test**
U. O. / Servizio Proponente	UOSD centro gestionale screening
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott.ssa Maria Milena Sanfilippo
Destinatari	Medico, Biologo, Ostetrico, Infermiere, MMG e Pediatri di libera scelta
Durata (in ore)	6

Titolo	**Coinvolgimento attivo dei MMG Pediatri di libera scelta, attivazione delle prenotazioni degli screening HPV test, Mammografie e colon retto GICI, OST**
U. O. / Servizio Proponente	UOSD centro gestionale screening
Tipo di formazione	Formazione Campo
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dott.ssa Maria Milena Sanfilippo
Destinatari	Medico, MMG e Pediatri di libera scelta
Durata (in ore)	6

Titolo	**Genetica Clinica Oncologica (BRCA1 e BRCA")**
U. O. / Servizio Proponente	UOSD centro gestionale screening
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	4
Responsabili scientifici	Dott.ssa Maria Milena Sanfilippo
Destinatari	Medico, Biologo, Ostetrico, Infermiere, MMG e Pediatri di libera scelta
Durata (in ore)	6

Titolo	**Comunicazione**
U. O. / Servizio Proponente	UOSD centro gestionale screening
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dott.ssa Maria Milena Sanfilippo
Destinatari	Medico, Biologo, Ostetrico, Infermiere, MMG e Pediatri di libera scelta
Durata (in ore)	6

Titolo	**Ruolo e funzione dello psicologo di base**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Cure Primarie
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dott.ssa Mirisola Alessandra
Destinatari	Psicologi, MMG e PLS
Durata (in ore)	8

Titolo	**Lo psicologo nella casa di comunità e nell'ospedale di comunità**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Cure Primarie
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dott.ssa Mirisola Alessandra
Destinatari	Medici, Psicologi, Infermieri.
Durata (in ore)	8

Titolo	**La gestione delle emozioni – Modulo avanzato**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Cure Primarie
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	4
Responsabili scientifici	Dott.ssa Mirisola Alessandra
Destinatari	Medici, Psicologi, Infermieri.
Durata (in ore)	16

Titolo	**Valutazione delle competenze genitoriali: strumenti psicodiagnostici da utilizzare**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Cure Primarie
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dott.ssa Mirisola Alessandra
Destinatari	Psicologi
Durata (in ore)	16

Titolo	**Valutazione della pericolosità sociale: Strumenti psicodiagnostici da utilizzare**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Cure Primarie
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dott.ssa Mirisola Alessandra
Destinatari	Psicologi
Durata (in ore)	16

Titolo	**Nota 100: Interagire bene per curare meglio**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Cure Primarie
Tipo di formazione	Formazione sul Campo
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dott.ssa Arianna Claudia Giunta
Destinatari	Medici
Durata (in ore)	6

Titolo	**Organizzare la campagna di prevenzione alla varicocele**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Cure Primarie
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dott. Nunzio D'Arma
Destinatari	Medici, biologi, Infermieri.
Durata (in ore)	2

Titolo	**D.Lgs 32/2021 corretta categorizzazione delle prestazioni e compilazione della tabella riepilogativa delle prestazioni sanitarie espletate**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Cure Primarie
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dott. Giovanni Gagliano
Destinatari	Medici veterinari
Durata (in ore)	6

Titolo	**Nuova che list farmacosorveglianza in apiario**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Cure Primarie
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dott. Giovanni Gagliano
Destinatari	Medici veterinari
Durata (in ore)	6

Titolo	**SICUREZZA ALIMENTARE E PATOLOGIA CORRELATE**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Cure Primarie
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dott. ssa Federica Ganci
Destinatari	Medici veterinari
Durata (in ore)	6

Titolo	**I.C.F. – La Classificazione Internazionale del Funzionamento della disabilità e della salute**
U. O. / Servizio Proponente	P.O. Niscemi: UOS Riabilitazione
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	5,2
Responsabili scientifici	Dott. L. Virone
Destinatari	Medici, infermieri, fisioterapisti
Durata (in ore)	50

