



PIANO INTEGRATO DELLE ATTIVITÀ E DELL'ORGANIZZAZIONE 2025 - 2027

Allegato alla delibera n° 57 del 31.01.2025

Sommario

INTRODUZIONE	3
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA E ORGANIZZAZIONE DELL'ISTITUTO	4
SCHEDA ANAGRAFICA	4
LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA	5
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE e ANTICORRUZIONE	7
IL VALORE PUBBLICO	7
PERFORMANCE	13
Strategia dell'istituto	16
Obiettivi di performance e loro assegnazione	18
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	23
Obiettivi principali del PTPCT 2025-2027	23
Aree di intervento	24
Misure preventive	24
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	28
IL PERSONALE DELL'ENTE	28
PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE	30
PIANO FORMATIVO AZIENDALE (PFA)	41
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	48
Misurazione e valutazione della performance	48
Monitoraggio prevenzione della corruzione e trasparenza	49
Monitoraggio del lavoro agile	50
Monitoraggio attività formative	50

Allegato 1: Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2025-2027

Allegato 2: Piano triennale delle assunzioni 2025-2027

INTRODUZIONE

Il documento integra le dimensioni della programmazione strategica, della gestione del personale, della transizione digitale, dell'innovazione tecnologica e della sostenibilità ambientale, ponendo al centro il miglioramento della qualità dell'assistenza e della ricerca in ambito neurologico e neurolesivo. L'obiettivo è garantire una pianificazione efficiente, trasparente e sostenibile.

Il periodo di riferimento del presente Piano Integrato delle Attività e dell'Organizzazione (PIAO) è il triennio 2025-2027 e viene aggiornato annualmente.

Il PIAO, è il documento nel quale l'Istituto pianifica gli obiettivi da raggiungere definendo:

Gli obiettivi strategici e la loro realizzazione secondo i principi e criteri previsti dal D.lgs. 150/2009;

La strategia di gestione del capitale umano anche attraverso il potenziamento del lavoro agile e attività formative e la pianificazione delle assunzioni;

Gli obiettivi in materia di trasparenza e di contrasto della concorrenza.

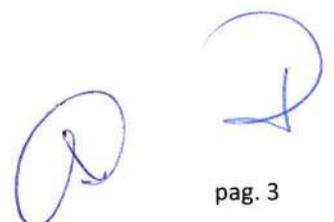
Il presente documento è diviso nelle seguenti quattro sezioni così come previsto dall'articolo 6, comma 6, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113:

Sezione Scheda Anagrafica e organizzazione dell'Istituto

Sezione Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

Sezione Organizzazione e capitale umano

Sezione monitoraggio



pag. 3

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA E ORGANIZZAZIONE DELL'ISTITUTO

L'IRCCS centro Neurolesi "Bonino Pulejo" è ente a rilevanza nazionale, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico con autonomia amministrativa, patrimoniale e contabile, il cui assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalla L.R. n.18 del 4 dicembre 2008 in attuazione del D.lgs. di riordino degli IRCCS n. 288/2003 e dalle altre leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle aziende sanitarie.

L'IRCCS nasce nel 1997 come Centro per lo studio ed il trattamento dei neurolesi lungodegenti nella forma di Consorzio Universitario di diritto pubblico, ed ha svolto sino al 2004 prevalentemente attività di ricerca scientifica nel campo delle neuroscienze.

L'IRCCS è una struttura di alta specializzazione sorta per offrire al paziente con gravi cerebro lesioni acquisite un'assistenza di elevata qualità, puntando sulla professionalità di team di esperti in grado di sfruttare le più moderne tecnologie esistenti nel settore della neuroriabilitazione al fine di migliorare la qualità della vita di questi pazienti.

L'IRCCS, è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per la disciplina di "Neuroscienze nell'ambito della prevenzione, del recupero e del trattamento delle gravi cerebro- lesioni acquisite"; inoltre, nel 2007 l'Assessorato Regionale alla Sanità, con apposito decreto, ha riconosciuto l'IRCCS come azienda sanitaria autonoma.

Dal 2016, in seguito all'accorpamento del Presidio ospedaliero Piemonte, l'Istituto svolge anche attività di assistenza ospedaliera.

SCHEDA ANAGRAFICA

Denominazione	IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo"
Indirizzo	Salita Contino - Messina
PEC	protocollo@pec.irccsneurolesiboninopulejo.it
P.IVA	02733700831
Sito web	www.irccsme.it

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo" opera su un territorio ricompreso da diverse province della regione Sicilia, servendo un bacino d'utenza potenziale di circa 3,5 milioni persone e fornendo assistenza sanitaria ad un numero medio di 150 posti letto.

L'ente si struttura nei seguenti presidi ospedalieri:

Sedi Hub	Presidio Ospedaliero Piemonte
	Presidio Ospedaliero Bonino Pulejo – Contrada Casazza

Gli organi che governano l'istituto sono:

Il Consiglio di indirizzo e verifica

Composto da cinque componenti con il compito di definire gli indirizzi strategici dell'istituto, approvare i programmi annuali e pluriennali di attività e di verificarne l'attuazione.

Il Direttore Generale

Organo a cui competono tutti i poteri di gestione, di rappresentanza legale dell'azienda. Esso esplica la propria azione in funzione del perseguimento degli obiettivi generali stabiliti dalla normativa vigente e di quelli assegnati dall'Assessorato Regionale per la Sanità ed accettati al momento della stipula del contratto oltre che di quelli successivamente attribuiti nel corso del mandato.

Il Direttore scientifico

Supervisiona le attività di ricerca dell'IRCCS, garantendo che siano coerenti con le linee guida nazionali e internazionali, coordina progetti di ricerca e promuove l'innovazione scientifica.

Il Collegio sindacale

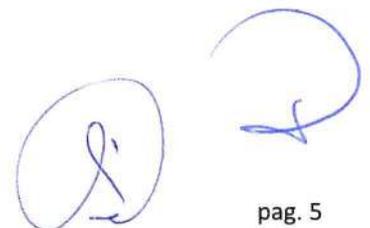
Organo di controllo contabile e amministrativo che verifica la regolarità della gestione economica e la conformità alle normative.

Il Comitato Etico

Valuta e autorizza i protocolli di ricerca, garantendo il rispetto dei principi etici e delle normative vigenti.

Direzione Amministrativa e Sanitaria

La Direzione Amministrativa gestisce gli aspetti organizzativi e amministrativi, mentre la Direzione Sanitaria si occupa della qualità e sicurezza dei servizi assistenziali.



SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE e ANTICORRUZIONE

IL VALORE PUBBLICO

In questa sezione vengono definiti gli obiettivi di valore pubblico generato dall'azione amministrativa, inteso come l'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, a favore dei cittadini e del tessuto produttivo così come definito nel Decreto n°132 del 30/06/2022.

Il concetto di valore può essere racchiuso nell'esito di salute guadagnato per ogni euro speso e viene misurato in rapporto al paziente. La creazione di valore per il paziente deve mettere in raccordo gli interessi di tutti gli stakeholders del sistema.

Il valore all'interno dell'IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo" è uno dei punti essenziali e mette in evidenza il ruolo centrale che ricopre il paziente quindi si basa su un approccio incentrato sul paziente e sui caregivers.

Il valore pubblico che persegue l'IRCCS è in linea con quanto sancito dall'art 32 della Costituzione italiana che recita: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"*.

L'IRCCS persegue il proprio Valore pubblico secondo i principi fondamentali del SSN, mantenendo i principi costitutivi di equità ed universalità attraverso l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in modo appropriato ed uniforme.

I principi fondamentali su cui si basa sono:

- universalità della salute, intesa non soltanto come bene individuale ma soprattutto come risorsa della comunità in cui l'IRCCS opera;
- uguaglianza, manifestata nella forte convinzione dell'IRCCS secondo cui tutti i cittadini devono accedere alle prestazioni senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche;
- equità, garantendo a tutti i cittadini parità di accesso alle sedi dell'IRCCS in rapporto a uguali bisogni di salute.

In particolare, il Valore pubblico dell'IRCCS si declina nella cura e nel supporto al paziente con gravi cerebro lesioni acquisite attraverso un'assistenza di elevata qualità che prevede l'utilizzo delle più moderne tecnologie esistenti nel settore della neuroriabilitazione al fine di migliorare la qualità della vita di questi pazienti.

Le attività mantengono la finalità di ricerca nei campi della biomedicina, dell'organizzazione dei servizi sanitari, dell'innovazione dei modelli di assistenza e di trasferimento delle conoscenze.

Gli IRCCS sono di fatto i bracci operativi del Ministero della Salute e delle Regioni, a cui

competete la tutela della salute del cittadino e il miglioramento delle cure attraverso il trasferimento al letto del paziente dei risultati della ricerca. Ma al di là del ruolo che la norma assegna a tali istituti di ricerca nell'ambito della rete ospedaliera e della programmazione sanitaria regionale la loro reale importanza non può prescindere dal riconoscimento che l'assistenza sanitaria è uno dei principali "valori" della nostra società e svolgere attività assistenziali curando gli aspetti scientifici e di ricerca, equivale a migliorare e aumentare questo valore.

L'IRCCS Bonino Pulejo perseguendo tali obiettivi è diventato un punto di riferimento oltre che polo d'eccellenza per le malattie neurodegenerative, sia a livello provinciale che regionale accrescendo sempre di più il valore sociale creando nuovi percorsi e modelli gestionali e organizzativi.

La ricerca, la sperimentazione, il miglioramento continuo dei processi assistenziali e organizzativi fanno crescere la cultura e il valore di una società e inoltre, la ricerca non solo migliora la qualità delle cure e della vita, ma concede speranze e stimola la voglia di un continuo progresso.

A questo corrisponde una maggior fiducia del cittadino nei confronti del sistema sanitario e in questo caso dell'IRCCS Bonino Pulejo.

Occorrono maggiori investimenti di risorse, ma non si tratta di costi ma di propulsione per generare altre risorse migliorando la capacità di attrarre altre ricchezze e generare valore per tutti gli stakeholders coinvolti.

La mission che percorre l'ente è anche quella di creare non solo sinergia tra tutte le componenti del sistema, ma anche senso di appartenenza, collaborazione e condivisione dei risultati: in sostanza tutto ciò che migliora la "reputazione" di una organizzazione e che dà fiducia ai cittadini.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si concentra sulla realizzazione di una "sanità di prossimità" che sia in grado di rispondere alle esigenze di salute di tutti i cittadini. Questo obiettivo, come auspicato dal PNRR, è da realizzarsi soprattutto con una intensificazione della integrazione ospedale-territorio attraverso l'impiego diffuso della *Digital Health*.

Negli ultimi anni si è riscontrato che il valore e l'efficacia di un Sistema Paese si misura attraverso l'efficienza del Sistema Sanitario passando ad un sistema sanitario basato sulla Value Based Healthcare, ovvero una Sanità basata sul Valore, in grado di mettere al centro i bisogni di assistenza sanitaria delle persone e di generare, al contempo, valore sociale e valore aggiunto per tutti gli attori coinvolti nell'ecosistema salute.

Un ecosistema efficace ed efficiente come quello pensato dall'IRCCS Bonino-Pulejo, implica la capacità da parte di un ambiente di attrarre nuove forze, intellettuali e finanziarie, di valorizzare le competenze presenti, di promuovere e investire in innovazione di

qualsiasi tipo, di dotarsi di un sistema infrastrutturale fisico e digitale competitivo e di definire set di regole pro-business e pro-cittadino.

L'ecosistema della salute registra un peso considerevole sull'economia nazionale e regionale sia in termini di valore aggiunto prodotto che in termini occupazionali. Questo risultato è frutto sia di impatti significativi delle sue attività dirette sia delle elevate esternalità positive che si generano attivando una molteplicità di settori di attività.

Inoltre, a seguito dell'accorpamento dell'IRCCS all'ospedale Piemonte, il Valore pubblico si manifesta nelle attività svolte per l'emergenza urgenza, la riabilitazione, le dimissioni protette, i servizi di teleassistenza domiciliare e di telemedicina.

Le policy dell'IRCCS creano importanti presupposti sia per la riqualificazione della spesa, nell'ottica descritta precedentemente, che per facilitare l'evoluzione verso la "value-based health care", agendo su due ambiti:

1. **Azioni sui modelli organizzativi dell'assistenza:** il valore deve essere applicato all'intero ciclo assistenziale del paziente ed è essenziale creare i presupposti organizzativi e logistici volti a favorire l'integrazione e la complementarietà dei singoli processi di cura. Questo indirizzo si rivolge in modo particolare alle cronicità che richiedono la definizione di percorsi assistenziali ben definiti garantendo la continuità assistenziale.
2. **Azioni sui sistemi centrali di misura e valutazione degli esiti di interventi sanitari:** la misura, il reporting e il confronto degli esiti rappresentano la direzione verso il miglioramento degli outcome di salute e nella guida di scelte appropriate per la riduzione dei costi.

L'obiettivo di tutte le azioni dell'istituto è il miglioramento continuo dell'esperienza di tutti gli stakeholders coinvolti all'interno e all'esterno della struttura sanitaria.

Programmazione progetti PNRR

Il **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** ha l'obiettivo di rilanciare l'economia italiana, migliorare la sostenibilità ambientale e favorire l'inclusione sociale. I progetti legati al PNRR apportano diversi vantaggi al **valore pubblico**, che si manifesta nella creazione di benefici economici, sociali e ambientali per i cittadini e le istituzioni.

L'Istituto ha programmato tutti gli interventi da effettuare secondo cronoprogramma e linea di intervento, di seguito esplicitate (si allega, al presente Piano, relazione tecnica in cui si specificano gli interventi programmati e/o effettuati):

- PNRR Linea M6C2 I1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Digitalizzazione
- PNRR Linea Multimisura 1.1 e 1.2 – "Infrastrutture digitali e abilitazione" al cloud
- PNRR Linea M6C2 1.3.1 "Adozione e utilizzo del FSE da parte delle Regioni"
- PNRR Linea Misura 1.4.3 "Adozione piattaforma PagoPA"

➤ **PNRR Linea Misura 1.4.3 " Adozione app IO"**

I progetti PNRR sull'efficientamento tecnologico dell'**IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo** rappresentano un salto di qualità per l'assistenza sanitaria, trasformandola in un modello innovativo, sostenibile e altamente efficace. Grazie all'integrazione di nuove tecnologie, il Centro può rafforzare il proprio ruolo di eccellenza, migliorando la qualità delle cure e generando un impatto positivo sul valore pubblico, con benefici tangibili per pazienti, caregiver e comunità, promuovendo un sistema sanitario più equo e innovativo.

Sicurezza nei luoghi di lavoro

All'interno dell'Ircs Centro Neurolesi Bonino Pulejo, vi è un'attenzione particolare alla sicurezza nei luoghi di lavoro così come disposto dalle normative vigenti.

I progetti legati alla sicurezza nei luoghi di lavoro presso l'Ircs apportano notevoli vantaggi in termini di tutela della salute dei lavoratori, miglioramento dell'efficienza operativa e crescita del valore pubblico. Ecco i principali benefici scaturiti dalle azioni messe in campo dall'Istituto:

Miglioramento della salute e sicurezza dei lavoratori

- **Riduzione dei rischi professionali:** Implementazione di sistemi di gestione del rischio per prevenire incidenti, esposizioni a sostanze nocive e malattie professionali, soprattutto in settori critici come la sanità.
- **Dispositivi di protezione individuale (DPI):** Fornitura di DPI di ultima generazione, adeguati alle esigenze specifiche del personale sanitario.
- **Adeguamento degli ambienti di lavoro:** Progettazione di spazi più sicuri, ergonomici e conformi alle normative.

Formazione e sensibilizzazione

- **Corsi di formazione sulla sicurezza:** Aggiornamenti costanti per il personale in tema di normativa, utilizzo sicuro delle attrezzature e gestione delle emergenze.
- **Sensibilizzazione sui rischi specifici:** Programmi dedicati a rischi biologici, chimici o fisici, particolarmente rilevanti in un IRCCS.

Miglioramento delle infrastrutture

- **Adeguamento antisismico e antincendio:** Messa in sicurezza degli edifici secondo gli standard più aggiornati per proteggere sia i lavoratori che i pazienti.
- **Sistemi di evacuazione rapida:** Installazione di percorsi sicuri, segnaletica visibile e sistemi di allarme efficaci per garantire un'evacuazione immediata in caso di emergenza.
- **Zone dedicate alla sicurezza:** Creazione di spazi specifici per la gestione dei rischi, come aree per il trattamento di materiali pericolosi o stanze di isolamento.

Conformità normativa

- Adeguamento alle normative sulla sicurezza sul lavoro: Rispetto delle leggi nazionali ed europee (es. Testo Unico sulla Sicurezza sul Lavoro - D.Lgs. 81/2008).
- Audit e certificazioni: Verifiche periodiche e ottenimento di certificazioni in materia di sicurezza (ISO 45001).

Garantire un ambiente sicuro e conforme alle normative rafforza la fiducia dei lavoratori, dei pazienti e della comunità.

I lavori e i progetti sulla sicurezza nei luoghi di lavoro presso un **IRCCS** sono fondamentali per proteggere il personale, migliorare l'efficienza e garantire la qualità delle cure. Oltre a ridurre i rischi e i costi legati agli incidenti, queste iniziative accrescono il valore pubblico, poiché creano un ambiente lavorativo e sanitario che rispetta la dignità e la sicurezza di tutti i suoi stakeholders.

Stakeholders Aziendali

Gli stakeholders aziendali sono un aspetto cruciale del valore pubblico dell'IRCCS Bonino Pulejo.

Tramite la loro individuazione puntuale e relativa categorizzazione è possibile definire come la struttura crea valore e risponde ai bisogni di ciascuna categoria.

Al fine di facilitare la loro identificazione gli stakeholders sono stati suddivisi in due macrocategorie:

Stakeholders interni, identificati in:

- Personale dipendente;
- Consulenti;
- Regione ed Istituzioni.

Stakeholders esterni, identificati in:

- Pazienti e caregiver;
- Fornitori e servizi esterni.

Personale dipendente

L'IRCCS Bonino Pulejo garantisce il massimo livello di soddisfacimento possibile per tutte le risorse umane coinvolte nella propria organizzazione; un livello di soddisfazione maggiore nonché un clima organizzativo disteso permetterà al personale di erogare i servizi di assistenza sanitaria non solo in maniera più efficiente ed efficace ma anche ad un livello qualitativo maggiore.

Inoltre garantire il soddisfacimento delle risorse umane è coerente con il raggiungimento dell'obiettivo di diventare Polo di Attrattività per le migliori professionalità presenti sul

territorio.

Consulenti

Coerentemente con l'obiettivo di Attrattività dell'IRCCS Bonino Pulejo è necessario mantenere alto il livello informativo anche verso i consulenti esterni.

L'ambito di attività dell'istituto unito alla continua ricerca scientifica e di innovazione, se adeguatamente comunicati verso l'esterno, permettono all'IRCCS di attrarre a sé le migliori professionalità altamente specializzate presenti sul territorio di riferimento.

Regioni ed istituzioni

Regione ed istituzioni rappresentano la categoria di stakeholder con la maggiore influenza ed il maggior interesse nei confronti della struttura sanitaria.

Sia la rendicontazione delle attività sia la rendicontazione informativa verso regione ed istituzioni devono, quindi, essere tra le priorità dell'IRCCS Bonino Pulejo, a prescindere dai necessari adempimenti normativi.

L'istituto, tramite adeguati flussi informativi verso le istituzioni, può consolidare la propria posizione di struttura d'eccellenza nel territorio di riferimento.

Non bisogna inoltre sottovalutare le collaborazioni con le Università, coerentemente con gli obiettivi di Ricerca Scientifica e di Attrattività dell'IRCCS Bonino Pulejo.

Pazienti e caregivers

L'IRCCS ha intrapreso negli anni un percorso di sempre maggior attenzione alle necessità dei pazienti e dei familiari.