Titolo	**Le procedure attuative nell'ambito del D. Lgs. 02.02.2021 n.27 - Approfondimenti applicativi**
U. O. / Servizio Proponente	Servizio Igiene Alimenti di Origine Animale
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	23
Responsabili scientifici	Dott. Luigi Farruggia
Destinatari	Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro, Dirigente Veterinario
Durata (in ore)	8

Titolo	**Gli atti di Polizia Giudiziaria alla luce delle modifiche della Legge 30/04/1962 n. 283 apportate dal D. Lgs. 10 ottobre 2022 n. 150 (Riforma Cartabia)**
U. O. / Servizio Proponente	Servizio Igiene Alimenti di Origine Animale
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	23
Responsabili scientifici	Dott. Luigi Farruggia
Destinatari	Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro, Dirigente Veterinario
Durata (in ore)	8

Titolo	**Il finanziamento dei controlli ufficiali attraverso l'applicazione del D.Lgs. 02/02/2021 n. 32. Approfondimenti e confronto sulla corretta riscossione delle tariffe obbligatorie.**
U. O. / Servizio Proponente	Servizio Igiene Alimenti di Origine Animale
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	23
Responsabili scientifici	Dott. Luigi Farruggia
Destinatari	Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro, Dirigente Veterinario
Durata (in ore)	8

Titolo	**Il sistema informativo GEVISAN e il controllo ufficiale. Conoscenza e ottimizzazione dell'utilizzo da parte degli operatori sanitari.**
U. O. / Servizio Proponente	Dipartimento di Prevenzione Veterinario
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	23
Responsabili scientifici	Dott. Luigi Farruggia
Destinatari	Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro, Dirigente Veterinario, Personale amministrativo
Durata (in ore)	16

Titolo	**Dal team building al team working**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Patologia clinica PO Sant'Elia
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	12
Responsabili scientifici	Dr. Fabio Capritti
Destinatari	Medici, Biologi
Durata (in ore)	24

Titolo	**Change management in sanità**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Patologia clinica PO Sant'Elia
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	12
Responsabili scientifici	Dr. Fabio Capritti
Destinatari	Medici, Biologi
Durata (in ore)	24

Titolo	**Gestione assistenziale in Lungodegenza attraverso Percorsi clinici e Riabilitativo e Profili Terapeutici Specifici**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.Lungodegenza P.O.M.Raimondi S.Cataldo
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dott.Calogero Nicosia
Destinatari	Medico Chirurgo, Infermiere
Durata (in ore)	32

Titolo	**Gestione del paziente neurochirurgico**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Neurochirurgia
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	4
Responsabili scientifici	Dott. Basile
Destinatari	Medici, infermieri, oss
Durata (in ore)	5

Titolo	**Neuro stimolazione**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Neurochirurgia
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	5
Responsabili scientifici	Dott. Basile
Destinatari	Medici, infermieri
Durata (in ore)	5

Titolo	**Linee guida/Documentazione clinica/Fragilità/Procedure istanze di invio al CSM da NPI e da Ser. D/Sicurezza degli ambienti di lavoro e patologie correlate Burnout degli operatori**
U. O. / Servizio Proponente	CSM del DSM
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott. Cammilleri
Destinatari	Medici/Psicologi/Assistenti sociali/Infermieri/Operatori socio sanitari
Durata (in ore)	50

Titolo	**CODICE ROSA**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.C. psicologia
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dr.ssa Campo Maria Antonietta
Destinatari	Tutte le professioni
Durata (in ore)	6

Titolo	**l'Accreditamento delle strutture sanitarie**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.S. Qualità e rischio clinico
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dr.ssa Campo Maria Antonietta
Destinatari	Tutte le professioni
Durata (in ore)	6

Titolo	**Le Raccomandazioni del Ministero della Salute**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.S. Qualità e rischio clinico
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dr.ssa Campo Maria Antonietta
Destinatari	Tutte le professioni
Durata (in ore)	6

Titolo	**Gestione Sistema Qualità: le procedure**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.S. Qualità e rischio clinico
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dr.ssa Campo Maria Antonietta
Destinatari	Tutte le professioni
Durata (in ore)	6