L'ente si pone l'obiettivo di soddisfare le esigenze, i bisogni, le aspettative in termini di salute e cura degli utenti e dei cittadini attuando percorsi clinico assistenziali e attività di ricerca biomedica nel rispetto della dignità della persona, attraverso attività di ricerca clinica traslazionale del campo delle neuroscienze in ambito di prevenzione, recupero e trattamento delle gravi cerebrolesioni.

Tutte queste attività consentono di coinvolgere in maniera diretta ed indiretta i pazienti rispetto a temi quali l'accessibilità delle cure, la loro umanizzazione, la disponibilità e completezza delle informazioni, nonché la partecipazione alle scelte terapeutiche, la continuità assistenziale ed il comfort generale degli utenti in cura presso l'istituto.

Fornitori di beni e servizi

Tutti i fornitori sono fondamentali al fine di garantire un'adeguata qualità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Aspetto fondamentale per garantire la soddisfazione della categoria di Stakeholders sono i tempi medi di pagamento, a tal fine l'IRCCS Bonino Pulejo ha redatto ed applicato procedure interne finalizzate a garantire ad ogni fornitore tempi di pagamento certi. È

evidente che tali garanzie hanno un forte impatto sociale nei confronti dell'intero territorio, permettendo a tutti i fornitori dell'istituto di non riscontrare problemi economico/finanziari dovuti a tardati pagamenti da parte dell'IRCCS.

PERFORMANCE

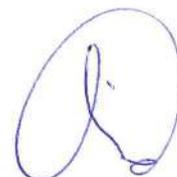
Tramite il Piano Integrato di attività e organizzazione, nelle sezioni che riguardano la Performance, l'ente individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

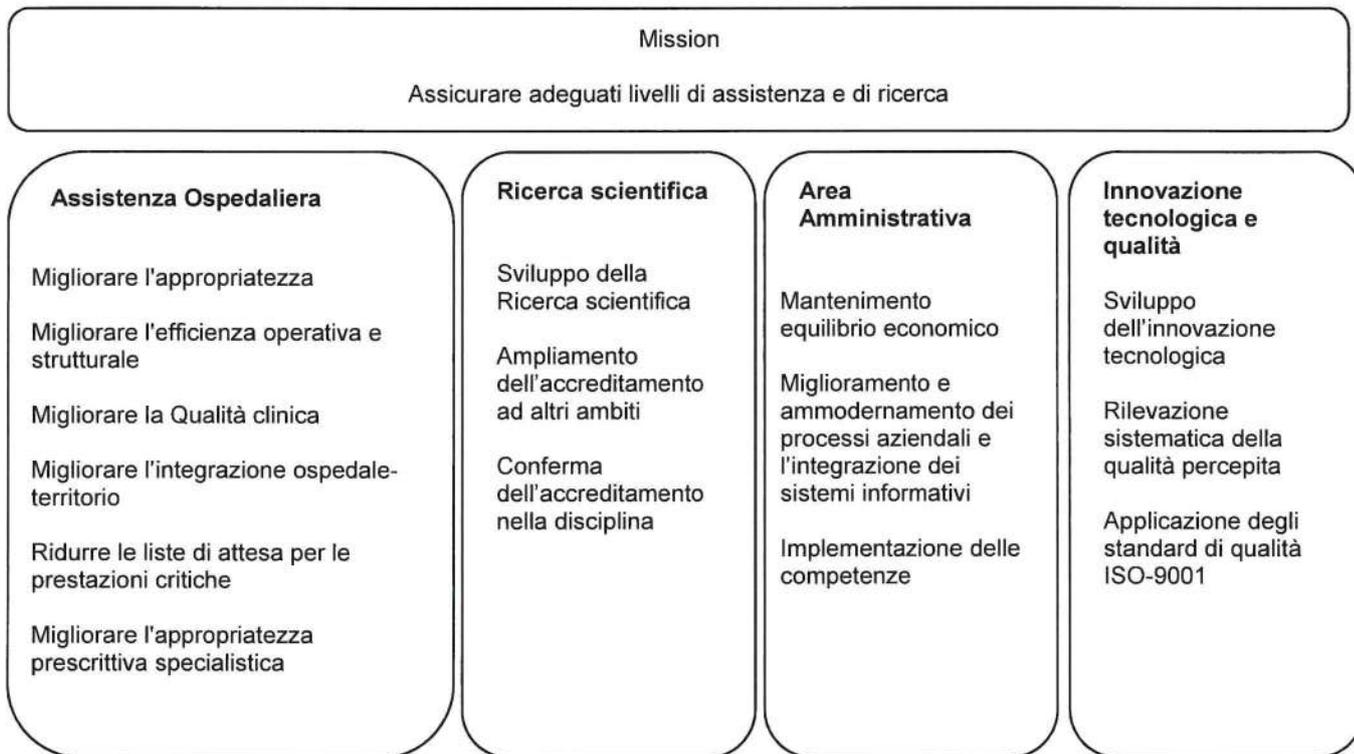
Il capitolo sulla Performance inserito all'interno del Piano è redatto con lo scopo di:

- assicurare la qualità della performance, quale contributo che l'azione dell'ente, tramite l'apporto dei singoli dipendenti e/o dell'intera organizzazione, apporta al raggiungimento di specifiche finalità ed obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni del territorio nel quale l'ente opera;
- garantire l'accessibilità, la comprensione e la conoscenza dell'azione dell'ente da parte dell'utenza e della cittadinanza tutta;
- permettere la misurazione e la valutazione della performance, sia sul piano individuale - così da valorizzare il bagaglio di conoscenze, capacità, esperienze e professionalità proprie del capitale umano dell'ente, sia sul piano organizzativo.

Il miglioramento della performance dell'assistenza sanitaria dovrebbe misurarsi sulla metrica del valore che, secondo Michael Porter, andrebbe inoltre valutata nell'ambito dell'intero ciclo assistenziale del paziente promuovendo anche attività di audit rivolte al miglioramento continuo della performance assistenziale.

Nel seguente albero della performance vengono riepilogati con riferimento alle principali aree strategiche, gli output e gli outcome che l'Azienda intende raggiungere nel triennio.





L'albero della performance detta le basi per rendere più efficienti i processi e contenere ed ottimizzare la spesa pubblica, in quest'ottica si richiama in particolare la centralità dell'utente-cittadino, che diventa parte integrante del processo di valutazione dell'IRCCS.

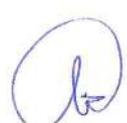
L'albero della performance è un documento importante sia ad uso interno per orientare l'attività direzionale e di comparto verso le fondamentali priorità strategiche individuate nel dialogo tra gli stakeholders coinvolti; che ad uso esterno per la rappresentazione ai diversi portatori di interesse delle priorità/scelte strategiche e la conseguente assunzione di responsabilità esecutiva e di rendicontazione.

La **performance** è un concetto ampio che si riferisce al livello di efficacia, efficienza e qualità con cui un'organizzazione o un individuo raggiunge gli obiettivi prefissati. In un contesto aziendale e sanitario, come nel caso di un **IRCCS** (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), la performance riguarda diversi aspetti, tra cui l'efficacia dei trattamenti, la qualità dei servizi, la gestione delle risorse e l'innovazione scientifica.

L'approccio alla performance deve essere olistico, comprendendo non solo gli aspetti clinici e scientifici, ma anche quelli amministrativi, gestionali e sociali. La misurazione e la gestione efficace della performance sono essenziali per garantire la qualità dei servizi offerti, la soddisfazione dei pazienti e l'avanzamento delle conoscenze scientifiche nel campo delle neuroscienze.

Gli **indicatori di performance** (KPIs, Key Performance Indicators) sono strumenti di misurazione utilizzati per valutare l'efficacia dei trattamenti, l'efficienza dei processi, la qualità delle cure e la sostenibilità dell'organizzazione.

Un buon sistema di indicatori aiuta non solo a misurare i successi, ma anche a individuare le aree che necessitano di miglioramenti, contribuendo al miglioramento continuo della



qualità e dell'efficacia dei servizi offerti.

Gli indicatori messi in campo dall'Istituto e usati per monitorare il raggiungimento degli obiettivi strategici sono di vario tipo e tra questi abbiamo:

- ✓ Indicatori di performance clinica
- ✓ Indicatori di qualità dei servizi
- ✓ Indicatori di performance della ricerca
- ✓ Indicatori di Performance Gestionali e Amministrativi
- ✓ Indicatori di Performance delle Risorse Umane
- ✓ Indicatori di Performance Finanziaria
- ✓ Indicatori di Performance della Sicurezza
- ✓ Indicatori di Performance Sociali e Ambientali

Questi strumenti devono possedere determinate caratteristiche per garantire che siano efficaci, affidabili e utili per monitorare e migliorare i processi e le performance in un'organizzazione. Queste caratteristiche assicurano all'Istituto che gli strumenti di misurazione possano essere utilizzati con successo, portando a decisioni informate e interventi mirati.

Le principali caratteristiche che possiedono gli indicatori di performance impiegati dall'Istituto sono le seguenti:

➤ **Validità**

L'indicatore deve misurare esattamente ciò che intende misurare. La validità è essenziale per garantire che i dati raccolti siano veramente rappresentativi del fenomeno che si vuole analizzare.

➤ **Controllabilità**

Gli indicatori devono misurare aspetti che sono sotto il controllo di chi governa o gestisce l'area di interesse. Se un indicatore fa riferimento a un fattore che non è possibile influenzare o modificare, perde la sua utilità pratica.

➤ **Comprensibilità**

È fondamentale che gli stakeholder coinvolti, siano essi medici, amministratori o altre figure professionali, comprendano in modo semplice e immediato cosa misurano gli indicatori e come questi possano essere applicati per migliorare la performance.

➤ **Unicità**

Ogni indicatore deve misurare un aspetto specifico e unico, senza sovrapposizioni con altri indicatori. La duplicazione degli indicatori rende difficile interpretare correttamente i risultati e può portare a confusione o a decisioni inefficaci.