Titolo	**La Gestione Documentazione sanitaria**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.S. Qualità e rischio clinico
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	Dr.ssa Campo Maria Antonietta
Destinatari	Tutte le professioni
Durata (in ore)	6

Titolo	**La promozione della cultura del rischio clinico e la qualità delle cure**
U. O. / Servizio Proponente	U.O.S. Qualità e rischio clinico
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	1
Responsabili scientifici	Dr.ssa Campo Maria Antonietta
Destinatari	Tutte le professioni
Durata (in ore)	6

Titolo	**TRASPARENZA AMMINISTRATIVA E ANTICORRUZIONE**
U. O. / Servizio Proponente	
Tipo di formazione	Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	
Destinatari	Personale Area Amministrativa
Durata (in ore)	6

Titolo	**Il Codice dei contratti pubblici (Decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36)**
U. O. / Servizio Proponente	UOC Provveditorato
Tipo di formazione	Formazione sul campo
Obiettivo formativo	18
Responsabili scientifici	Dott. Danilo D'Agliano
Destinatari	Coadiutori, assistenti, collaboratori, dirigenti
Durata (in ore)	6

Titolo	**Gestione della sicurezza in sala operatoria e nelle centrali di sterilizzazione**
U. O. / Servizio Proponente	Servizio di Prevenzione e Protezione
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott.ssa Cinzia Loredana Granvillano
Destinatari	Tutte le professioni sanitarie
Durata (in ore)	8

Titolo	**ROA - Radiazioni Ottiche Artificiali negli ambienti sanitari**
U. O. / Servizio Proponente	Servizio di Prevenzione e Protezione
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	27
Responsabili scientifici	Dott.ssa Cinzia Loredana Granvillano
Destinatari	Tutte le professioni sanitarie
Durata (in ore)	6

Titolo	**Sicurezza nei siti di Risonanza Magnetica - normativa, procedure di sicurezza e buone prassi**
U. O. / Servizio Proponente	Servizio di Prevenzione e Protezione
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	27
Responsabili scientifici	Dott.ssa Cinzia Loredana Granvillano
Destinatari	Tutte le professioni sanitarie
Durata (in ore)	6

Titolo	**Tutela della salute e sicurezza per gli utilizzatori di apparecchiature laser**
U. O. / Servizio Proponente	Servizio di Prevenzione e Protezione
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	27
Responsabili scientifici	Dott.ssa Cinzia Loredana Granvillano
Destinatari	Tutte le professioni sanitarie
Durata (in ore)	6

Titolo	**Chemioterapici Antiblastici – la qualità del farmaco e la tutela di tutti i lavoratori della filiera**
U. O. / Servizio Proponente	Servizio di Prevenzione e Protezione
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott.ssa Cinzia Loredana Granvillano
Destinatari	Tutte le professioni sanitarie
Durata (in ore)	6

Titolo	**Le procedure di mitigazione del rischio dell'ASP di Caltanissetta – impatto sulla tutela del lavoratore e del paziente attraverso la riduzione attiva dell'indice di rischio**
U. O. / Servizio Proponente	Servizio di Prevenzione e Protezione
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott.ssa Cinzia Loredana Granvillano
Destinatari	Tutte le professioni sanitarie
Durata (in ore)	6

Titolo	**Calcolo e gestione degli indici di rischio nella movimentazione manuale dei carichi**
U. O. / Servizio Proponente	Servizio di Prevenzione e Protezione
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott.ssa Cinzia Loredana Granvillano
Destinatari	Tutte le professioni sanitarie
Durata (in ore)	6

Titolo	**Gestione della responsabilità nei siti radiologici per dirigenti delegati e dirigenti responsabili di impianto**
U. O. / Servizio Proponente	Servizio di Prevenzione e Protezione
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott.ssa Cinzia Loredana Granvillano
Destinatari	Tutte le professioni sanitarie
Durata (in ore)	6

Titolo	**Stress Lavoro Correlato le novità INAIL per la valutazione del rischio nel post covid**
U. O. / Servizio Proponente	Servizio di Prevenzione e Protezione
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott.ssa Cinzia Loredana Granvillano
Destinatari	Tutte le professioni sanitarie
Durata (in ore)	6

Titolo	**Prevenzione della violenza sul personale sanitario: le novità del decreto-legge 137/2024**
U. O. / Servizio Proponente	Servizio di Prevenzione e Protezione
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott.ssa Cinzia Loredana Granvillano
Destinatari	Tutte le professioni sanitarie
Durata (in ore)	6

Titolo	**Gestione del rischio biologico nella manipolazione di campioni biologici ed emocomponenti**
U. O. / Servizio Proponente	Servizio di Prevenzione e Protezione
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	2
Responsabili scientifici	Dott.ssa Cinzia Loredana Granvillano
Destinatari	Tutte le professioni sanitarie
Durata (in ore)	6

Titolo	**Gli appalti in Sicilia dopo la legge regionale 12 ottobre 2023 n. 12**
U. O. / Servizio Proponente	UOSD Ingegneria Ospedaliera
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	
Destinatari	Assistenti Collaboratori e Dirigenti Tecnici
Durata (in ore)	40

Titolo	**Il nuovo Codice degli Appalti -**
U. O. / Servizio Proponente	UOSD Ingegneria Ospedaliera
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	
Destinatari	Assistenti Collaboratori e Dirigenti Tecnici
Durata (in ore)	20

Titolo	**Rup come project manager negli appalti dei lavoratori, servizi, forniture**
U. O. / Servizio Proponente	UOSD Ingegneria Ospedaliera
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	
Destinatari	Assistenti Collaboratori e Dirigenti Tecnici
Durata (in ore)	4

Titolo	**Corso di Formazione sul nuovo Codice degli appalti**
U. O. / Servizio Proponente	UOSD Ingegneria Ospedaliera
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	
Destinatari	Assistenti Collaboratori e Dirigenti Tecnici
Durata (in ore)	26

Titolo	**Corso di formazione manageriale Project Management per RUP**
U. O. / Servizio Proponente	UOSD Ingegneria Ospedaliera
Tipo di formazione	Formazione Residenziale
Obiettivo formativo	3
Responsabili scientifici	
Destinatari	Assistenti Collaboratori e Dirigenti Tecnici
Durata (in ore)	40

CORSO DI FORMAZIONE

Operatore al Trasporto Sanitario Secondario in Ambulanza (OTSSA) - I Livello 80 ore

Obiettivi generali

 Acquisire la consapevolezza del ruolo sociale del volontario;

 Saper rilevare i bisogni del cittadino "malato" ed operare per il suo soddisfacimento;

 Acquisire nozioni di psicologia dell'emergenza, al fine di promuovere e definire i contenuti della "relazione di aiuto" e tutelare l'integrità psico-fisica del volontario soccorritore.

 Acquisire nozioni tecniche, per fornire al soccorritore gli elementi per la piena conoscenza delle azioni e consapevolezza degli elementi che intervengono durante le operazioni di soccorso.

Durata complessiva 80 ore ripartite fra 40 ore teoria, pratica e 40 ore di tirocinio.

Modulo	**Obiettivi specifici**	**Argomenti**	**Ore**	**Docente**
Ruolo del volontario	Definire il ruolo sociale del volontariato. Identificare i doveri sociali del volontario. Definire i rapporti con le istituzioni.	La solidarietà. Cosa vuol dire essere volontari. Presentazione della propria organizzazione: finalità, metodologia, compiti e ruoli.	2	Esperti del settore con adeguati titoli.
Aspetti relazionali nell'approccio al paziente	Definire le necessità primarie delle vittime. Definire i problemi dell'individuo connessi al passaggio repentino da uno stato di benessere allo stato di malattia (il dolore, la morte). Elencare possibili schemi di comportamento che sviluppino la comunicabilità e l'autocontrollo.	I bisogni di base, e la loro valutazione. La salute e le malattie. Il dolore. La morte e l'elaborazione del lutto familiare. La fiducia; relazione volontario - vittima - familiari. La comunicazione. L'autocontrollo.	4	Medici; Infermieri; Psicologi; Esperti del settore con adeguati titoli.
Traumatologia e trattamento delle lesioni	Impiego dei sistemi di immobilizzazione e trasporto. Trasporto del paziente traumatizzato con particolare riferimento ai traumi vertebro-midollari.	Saper applicare i sistemi di immobilizzazione e trasporto, quali per es.: - cucchiaio; - tavola spinale; - materasso a depressione; - telo;	4	Medici; Infermieri; Esperti del settore con adeguati titoli.