➤ **Tempestività**

Le informazioni raccolte tramite gli indicatori devono essere disponibili in tempo utile per poter essere utilizzate efficacemente. Se le informazioni arrivano troppo tardi, non sono più rilevanti per l'intervento o la decisione da prendere.

➤ **Comparabilità**

Gli indicatori devono permettere una comparazione sia nel tempo che nello spazio.

➤ **Economicità**

Il costo della raccolta dei dati e della misurazione degli indicatori deve essere giustificato dai benefici che questi apportano.

Strategia dell'istituto

Al fine di perseguire il Valore pubblico sopra descritto, l'IRCCS ha individuato quattro linee strategiche orientate a:

1

GESTIRE IN MODO EFFICIENTE ED APPROPRIATO LE RISORSE DISPONIBILI, RAZIONALIZZANDO LA LOGISTICA, LE ATTREZZATURE, L'ORGANIZZAZIONE DELLE TERAPIE COMPLESSE E DELLE ALTE TECNOLOGIE

Gli operatori dell'IRCCS sono costantemente impegnati a garantire che le prestazioni erogate rispondano a criteri d'efficienza ed efficacia. L'ente offre un servizio medico di elevata qualità applicando criteri specifici di verifica.

2

FAVORIRE LO SVILUPPO DI UN SISTEMA DI ASSISTENZA COMPLESSO ED INTEGRATO CON UN'ORGANIZZAZIONE A RETE DEI SERVIZI

L'ente sviluppa percorsi assistenziali e di presa in carico, dalla fase dell'emergenza fino alla fase di recupero e riabilitazione, e favorire la gestione integrata di attività socio-sanitarie attraverso reti di servizi e di specifici percorsi clinico assistenziali, per la presa in carico di patologie croniche.

3

POTENZIARE IL RUOLO DELL'ENTE NEL NETWORK REGIONALE IN AMBITO RIABILITATIVO PER SFRUTTARE LE SINERGIE ED INTEGRAZIONI CON LE ALTRE STRUTTURE SANITARIE E CONTRIBUIRE A RIDURRE LA MOBILITÀ PASSIVA EXTRA-OSPEDALIERA

L'istituto si pone l'obiettivo di essere polo di attrattività per le risorse umane presenti sul territorio al fine di massimizzare il livello professionale delle proprie risorse umane con profili altamente specializzati coerenti con l'attività erogata dall'IRCCS. A tal fine l'ente agisce in coerenza con la programmazione regionale e/o con gli atti di indirizzo diretta delle innovazioni su queste ultime.

4

SVILUPPARE LA RICERCA SCIENTIFICA E L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA

L'istituto è continuamente impegnato nella ricerca di nuove tecnologie, conoscenze e modelli che garantiscano risultati e benefici significativi nella cura dei pazienti. Tale ricerca continua ha un forte impatto sociale facendo in modo che l'intera popolazione assistita possa migliorare il proprio stato di salute. La ricerca scientifica è una dei pilastri fondanti dell'intera attività. L'istituto, svolgendo ricerca traslazionale, permette ai pazienti di accedere a terapie e tecnologie innovative, contribuendo non solo al miglioramento dello stato di salute, ma incentivando la speranza del recupero e del reinserimento in società di pazienti affetti da determinate patologie;

La ricerca permette di applicare i risultati ottenuti dal team di ricercatori, direttamente sui pazienti, garantendo così un elevatissimo livello di assistenza tramite le più innovative tecniche e metodologie presenti nel settore delle neuroscienze.

L'intera attività di ricerca traslazionale dell'istituto è organizzata su tre linee di ricerca riconosciute dal Ministero della salute ed elencate all'interno del documento "Programmazione Triennale 2025-2027 Istituti ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)".

Ogni linea di ricerca contiene una specifica area tematica:

1. Innovazione tecnologica in neuroriabilitazione

Area tematica: Neuroscienze nell'ambito della prevenzione, del recupero e del trattamento delle gravi cerebrolesioni acquisite.

Descrizione Linea di attività: Neuro-Riabilitazione robotizzata applicata a patologie del sistema nervoso centrale e periferico dell'adulto e dell'età evolutiva; analisi del movimento ed applicazione della biomeccanica ai percorsi riabilitativi; valutazione e Riabilitazione neuropsicologica avanzata (Pc-based e realtà virtuale semi-immersiva ed immersiva); approccio multidisciplinare con valutazione e trattamento avanzato della spasticità, del dolore, delle problematiche cardio-respiratorie, del benessere psicologico; teleneuroriabilitazione.

2. Neuroimaging avanzato e modelli neuroriabilitativi

Area tematica: Neuroscienze nell'ambito della prevenzione, del recupero e del trattamento delle gravi cerebrolesioni acquisite.

Descrizione Linea di attività: Tale linea si propone di studiare pazienti affetti da patologie neurologiche cronico-degenerative quali la Sclerosi Multipla, il Parkinson, la Demenza, e patologie quali lo Stroke, il Trauma Cranico ed i Disordini di Coscienza. I percorsi attuati prevedono applicazioni cliniche e diagnostiche, associati a trattamenti riabilitativi attraverso l'apporto strumentale di Risonanza ad alto campo, non convenzionale (spettroscopia, fMRI, DTI, VBM), e metodiche neurofisiologiche innovative magneto-compatibili.

3. Neuroscienze sperimentali in riabilitazione

Area tematica: Riabilitazione

Descrizione Linea di attività: La linea ha come obiettivo lo studio di meccanismi patogenetici alla base di patologie neurologiche e di nuovi approcci terapeutici. I filoni di ricerca saranno articolati in settori: bioinformatica, farmacologia rigenerativa, studio di pathway molecolari, neurobiologia cellulare e molecolare, neurologia sperimentale e del comportamento, neurogenetica, neuroimmunologia.

La produzione scientifica ha visto nell'anno 2023 la pubblicazione di n. 106 articoli su riviste con un Impact Factor normalizzato totale pari a punti 431,91 con una crescita del 11% rispetto i 384,65 dell'anno 2022. Per quel che riguarda i trials clinici il numero di

pazienti reclutati per l'anno 2023 è stato di 198 e n.15 trials attivi.

La ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica sono punti cardine dell'ente e ogni anno si mettono in campo tutte le forze possibili per poter raggiungere grandi obiettivi di medio e lungo periodo.

Ricerca Corrente	2018	2019	2020	2021	2022	2023
N° Pubblicazioni	130	157	135	117	103	106
Impact factor normalizzato	427,10	475,91	418,50	356,80	384.65	431,91
Impact factor per ricercatore	10.82	11.86	10.93	8,85	9.73	9,32
Trials clinici attivi *	30	41	23	20	7	15
Pazienti reclutati in trials	1.041	781	289	594	58	198

*Cambiati i criteri di riconoscimento dei trials clinici.

L'Istituto è inoltre impegnato in attività di ricerca legata a progetti finanziati da fondi e bandi competitivi (grant). Particolarmente rilevanti i finanziamenti acquisiti dal primo e secondo bando PNRR del Ministero della Salute con il fine di finanziare progetti di ricerca sulle seguenti tematiche: 1. Proof of concept (PoC); 2. Malattie Rare (MR); 3. Malattie Croniche non Trasmissibili (MCnT) ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali: 3.1 Fattori di rischio e prevenzione 3.2 Eziopatogenesi e meccanismi di malattia; i finanziamenti dei progetti "Ecosistema innovativo della Salute" del Piano complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza.

Obiettivi di performance e loro assegnazione

L'assegnazione degli obiettivi può avvenire attraverso due approcci distinti, **Top-Down** e **Bottom-Up**, che riflettono filosofie gestionali opposte, ma complementari, per il raggiungimento di una governance efficace. L'adozione del metodo **Top-Down** da parte dell'Istituto, in coerenza con le disposizioni normative (Dlgs 150/09, art. 4), sottolinea una scelta strategica orientata alla standardizzazione e all'aderenza a criteri di uniformità operativa.

L'approccio Top-Down si dimostra particolarmente efficace in contesti normativi rigidi, come quello sanitario, dove è necessario garantire:

- **Aderenza normativa:** Applicazione coerente del **Dlgs 150/09**.
- **Rendicontazione trasparente:** Facilitazione della valutazione della performance organizzativa e individuale.
- **Allineamento strategico:** Tutte le unità lavorano verso obiettivi comuni, promuovendo l'efficacia globale.

L'Istituto affianca al metodo Top-Down, il metodo del Management by Objectives (MBO – Peter Drucker) in cui gli obiettivi sono specifici, misurabili, realizzabili, rilevanti e temporali (SMART), la performance è costantemente monitorata, con verifiche periodiche del raggiungimento dei risultati e l'assegnazione degli obiettivi diventa un processo integrato con il sistema di budgeting, garantendo un legame diretto tra risorse assegnate e risultati attesi. La metodologia **SMART** fornisce un quadro di riferimento essenziale per la definizione di obiettivi efficaci, soprattutto in contesti complessi come quelli sanitari. Ogni componente dell'acronimo (SMART) garantisce che l'obiettivo sia chiaro, misurabile, realistico e orientato a risultati concreti. Di seguito una descrizione dettagliata delle caratteristiche:

Specific (Specifico)

L'obiettivo deve essere formulato in modo chiaro, senza ambiguità o termini vaghi, identificando esattamente cosa deve essere fatto e specificando i destinatari, le responsabilità e i risultati attesi.

Measurable (Misurabile)

L'obiettivo deve includere criteri quantitativi o qualitativi che ne consentano la misurazione quindi si definiscono indicatori chiave di performance (KPI) che consentano verifiche periodiche sull'avanzamento.

Achievable (Raggiungibile)

Deve essere un obiettivo che il personale e l'organizzazione possono realisticamente conseguire, considerando risorse e vincoli quindi deve motivare senza risultare irraggiungibile ed equilibrare ambizione e fattibilità.

Realistic (Realistico)

L'obiettivo deve essere coerente con la mission aziendale e i contesti organizzativi in considerazione dei vincoli organizzativi, normativi e finanziari.