		- collari cervicali; - stecco bende; - protezione termica; - KED.		
Problematiche del soccorso in situazioni specifiche socio-sanitarie	Riconoscere evenienze specifiche. Utilizzare un approccio mirato al paziente. Conoscere la normativa di settore.	Psichiatria. Tossicodipendenza. Alcolismo. Maltrattamenti ed abusi.	2	Medici; Infermieri; Psicologi; Avvocati; Esperti del settore con adeguati titoli.
Il supporto vitale di base e norme di primo soccorso	Saper riconoscere sintomi e segni relativi a situazioni d'emergenza-urgenza. Utilizzo dell' ossigeno-terapia: - cianosi, (definizione); - alterazione della pressione arteriosa; - alterazione dello stato di coscienza; - alterazione della mobilità e sensibilità. Saper applicare secondo le regole internazionali il B.L.S. Saper applicare le norme di corretto posizionamento del paziente: - posizionamento laterale di sicurezza; - posizione antishock; - posizioni relative e situazioni speciali. Saper applicare le norme elementari di primo soccorso: - blocco di emorragia esterna; - protezione di ferite; - protezione delle ustioni. Definire situazioni speciali di rianimazione di base: - ipotermia; - annegamento; - trauma; - ustioni; - shock elettrico; - intossicazioni.	Basi di anatomia e fisiologia applicate alle situazioni d'emergenza. Riconoscimento di sintomi e segni relativi a situazioni di emergenza-urgenza. Utilizzo dei presidi per la valutazione dei parametri di base (misurazione pressoria, saturimetro, ecc.) Supporto vitale di base (B.L.S.). Posizionamento del paziente. Situazioni speciali di rianimazione (ustioni, annegamento, shock elettrico).	20	Medici; Infermieri; Istruttori di BLS-D e PBLS-D.

	- Emergenze ostetrico-ginecologiche.			
I mezzi di soccorso: igiene e prevenzione nel soccorso e sulle ambulanze	Definire le tipologie dei mezzi di soccorso secondo le normative vigenti. Saper utilizzare i dispositivi e le apparecchiature in dotazione al mezzo di primo soccorso. Definire le caratteristiche determinanti dei mezzi di soccorso. Identificare le problematiche relative alla trasmissione interumana di malattie infettive durante le attività di soccorso. Definire le procedure necessarie al mantenimento dell'igiene ambientale dei mezzi di soccorso.	I mezzi di soccorso e le normative vigenti. L'ambulanza di primo soccorso e trasporto ordinario. L'ambulanza attrezzata O.M.S. L'eliambulanza. Le apparecchiature L'asepsi. La disinfezione. La trasmissione delle infezioni. Le più comuni malattie infettive e modalità di trasmissione: - epatite virale; - AIDS; - encefalite; - malattie dermatologiche. I più comuni sistemi e prodotti di disinfezione. Nozioni di guida dei mezzi di soccorso e utilizzo dei dispositivi acustico/luminosi, secondo normativa.	4	Medici; Infermieri; Istruttori di BLS-D e PBLS-D; Esperti del settore con adeguati titoli.
Prevenzione antinfortunistica	Identificare le norme di comportamento e le procedure necessarie alla prevenzione degli infortuni durante il soccorso. Definire le regole di protezione attiva e passiva.	La prevenzione antinfortunistica negli interventi di soccorso. Il corretto uso dei Dispositivi di Protezione Individuale. Situazioni di pericolo in ambiente domestico.	4	Medici; Infermieri; Avvocati; Esperti del settore con adeguati titoli.
Tirocinio	Acquisire la padronanza e l'uniformità nel processo formativo dei volontari in formazione.	L'approccio relazionale al volontariato in formazione. La corretta esposizione e la traduzione pratica delle nozioni acquisite. Dovra' essere svolto a fianco di operatori durante lo svolgimento di servizi di trasporto ed assistenza infermi, senza	40	TUTOR: Medici; Psicologi; Pedagogisti; Infermieri; Operatore Trasporto Sanitario Secondario in Ambulanza (OTSSA) (soccorritore I Livello); Operatore Trasporto Soccorso di Emergenza in Ambulanza (OTSEA)