Time-Related (Relazionato al tempo)

Ogni obiettivo deve essere definito in termini temporali, con scadenze precise con la specifica di quando l'obiettivo verrà considerato raggiunto permettendo un monitoraggio ad intervalli predefiniti.

A livello dell'Istituto, gli obiettivi SMART si traducono in:

Coerenza strategica: Ogni obiettivo deve rispondere alla mission e alla vision dell'Istituto.

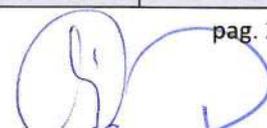
Chiarezza operativa: Gli obiettivi sono descritti in modo completo e affidabile, evitando incomprensioni.

Monitoraggio continuo: Verifica regolare dei progressi, garantendo che i tempi e le risorse siano rispettati.

Di seguito viene riportata la tabella di programmazione e monitoraggio degli obiettivi relativi alla performance al fine di definire le modalità, le responsabilità, i tempi e gli indicatori di monitoraggio periodico dell'implementazione degli obiettivi:

Macro obiettivo strategico	Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Anno
Mantenere l'equilibrio economico	Miglioramento dei tempi di pagamento dei fornitori	Rispetto indice tempestività di pagamento nell'ambito dei parametri regionali	2023-2025
	Rispetto budget assegnato	Capacità di autofinanziamento	2025-2027
		Riduzione della spesa del personale a tempo determinato	2025
		Rispetto del tetto di spesa del personale	2025-2027
Migliorare l'efficienza operativa	Miglioramento degenza media in relazione alla disciplina	Gestione ottimale della degenza media in area medica, chirurgica e riabilitativa	2025-2027
		Ottimizzazione tempi di refertazione per esami diagnostici delle richieste provenienti da reparto	2025-2027
		Ottimale utilizzo dei posti letto ordinari e DH di Riabilitazione	2025-2027
		Garantire un adeguato rapporto dei ricoveri chirurgici	2025-2027
		Ottimale utilizzo dei posti letto ordinari Acuti	2025-2027
		Ottimale utilizzo delle sale operatorie	2025-2027
	Efficiente presa in carico e gestione del paziente.	Piano operativo aziendale di governo e di recupero liste di attesa annuale	2025-2027
		Recupero liste di attesa dei ricoveri chirurgici come da Piano Aziendale	2025-2027
		Recupero liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali come da Piano Aziendale	2025-2027
		Miglioramento della preospedalizzazione	2025
		Gestione efficiente del percorso del paziente chirurgico in S.O.	2025
	Miglioramento dei flussi utenti in P.S..	Attivazione di dimissione protetta pazienti complessi (acuti e in riabilitazione) in strutture territoriali o domicilio	2025
		Tempo massimo dalla presa in carico alla conclusione della prestazione $\leq 8h$ (indicatore TMP)	2025
		Permanenza media in PS prima del ricovero inferiore a 44 ore	2025-2027

Macro obiettivo strategico	Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Anno
	Implementazione del fascicolo sanitario elettronico	Acquisizione dei consensi informati ricoverati	2025-2027
		Acquisizione dei consensi informati analisi laboratorio	2025-2027
		Totale dei documenti firmati digitalmente e trasmessi al FSE 2.0	2025-2027
		Documenti firmati in CDA2	2025-2027
		Documenti firmati in PADES	2025-2027
Migliorare l'appropriatezza	Miglioramento / mantenimento della complessità della casistica trattata	Garantire un adeguato rapporto dei ricoveri chirurgici	2025-2027
	Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dei ricoveri	Tempestiva presa in carico pazienti con fratture del colle del femore over 65 anni	2025-2027
		Tempestiva dimissione ricoveri con colecistectomia laparoscopica	2025-2027
		Rispetto del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario cod. H04Z	2025-2027
		Collaborazione tra Terapia del Dolore e Terapia Intensiva per il supporto nell'attività di impianti di Neurostimolazione	2025
		Ottimizzazione della gestione del I ciclo di terapia a pazienti dimessi sia in DH che in ricovero ordinario	2025-2026
		Implementazione di sistemi di monitoraggio eventi sanitari	Monitoraggio degli eventi sentinella
	Monitoraggio sistematico uso ceck list S.O.		2025-2027
	Organizzazione di eventi formativi on-site sul rischio clinico		2025
	Redazione di almeno 3 procedure sulla gestione del dolore		2025
	Rispetto della frequenza di infezioni post-chirurgiche cod. H16S		2025-2027
	Migliorare e ammodernare i processi sanitari e amministrativo-contabili aziendali e le integrazioni tra i sistemi informativi	Monitoraggio della qualità della documentazione	Recepimento delle risultanze delle procedure CUC entro 10 giorni dalla data di aggiudicazione del decreto di aggiudicazione
Assicurare la corretta compilazione del registro di S.O. (tempi operatori)			2025-2027
Revisione o redazione e deliberazione, di almeno una procedura sul controllo delle infezioni correlate all'assistenza			2025



Macro obiettivo strategico	Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Anno
	Incremento attività per donazione organi	Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico	2025-2027
		Organizzare attività di procurement	2025-2027
		Incremento del procurement di cornee	2025-2027
		Sensibilizzazione donazione organi e tessuti	2025-2027
		Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/ sensibilizzazione	2025
	Implementazione delle azioni correlate a Piani	Realizzazione di quanto previsto nel Piano triennale anticorruzione	2025-2027
		Organizzazione di eventi formativi on-site sul miglioramento del grado di umanizzazione delle cure	2025
		Implementazione di un sistema di customer satisfaction	2025
		Raggiungimento degli obiettivi e delle azioni previste dal PAC	2025
		Realizzazione delle attività previste nel Piano Audit 2025	2025
Sviluppo della Ricerca scientifica	Sviluppo della produzione scientifica e dei progetti di ricerca e delle sperimentazioni cliniche	Incremento delle Pubblicazioni	2023-2025
		Incremento degli arruolamenti	2023-2025
		Incremento dell'Impact factor	2023-2025
		Incremento volume economico dei progetti finanziati da Unione Europea e da Enti pubblici italiani	2024
		Incremento N.trials clinici	2025
		Partecipazione e sperimentazione di lavori scientifici	2025
		Incremento della produttività della ricerca	2023-2025
Sviluppo dell'Innovazione tecnologica e strutturale	Programmazione degli investimenti correlata alla strategia	PNRR (obiettivi previsti dal POR -Piano Operativo Regionale):Raggiungimento del 100% delle azioni previste dal Piano rispetto al cronoprogramma	2025-2027
		PNRR (obiettivi previsti dal POR -Piano Operativo Regionale): Soddisfacimento del debito informativo in relazione al monitoraggio sull'avanzamento procedurale e finanziario degli interventi.	2025-2027
		Completamento lavori previsti nel piano degli investimenti secondo cronoprogramma	2025

La transizione dagli **obiettivi strategici** agli **obiettivi operativi** all'interno dell'**IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo** è un processo fondamentale per tradurre le priorità generali dell'organizzazione in azioni concrete e misurabili. Questo passaggio richiede un approccio sistematico che assicuri coerenza, chiarezza e integrazione tra i diversi livelli dell'organizzazione.

Gli **obiettivi strategici** rappresentano le priorità di lungo periodo dell'organizzazione, in linea con:

- La missione e la visione dell'Istituto.
- Le direttive dell'Assessorato della Salute.
- Le esigenze specifiche del territorio e dei pazienti.

Gli **obiettivi operativi** traducono gli obiettivi strategici in azioni pratiche e quotidiane. Vengono assegnati alle singole Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici Dipartimentali, Unità Operative Semplici e al personale.

Questa strategia organizzativa mira a consolidare il ruolo dell'IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo come leader nella ricerca e nella cura delle patologie neurologiche. Attraverso un approccio mirato che integra innovazione, collaborazione e centralità del paziente, l'istituto potrà affrontare le sfide future, rispondendo in modo efficace e sostenibile ai bisogni della comunità.

ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

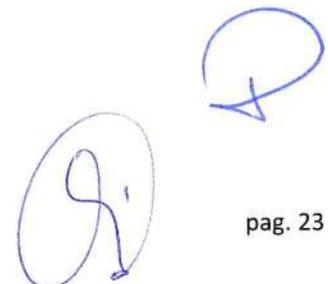
Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (PTPCT) 2025-2027 dell'IRCCS Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo" è stato redatto seguendo due criteri base: semplificazione ed operatività.

Il riferimento metodologico adottato nella stesura del PTPCT, a cui questa sezione fa riferimento, resta quello indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019, nonché il PNA 2022 e l'aggiornamento nel PNA 2023 (delibera ANAC n. 605 del 19.12.2023).

L'obiettivo del Piano è assicurare la piena trasparenza delle attività e implementare misure di prevenzione efficaci, creando un contesto che favorisca la legalità e il buon governo all'interno dell'istituto.

Obiettivi principali del PTPCT 2025-2027

Rafforzare il sistema di prevenzione della corruzione:



- Individuare i processi più a rischio e adottare controlli mirati per minimizzare le opportunità di corruzione.
- Monitorare costantemente l'efficacia delle misure adottate e aggiornare il piano secondo necessità.

Promuovere la cultura della trasparenza e dell'etica:

- Sensibilizzare il personale sui principi etici, i valori dell'integrità e le pratiche di buona amministrazione.
- Incrementare l'accessibilità alle informazioni pubbliche per garantire trasparenza nei processi decisionali e operativi.

Adeguare e ottimizzare gli strumenti di gestione del rischio:

- Implementare un sistema informatizzato per la mappatura e il monitoraggio dei rischi corruttivi.
- Sviluppare procedure interne che migliorino la gestione delle attività più sensibili.

Aree di intervento

Il Piano identifica alcune aree a rischio su cui si concentrano le principali azioni preventive:

Gestione degli appalti pubblici:

Prosecuzione implementazione di procedure trasparenti e digitalizzate per garantire la tracciabilità e la correttezza degli affidamenti.

Gestione delle risorse umane:

Prevenzione del nepotismo e delle discriminazioni nei processi di assunzione, progressione di carriera e formazione.

Erogazione dei servizi sanitari:

Monitoraggio dei percorsi di cura e dei rapporti con i fornitori per prevenire comportamenti illeciti o favoritismi.

Ricerca e innovazione:

Assicurare la trasparenza nell'allocazione dei fondi di ricerca e nelle collaborazioni con enti pubblici e privati.

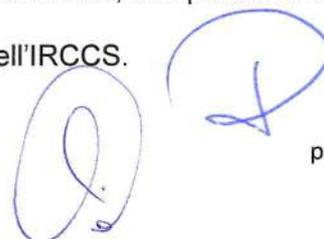
Misure preventive

Mappatura e gestione dei rischi:

- Identificazione dei processi amministrativi più vulnerabili.
- Definizione di indicatori di rischio e sistemi di controllo specifici.

Formazione del personale:

- Organizzazione di corsi annuali di aggiornamento per tutto il personale, con particolare attenzione ai dirigenti e ai responsabili dei procedimenti.
- Diffusione del Codice Etico e del Codice di Comportamento dell'IRCCS.



Trasparenza amministrativa:

- Pubblicazione tempestiva di informazioni obbligatorie sul sito web istituzionale (Sezione "Amministrazione Trasparente").
- Adozione di sistemi di monitoraggio digitale per garantire la tracciabilità delle decisioni amministrative.

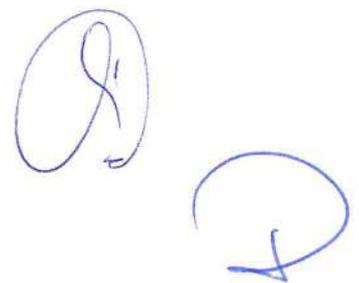
Segnalazione e tutela dei whistleblower:

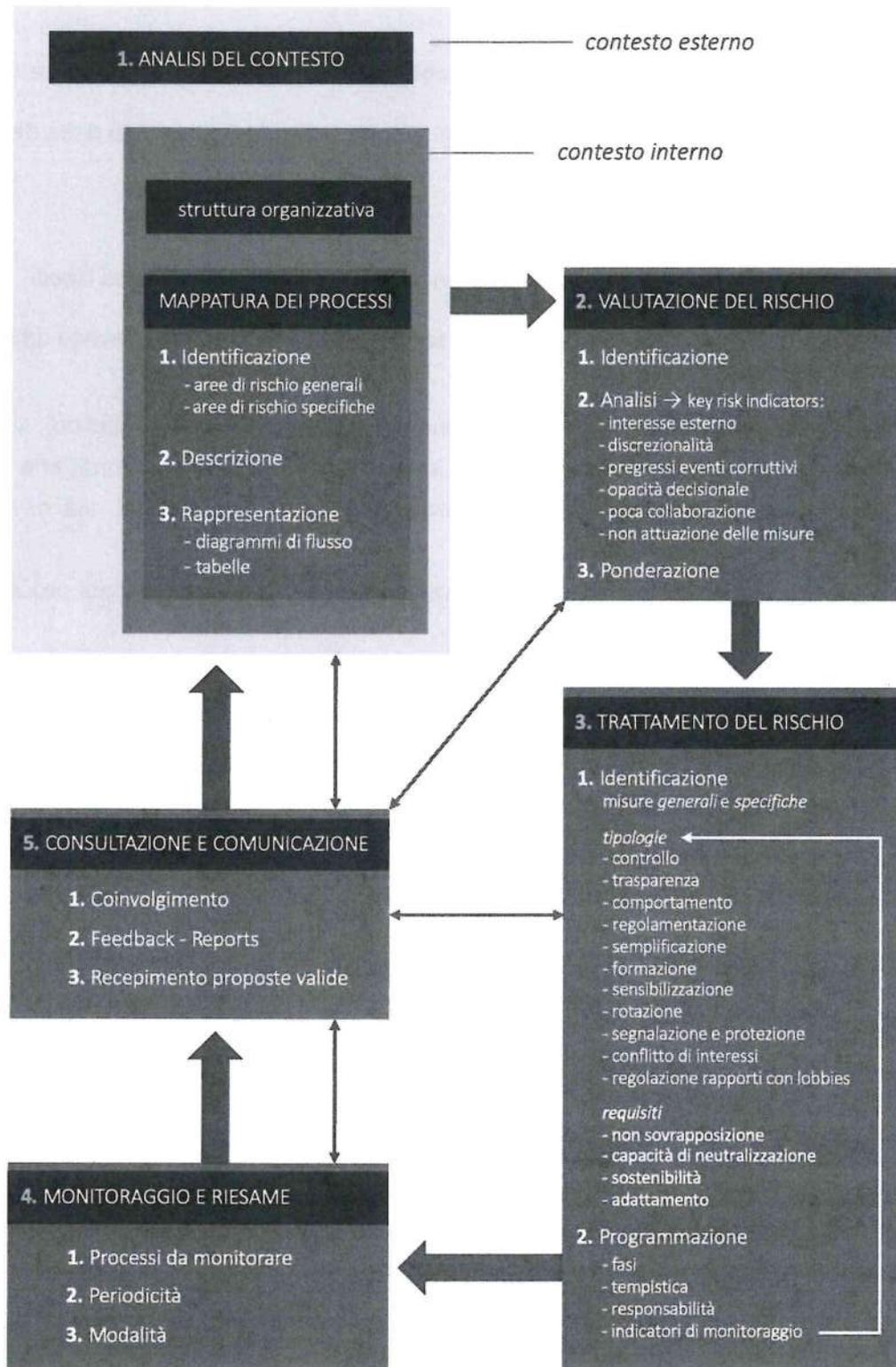
- Implementazione di un sistema sicuro e anonimo per la segnalazione di illeciti (whistleblowing).
- Protezione di chi segnala comportamenti scorretti, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Gli obiettivi prioritari per il 2025, anche in funzione del concetto di "valore pubblico", sono:

- a) il governo delle liste di attesa, sia per le prestazioni ambulatoriali ordinarie o in ALPI, sia per tutti i ricoveri in regime ordinario che in day-hospital, sia di area riabilitativa che non riabilitativa;
- b) la prosecuzione dell'implementazione della mappatura partecipata dei processi, soprattutto di area sanitaria.

Di seguito si riporta una mappa di sintesi dei vari processi che hanno portato alla redazione del documento sulla Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2025-2027:





Il PTPCT 2025-2027 rappresenta un impegno concreto dell'IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo per garantire integrità, trasparenza e legalità nella gestione delle proprie attività. Attraverso l'adozione di misure preventive, la promozione di una cultura etica e il coinvolgimento di tutto il personale, l'Istituto rafforza il proprio ruolo di istituzione pubblica al

servizio della comunità e della salute collettiva.

Si rimanda al documento sulla Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2025 - 2027, parte integrante del presente provvedimento, in cui sono riportati tutti i dettagli delle azioni poste in essere e in programma per il triennio.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized initial 'A' followed by a cursive name.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

L'IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo rappresenta un polo d'eccellenza nel campo della ricerca e della cura delle patologie neurolesive, unendo un'organizzazione efficace a un capitale umano altamente qualificato e motivato. L'obiettivo principale è garantire servizi sanitari di alta qualità, promuovere l'innovazione nella ricerca medica e assicurare la sostenibilità delle risorse umane e organizzative.

L'organizzazione e il capitale umano dell'IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo rappresentano la colonna portante per il raggiungimento degli obiettivi istituzionali. Investire nelle competenze, nella formazione e nella valorizzazione del personale è essenziale per mantenere il Centro punto di riferimento nazionale e internazionale nel campo delle neuroscienze e della riabilitazione.

Infatti, l'IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo" riconosce nel personale la risorsa più importante per il raggiungimento degli obiettivi strategici e da loro dipende la capacità dell'ente di realizzare il Valore e di fornire un servizio adeguato all'utenza. Assicurare il reclutamento, l'organizzazione e la formazione delle risorse umane costituisce l'elemento imprescindibile per garantire il miglior funzionamento dell'ente.

IL PERSONALE DELL'ENTE

Il personale dell'IRCCS è composto dai seguenti profili:

	2024
profilo gestionale desc	teste
Totale complessivo	1006
Assistente amministrativo	21
Assistente religioso	1
Assistente sociale	2
Assistente tecnico	12
Dirigenti amministrativi	4
Farmacista	2
Infermiere	297
Medico	142
Operatore socio sanitario	167
Profilo atipico sanitario	30
Psicologo	1
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	11
Biologo	10
Ingegnere	2
Tecnico sanitario di radiologia medica	19
Ausiliario specializzato	5
Coadiutore amministrativo	9
Fisioterapista	60



Collaboratore amministrativo professionale	16
Collaboratore professionale di ricerca sanitaria	20
Ricercatore	30
Logopedista	28
Collaboratore tecnico	2
Operatore tecnico	26
Profilo atipico - Amministrativo	20
Tecnico di neurofisiopatologia	6
Dirigente delle professioni sanitarie	4
Non associabile	59

Si rimanda al documento di programmazione Triennale del fabbisogno 2025/2027, pubblicato sul sito dell'istituto. Nell'anno 2024 con delibera n° 312 del 10/12/2024 è stata approvata la modifica qualitativa della dotazione organica 2021/2023.

Inoltre, nella logica dell'incremento delle attività di Day Service e di Day Hospital, l'ipotesi di dotazione organica sarà formulata secondo un tetto di spesa disposto dall'Assessorato della Salute in coerenza con i posti letto assegnati a questo Istituto, considerando l'incremento degli stessi dal 2021 ad oggi.

L'elemento centrale dell'efficacia e dell'efficienza dell'IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo è il suo **capitale umano**, costituito da un team multidisciplinare che include medici, ricercatori, infermieri, tecnici e personale amministrativo.

Caratteristiche principali del capitale umano

Elevata Qualificazione

Medici e ricercatori con specializzazioni avanzate in neurologia, neurochirurgia, riabilitazione e scienze motorie.

Personale infermieristico e tecnico con formazione continua e competenze specifiche nel trattamento di pazienti neurolesi.