		criticita' o situazioni di emergenza		(soccorritore II Livello).

CORSO DI FORMAZIONE

Operatori Soccorso di Emergenza in Ambulanza (OTSEA) - II Livello 60 ore

Obiettivi generali

 Acquisire tecniche approfondite d'intervento. Saper coordinare l'intervento dei soccorsi.

 Saper collaborare nell'ambito di una equipe di soccorso con medico. Saper svolgere funzioni formative per i volontari.

Durata complessiva 60 ore ripartite fra 20 ore teoria, pratica e 40 ore di tirocinio.

Modulo	Obiettivi specifici	Argomenti	Ore	Docente
L'organizzazione dei sistemi d'emergenza	Comprendere il significato dell'integrazione delle varie componenti il sistema. Attrezzature e manovre in una equipe di soccorso.	Rapporti tra le unità periferiche ed il coordinamento del sistema d'emergenza/urgenza anche in riferimento alle maxi-emergenze. L'applicazione dei protocolli operativi del sistema. Definizione dei metodi per l'adeguamento dell'associazione al sistema d'emergenza (centrale 118; DRPC; DNPC, Sindaci, Uffici Comunali di Protezione Civile ed emergenza sanitaria).	8	Medici; Infermieri; Istruttori di BLS-D e PBLS-D; Psicologi; Avvocati; Esperti del settore con adeguati titoli;
Il supporto vitale in emergenza	Saper applicare il BLS-D adulto e pediatrico secondo i protocolli internazionali. Comprendere il significato del supporto vitale avanzato.	BLSD adulto e pediatrico	6	Medici; Infermieri; Istruttori di BLS-D e PBLS-D.
Le attrezzature in emergenza sanitaria	Saper utilizzare in situazioni d'emergenza tutti i dispositivi e le apparecchiature.	Le apparecchiature elettromedicali: conoscenza e modalità d'impiego. L'impiego pratico di tutti i presidi in interventi complessi.	4	Medici; Infermieri; Esperti del settore con adeguati titoli;
Aspetti giuridici di responsabilità del soccorritore volontario	Identificare gli aspetti di legge che disciplinano le attività di primo soccorso.	La responsabilità penale. La responsabilità civile.	2	Avvocato; Esperti del settore con adeguati titoli.
Tirocinio	Acquisire la padronanza e	L'approccio relazionale al	40	TUTOR: Medici;

	l'uniformità nel processo formativo dei volontari in formazione.	volontariato in formazione. La corretta esposizione e la traduzione pratica delle nozioni acquisite. Dovra' essere svolto a fianco di operatori durante lo svolgimento di servizi di trasporto in emergenza sull'ambulanza		psicologi; pedagogisti; Infermieri; Operatore Trasporto Sanitario Secondario in Ambulanza (OTSSA) (soccorritore I Livello); Operatore Trasporto Soccorso di Emergenza in Ambulanza (OTSEA) (soccorritore II Livello)

CORSO BASE
"La violenza sugli operatori sanitari: dalla prevenzione alla gestione dell'aggressione"

La violenza sugli operatori sanitari è un fenomeno diffuso e grave, che riguarda fino al 62% dei lavoratori del settore.
Gli episodi di violenza comportano per gli operatori sanitari conseguenze fisiche e psichiche spesso gravi e che non si limitano al momento dell'aggressione fisica o verbale ma che si trascinano nel tempo, con importanti ricadute sulla sfera psichica, con forme di ansia e depressione e di minore soddisfazione nell'attività lavorativa quotidiana. Oltre alle conseguenze sullo stato di salute degli operatori sanitari colpiti occorre considerare anche le conseguenze economiche negative di tali situazioni.
Il ministero della Salute, nel 2022, ha istituito l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie (Onseps).
Oggi più che mai diventa necessario diffondere la cultura della tutela degli operatori sanitari, promossa anche dalla Legge 113/2020.

OBIETTIVI FORMATIVI
Il progetto formativo, seguendo il decreto n. 1603 del 21 dicembre 2023, intende:

- Sviluppare la consapevolezza del fenomeno delle aggressioni e delle violenze sugli operatori sociosanitari da parte degli utenti, per prevenire e gestire le situazioni di rischio;
- Promuovere la cultura della sicurezza nei luoghi di lavoro nei diversi setting di assistenza, ospedalieri e territoriali.
- Informare sulle misure di prevenzione e contrasto alla violenza sui luoghi di lavoro sanitari, nonché sulle sanzioni introdotte per coloro che usano atti di violenza contro i professionisti della sanità.

Metodologia e Strumenti:
Il corso sarà realizzato in modalità FAD in asincrono per un totale complessivo di 6 ore.

CONTENUTI DIDATTICI

1. Definizione del fenomeno violenza ai danni del personale sanitario (quali radici sociali istituzionali, epidemiologia e prevalenza delle aggressioni in Italia);
2. Gli attori coinvolti nelle dinamiche di aggressione: Identikit della vittima e profilo dell'autore della violenza;
3. Le aggressioni come evento sentinella: riconoscimento precoce dei comportamenti violenti e aggressivi da parte di pazienti, visitatori e dei colleghi;
4. La violenza sugli operatori sanitari: ricadute sull'organizzazione e sull'assistenza;
5. La prevenzione del fenomeno delle aggressioni: aspetti deontologici.

6. Introduzione alla legislazione vigente: Quadro normativo di riferimento;
7. Le raccomandazioni del Ministero della Salute per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
8. Le conseguenze legali: il novellato secondo comma dell'art. 583-quater del Codice penale ed il comma 1-bis dell'art. 16 a seguito della conversione in Legge del D.L. 34/2023;

Destinatari
Tutti gli operatori inclusi neoassunti, studenti, specializzandi, tirocinanti e volontari dell'ASP di Caltanissetta

CORSO AVANZATO
"La violenza sugli operatori sanitari: dalla prevenzione alla gestione dell'aggressione"

La violenza sugli operatori sanitari è un fenomeno diffuso e grave, che riguarda fino al 62% dei lavoratori del settore.
Gli episodi di violenza comportano per gli operatori sanitari conseguenze fisiche e psichiche spesso gravi e che non si limitano al momento dell'aggressione fisica o verbale ma che si trascinano nel tempo, con importanti ricadute sulla sfera psichica, con forme di ansia e depressione e di minore soddisfazione nell'attività lavorativa quotidiana. Oltre alle conseguenze sullo stato di salute degli operatori sanitari colpiti occorre considerare anche le conseguenze economiche negative di tali situazioni.
Il ministero della Salute, nel 2022, ha istituito l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie (Onseps).
Oggi più che mai diventa necessario diffondere la cultura della tutela degli operatori sanitari, promossa anche dalla Legge 113/2020.

OBIETTIVI FORMATIVI
Il progetto formativo, seguendo il decreto n. 1603 del 21 dicembre 2023, intende:
- Sviluppare la consapevolezza del fenomeno delle aggressioni e delle violenze sugli operatori sociosanitari da parte degli utenti, per prevenire e gestire le situazioni di rischio;
- Promuovere la cultura della sicurezza nei luoghi di lavoro nei diversi setting di assistenza, ospedalieri e territoriali.
- Informare sulle misure di prevenzione e contrasto alla violenza sui luoghi di lavoro sanitari, nonché sulle sanzioni introdotte per coloro che usano atti di violenza contro i professionisti della sanità.