Formazione e Aggiornamento

Programmi di formazione continua per tutti i livelli del personale, con focus su innovazioni tecnologiche, pratiche terapeutiche avanzate e sicurezza sul lavoro.

Collaborazioni con università e istituzioni accademiche per sviluppare percorsi formativi mirati.

Multidisciplinarietà

Team interdisciplinari per l'assistenza ai pazienti, che combinano competenze cliniche, riabilitative e psicologiche.

Ricercatori e clinici che lavorano insieme per trasferire rapidamente i risultati scientifici

alla pratica medica.

Benessere Organizzativo

Politiche per favorire un ambiente di lavoro inclusivo, collaborativo e stimolante.
Programmi di prevenzione del burnout e supporto al benessere psicologico del personale.

Impatto del capitale umano sul Valore Pubblico

L'organizzazione e il capitale umano dell'IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo generano un impatto positivo tangibile per la comunità:

- **Eccellenza nella cura:** Grazie a professionisti altamente qualificati e tecnologie all'avanguardia, i pazienti ricevono trattamenti di qualità superiore.
- **Innovazione nella ricerca:** Le competenze del capitale umano contribuiscono allo sviluppo di nuove soluzioni terapeutiche per patologie complesse.
- **Efficienza organizzativa:** Un'organizzazione ben strutturata garantisce un utilizzo ottimale delle risorse e un miglioramento continuo dei servizi.

PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE

PREMESSA

In questa sottosezione sono indicati, secondo le più aggiornate Linee Guida emanate dal dipartimento della Funzione Pubblica, nonché in coerenza con i CC.CC.NN.LL., la strategia e gli obiettivi legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro da remoto (lavoro agile).

Il presente Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) è immediatamente esecutivo. Ciascun Direttore/Dirigente Responsabile di Struttura è invitato a darne applicazione.

Scopo del Piano è definire le misure organizzative, i requisiti tecnologici e gli strumenti di misurazione periodica dei risultati conseguiti dai lavoratori impegnati nel lavoro agile.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Art. 14 comma 1 rubricato "Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche", Legge n. 124/2015 (c.d. Legge Madia) e s.m.i., Artt. 18 e 23 Legge 22 maggio 2017, n. 81, Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3/2017, recante "Indirizzi per l'attuazione del commi 1 e 2 dell'art. 14 della L. 124/2015 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di dipendenti", Circolare INAIL n. 48 del 2 novembre 2017 ad oggetto "Lavoro agile. Legge 81/2017 artt. 18-23. Obbligo assicurativo e classificazione tariffaria, retribuzione imponibile, tutela assicurativa, tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Istruzioni operative", Direttiva Presidenza del Consiglio dei Ministri del 1 giugno 2017 ad oggetto "Indirizzi per l'attuazione dei commi 1

e 2, dell'articolo 14, della legge 7 agosto 2015, n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti", Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, Dicembre 2020 versione 1.0, D.P.C.M. 23 settembre 2021 "Disposizioni in materia di modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni.", D.M. 8 ottobre 2021 "Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni", Schema di Linee guida del dicembre 2021 in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni, Protocollo Nazionale sul Lavoro in modalità agile del 7 dicembre 2021 sottoscritto tra Parti sociali e Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali D.L. 7/01/2022 n. 1, convertito in legge, con modificazioni, dall' art. 1, comma 1, L. 4 marzo 2022, n. 18 raccomandazioni di AgID di cui al vademecum del 17 marzo 2020 CCNL Comparto Sanità triennio 2019 – 2021, del 2/11/2022.

INTRODUZIONE

Il lavoro agile (smart working) è stato introdotto nel pubblico impiego dalla L. 7 agosto 2015, n. 124 (cd Riforma Madia) che all'art. 14 ha previsto nell'ambito della P.A. la necessità di introdurre misure atte a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti.

Tra le misure individuate dalla Legge in argomento, per l'armonizzazione e conciliazione dei tempi di vita e lavoro, figuravano appunto il telelavoro e la sperimentazione di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento dell'attività lavorativa.

La disciplina del lavoro agile è stata poi fornita dal Legislatore nel 2017, con la L. 22 maggio 2017, n. 81 recante "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato, al cui capo II il lavoro agile viene definito per la prima volta come "modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa".

Indirizzi attuativi per la sperimentazione di tale modalità organizzativa sono stati impartiti alla Pubblica Amministrazione dal Dipartimento della Funzione Pubblica con Direttiva n. 3/2017.

Tuttavia è solo a causa della situazione connessa all'epidemia da COVID-19 del 2020, e della conseguente esigenza di evitare, laddove possibile, i contatti personali, che il lavoro agile è divenuto una tipologia di esecuzione della prestazione lavorativa largamente diffusa anche nel Pubblico Impiego.



Ciò ha consentito la coesistenza tra distanziamento sociale ed erogazione dei servizi all'utenza, complice anche la modalità semplificata di attuazione del lavoro agile.

In periodo di pandemia, infatti, il Legislatore ha consentito di prescindere dalla sottoscrizione dell'accordo individuale datore – lavoratore e dal rispetto degli obblighi informativi previsti dal capo II della citata Legge n. 81/2017.

Durante le fasi più critiche dell'emergenza sanitaria degli anni 2020 e 2021 il lavoro agile ha rappresentato così la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa.

Per tutto quanto non disciplinato dal Legislatore nel 2017, è stato applicato il contenuto di contratti collettivi e norme in materia di rapporto di lavoro.

A mero titolo esemplificativo, per l'individuazione dei limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale ha trovato applicazione la normativa nazionale e comunitaria in materia e la contrattazione collettiva nazionale.

Dal 15 ottobre 2021 la presenza in servizio è tornata ad essere la modalità ordinaria della prestazione lavorativa nell'ambito della Pubblica Amministrazione.

Venuta meno la previsione di eccezionalità della prestazione in presenza, il lavoro agile ha pertanto cessato di essere "la" modalità ordinaria di svolgimento della prestazione", per divenire "una" delle modalità ordinarie.

Occorre pertanto disegnare oggi una struttura organizzativa del lavoro avanzata, orientata ai risultati, e basata su responsabilizzazione e flessibilità, in forza di un rapporto fiduciario tra lavoratore e datore basato sul principio guida "far but close". Il lavoro agile deve assumere una funzione di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo.

La vera chiave di volta sarà l'affermazione di una cultura organizzativa basata sui risultati, capace di generare autonomia e responsabilità nelle persone, di apprezzare risultati e merito. Fermo restando quanto sopra, l'accesso a tale modalità potrà essere autorizzato esclusivamente nel rispetto delle seguenti condizionalità:

- l'Azienda deve assicurare il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei dirigenti, dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, e dei responsabili dei procedimenti amministrativi;
- lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
- l'Azienda deve garantire un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo comunque essere prevalente, per ciascun lavoratore l'esecuzione della prestazione in presenza.

Quanto al principio di rotazione corre l'obbligo sottolineare che solo qualora le dimensioni e le qualifiche presenti nella Struttura lo consentano, possono essere individuate misure per garantire una rotazione del personale in modo da assicurare una equilibrata alternanza dello svolgimento delle attività nelle due modalità (a distanza e in presenza); ove le misure

di carattere sanitario dovessero richiederlo nuovamente, l'Azienda dovrà prevedere comunque la rotazione del personale impiegato "in presenza"; l'Azienda deve mettere in atto ogni adempimento finalizzato a fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta ed idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore con lo svolgimento della prestazione in modalità agile; l'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, Legge 22 maggio 2017, n. 81, deve definire, tra l'altro:

- gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile,
- le modalità e criteri di misurazione delle prestazioni medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in modalità agile,
- le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore degli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce orarie di contattabilità.

1. LIVELLO DI ATTUAZIONE E DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

Il lavoro agile si è affermato come una delle modalità di espletamento della prestazione lavorativa nell'Ircs con l'avvento dell'emergenza sanitaria da SARS CoV-2 nell'anno 2020 (un Regolamento provvisorio è stato adottato, in via sperimentale, proprio nell'anno 2022 con delibera n. 85 del 27.01.2022).

Prima che si verificasse una tale anomala situazione, lo smart working non era né regolamentato né utilizzato in ambito aziendale.

L'emergenza pandemica ha però fortemente impattato sulle realtà lavorative, innescando un rapido processo di cambiamento anche all'interno di questo Ircs.

Nel primo anno del periodo emergenziale (i.e. nel 2020) il lavoro agile è stato una modalità lavorativa sperimentata in larga misura dal personale appartenente al Comparto ed ai ruoli tecnico e amministrativo, con alcune esperienze anche nei profili sanitari e dirigenziali. Già mese di marzo 2020 l'Azienda ha provveduto ad abilitare al lavoro da remoto n. 40 dipendenti, suddivisi tra dipendenti del Comparto appartenenti al ruolo amministrativo, Dirigenti Amministrativi, dipendenti del Comparto appartenenti al ruolo tecnico, dipendenti del Comparto appartenenti al ruolo sanitario.

Nel corso dell'anno 2020 il numero delle posizioni che risultano impegnati nell'espletamento del lavoro in modalità agile è invece pari ad un totale di n. 28 dipendenti.

La S.C. Gestione Risorse Umane ha fatto da collettore dei report sul lavoro agile (richiesti con cadenza mensile, e trasmessi dal responsabile di riferimento del dipendente), occupandosi altresì dell'inserimento dell'apposito giustificativo sul software gestionale di rilevazione delle presenze.

L'esperienza effettuata ha evidenziato la presenza di criticità non considerate in precedenza, quali la scarsa digitalizzazione di alcune procedure e la ancora poco diffusa logica del lavoro per obiettivi e risultati, in favore di quella del lavoro per adempimenti.

Con il Patto per l'innovazione del lavoro pubblico e la coesione sociale del marzo 2021 e, successivamente, con il Decreto dell'8 ottobre 2021 (che ha previsto l'obbligo per i lavoratori subordinati della Pubblica Amministrazione di rientrare al lavoro in presenza) è stato avviato il superamento dello smart working emergenziale ed il lavoro agile è stato mantenuto per i soli lavoratori "fragili", così come definiti dalla vigente normativa, tanto da risultare impegnati nell'espletamento del lavoro in modalità agile i seguenti numeri: Dicembre 2021 n. 3 unità, Dicembre 2022 n. 3 unità, Dicembre 2023 n. 7 unità, Dicembre 2024 n. 2 unità.