Metodologia e Strumenti:
Il corso sarà realizzato in PRESENZA in due giornate di 7 ore per un totale complessivo di 14 ore.

CONTENUTI DIDATTICI
9. La gestione dei comportamenti violenti e aggressivi da parte di pazienti, visitatori e dei colleghi;
10. Le fasi di cui si compongono gli episodi di violenza: Identificazione e gestione della singola fase nello sviluppo di una crisi;
11. L'impatto delle aggressioni sul benessere psicologico del personale sanitario e socio-sanitario: il comportamento violento e le ripercussioni psicologiche sul professionista;
12. La comunicazione con il paziente: conoscere e utilizzare le leve comunicative nella gestione delle aggressioni;
13. Partire dal conflitto per arrivare a gestire e controllare gli episodi di violenza attraverso strategie di comunicazione efficaci;

Destinatari
Potranno partecipare gli operatori dei seguenti servizi che hanno già frequentato il corso base
- Servizi di Pronto Soccorso e di Emergenza Urgenza;

- Servizi afferenti al Dipartimento di Salute Mentale, quali Centri di Salute Mentale, Comunità
- Terapeutiche Assistite, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza;
- SERD (Servizio per le Dipendenze);
- Continuità Assistenziale;
- Luoghi di attesa;
- Servizi Sanitari presso Istituti Penitenziari
- Sportello;
- Servizio Esterno (Dipartimenti di Prevenzione Medica e Veterinaria);
- Socio- sanitaria (domiciliare, Centri Alzheimer);
- Consultori Familiari.

"PIANO FORMATIVO IN TEMA DI CONTROLLI, LEGALITÀ E TRASPARENZA".

Obiettivi:

- Conoscere i principi della normativa in tema di "Anticorruzione" o legge 190/2012
- Definire metodi e contenuti per la redazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), strumento fondamentale ai fini della prevenzione del fenomeno della corruzione
- Individuare moli e responsabilità dei soggetti/istituzioni a vario titolo coinvolti
- Definire il ruolo della trasparenza e degli adempimenti derivanti in tema di "Anticorruzione"

Contenuti:

Modulo I - Aspetti nominativi: Legge 190/2012; Piano nazionale anticorruzione; Piano triennale di prevenzione della corruzione.

Modulo II - La fattispecie di reato, ruoli e responsabilità: analisi e comprensione delle fattispecie di reato; gli attori chiave (responsabile della prevenzione della corruzione, ANAC, Dipartimento
Funzione Pubblica, Prefettura).

Modulo III -1 piani triennali di prevenzione della corruzione: II Piano della Trasparenza; il Piano triennale della prevenzione della corruzione; il Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità; obblighi di trasparenza

Referente scientifico: magistrato, avvocato, consulente esperto in materia di trasparenza e anticorruzione.

Docenti potenziali del Corso: magistrati, avvocati, professori associati esperti in materia di trasparenza e anticorruzione.

Durata: 6 ore

RISORSE

Per l'attuazione delle azioni formative finalizzate al conseguimento degli obiettivi definiti in precedenza verranno utilizzate risorse compatibili con il bilancio aziendale e in accordo con le linee d'indirizzo nazionali e regionali, confluenti in un budget unico.
Con successivo atto verrà istituito e determinato un Fondo da destinare alle azioni formative dell'azienda.

LA VALUTAZIONE DELLE AZIONI FORMATIVE

Al termine dell'anno 2025 il dirigente Responsabile dell'U.O.S. Formazione permanente e aggiornamento del personale verificherà il conseguimento degli obiettivi enunciati nel piano di formazione annuale. Tale verifica sarà effettuata sia in termini di personale formativo sia in termini di impatto della formazione sull'attività dell'azienda.
Sarà redatta la relazione da trasmettere all'Age.Na.S sulle attività ECM realizzate nell'ambito dell'accreditamento provvisorio in qualità di provider.