2. MODALITÀ ATTUATIVE DEL LAVORO AGILE

Il presente documento disciplina temporaneamente il lavoro agile presso l'Ircs.

In data 2/11/2022 è stato sottoscritto in via definitiva il C.C.N.L. Comparto Sanità per il triennio 2019/2021.

L'art. 77 comma 2 stabilisce che è l'Azienda datrice di lavoro ad individuare le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, fermo restando che sono esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili.

3. DESTINATARI

Destinatario del presente documento è il personale dipendente dell'Azienda appartenente ai profili dei ruoli amministrativo, tecnico, professionale, che può essere autorizzato allo svolgimento della prestazione lavorativa in ambiente diverso dalla sede di lavoro nel rispetto dell'orario ordinariamente assegnato e del raggiungimento degli obiettivi di massima stabiliti con il competente Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza durante l'espletamento dell'attività nella modalità di lavoro agile temporaneamente autorizzata.

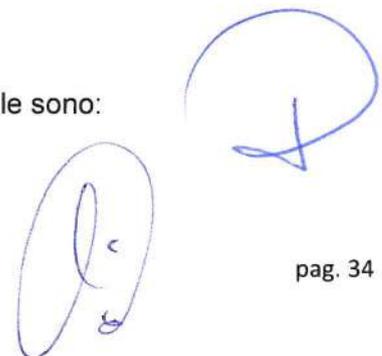
L'adesione al lavoro agile deve avere natura consensuale e volontaria ed è consentita a tutti i lavoratori – purché adibiti alle attività di cui alla mappatura che sarà appositamente predisposta- siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e indipendentemente dal fatto che siano stati assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato.

L'Azienda garantisce che i dipendenti che si avvalgono della modalità di lavoro agile non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e di carriera, e si evidenzia che rimane applicabile anche a questi lavoratori la normativa sulle incompatibilità di cui all'art. 53 D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., nonché quella inerente il codice di comportamento.

4. OBIETTIVI PERSEGUITI

Gli obiettivi che l'Ircs intende perseguire con l'utilizzo del lavoro agile sono:

- la riduzione delle assenze dal servizio
- il miglioramento dell'equilibrio fra vita professionale e privata



- un maggior benessere organizzativo
- la promozione dell'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità personale permanente o temporanea il rafforzamento della cultura della misurazione e della valutazione della performance

5. ATTIVITÀ EFFETTUABILI IN MODALITÀ AGILE

Nell'arco del triennio di riferimento (2025/2027) il percorso di sviluppo del lavoro agile si svilupperà in modo progressivo e graduale.

Ciò anche al fine di individuare, in relazione alle singole attività, possibili elementi di criticità allo svolgimento del lavoro agile e fattori che ne possono determinare il successo o il miglioramento delle prestazioni rese.

Allo stato attuale, alla luce dell'esperienza maturata negli ultimi mesi, nonché delle soluzioni organizzative e tecnologiche sperimentate, l'Azienda intende procedere preliminarmente con l'individuazione delle attività lavorative compatibili con il lavoro agile, predisponendo con il coinvolgimento della Dirigenza aziendale una apposita mappatura.

Tale mappatura rappresenta un documento dinamico, nel cui processo di aggiornamento periodico saranno parte attiva, a cascata, i Dirigenti ed i titolari di incarichi di funzione di tipo organizzativo.

Rimangono in ogni caso escluse tutte le attività di front office, quelle implicanti ispezioni e sopralluoghi sul territorio e /o richiedenti la presenza fisica del dipendente nella sede Aziendale, le attività assistenziali, socioassistenziali e di cura in genere, nonché quelle che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni e documentazione non remotizzabili.

Nella redazione della mappatura delle attività saranno coinvolti i Direttori delle Strutture aziendali, sulla base dei seguenti principi:

- sono in linea di massima compatibili con l'esecuzione in regime di lavoro agile le attività che possono essere attuate in autonomia, e che sono facilmente controllabili e misurabili, anche in ordine ai relativi risultati, anche nell'ambito delle attività compatibili, deve essere comunque garantita l'invarianza dei servizi resi all'utenza e la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza. Anzi, le condizioni di svolgimento del lavoro agile devono addirittura consentire di migliorare la qualità dei servizi erogati, il lavoro agile non può in ogni caso comportare un aggravio di attività a carico del personale espletante la prestazione lavorativa in modalità "tradizionale", né la formazione di lavoro arretrato.

La compatibilità dell'attività discende dai seguenti parametri: livello di informatizzazione del processo lavorativo e decisionale, possibilità di pianificazione e di misurazione dei risultati, mediante indicatori atti a misurare la prestazione sia sotto il profilo quantitativo che sotto quello qualitativo. In mancanza di obiettivi misurabili, il lavoro agile non potrà essere autorizzato.

Ai parametri sopra enunciati, deve essere aggiunta la capacità del potenziale lavoratore

agile addetto a tali attività di gestire il tempo, di lavorare in autonomia per il raggiungimento di predeterminati obiettivi, e di utilizzare agevolmente strumenti digitali.

Pertanto, il lavoratore, per accedere allo smart working, deve prioritariamente possedere le seguenti skills:

- competenze organizzative (capacità di sviluppare autonomamente il proprio lavoro, di
- lavorare per obiettivi/progetti/processi, capacità di autorganizzazione e rendicontazione,
- autonomia decisionale),
- competenze digitali (capacità di utilizzare le tecnologie),
- capacità di problem solving.

Si procederà altresì a mappare le dotazioni informatiche, con lo scopo di evidenziare eventuali carenze o criticità e consentire una programmazione di acquisti mirati per il lavoro agile a regime, in considerazione del fatto che deve essere garantita la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore.

Tutta la strumentazione tecnologica e informatica che sarà fornita deve essere conforme alle disposizioni del D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i..

6. SOGGETTI COINVOLTI NEL LAVORO AGILE

Si riassumono di seguito gli attori coinvolti nella configurazione di questa nuova organizzazione del lavoro nell'ambito dell'Ircs, funzionali - ognuno per quanto di propria competenza e nell'ambito del proprio ruolo all'organizzazione ed al monitoraggio del lavoro agile:

- Responsabili delle singole Strutture o Servizi
- S.C. Gestione Risorse Umane
- S.C. Sistemi Informativi Aziendali
- S.C. Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione
- Responsabile Protezione Dati (DPO)
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)
- Organizzazioni Sindacali
- Comitato Unico di Garanzia (CUG).

Responsabili Delle Singole Strutture O Servizi

Il Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura deve individuare le attività compatibili con la prestazione da remoto e valutare le skills del lavoratore; è inoltre il soggetto deputato all'individuazione, con il supporto del CCD, degli indicatori di misurazione del

raggiungimento degli obiettivi individuali da raggiungere da parte dello smart worker, ed al monitoraggio degli stessi.

S.C. Gestione Risorse Umane

La S.C. Gestione Risorse Umane cura la predisposizione dello schema di accordo individuale per il lavoro agile, l'aggiornamento normativo ed i rapporti in materia con le Organizzazioni Sindacali. Si occupa della creazione di apposito giustificativo per il software aziendale di rilevazione delle presenze ed effettua la comunicazione telematica dell'accordo individuale e delle sue modificazioni al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

S.C. Servizi Informatici Aziendali

La S.C. Sistemi Informativi Aziendali cura lo sviluppo del processo di digitalizzazione, programma l'acquisto della strumentazione informatica da fornire al personale e fornisce allo smart worker assistenza tecnica in caso di necessità.

Supporta il datore di lavoro nella promozione dell'adozione di policy aziendali basate sul concetto di security by design, che prevedono l'implementazione di misure di sicurezza adeguate comprendenti, a titolo meramente esemplificativo, se del caso la crittografia, l'adozione di sistemi di autenticazione e VPN, la definizione di piani di backup e protezione malware.

S.C. Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione

Il tema della misurazione e valutazione della performance assume un ruolo strategico nell'implementazione del lavoro agile. Una riflessione particolare è richiesta in relazione alla performance individuale, non solo perché lo svolgimento della prestazione in modalità agile impone ancor più la necessità di individuare in maniera puntuale i risultati attesi (sia in relazione all'attività svolta che ai comportamenti agiti), ma anche perché deve essere chiaro che il sistema di misurazione e valutazione è unico e prescinde dal fatto che la prestazione sia resa in ufficio, in luogo diverso o in modalità mista.

In tale contesto, la S.C. Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione fornisce ai Responsabili del lavoratore agile supporto tecnico nell'individuazione di idonei indicatori e nella relativa misurazione.

Responsabile Protezione Dati (DPO)

Fornisce le linee guida per la compliance privacy delle attività effettuate in remoto, e supporta il datore nelle iniziative di formazione e sensibilizzazione dei lavoratori sia sull'utilizzo, custodia e protezione degli strumenti impiegati per rendere la prestazione, sia sulle cautele comportamentali da adottare nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, compresa la gestione dei data breach.

Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)

Alle prestazioni rese all'esterno dei locali aziendali si applicano gli obblighi di salute e

sicurezza sul lavoro di cui al D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i., ossia quelli relativi agli obblighi comportamentali, anche in merito alle dotazioni tecnologiche informatiche, laddove fornite dall'Azienda.

Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione fornisce con cadenza almeno annuale, l'informativa scritta nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro.

Organizzazioni Sindacali

La tornata contrattuale 2023/2026, circa le modalità attuative del lavoro agile, sarà oggetto di confronto sindacale.

Comitato Unico di Garanzia (CUG)

Fornisce supporto per la implementazione dell'utilizzo del lavoro agile all'interno delle Strutture aziendali, ponendosi quale garante dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e contro ogni forma di discriminazione nei confronti dei lavoratori.

7. PROCEDURA DI ATTIVAZIONE

Fermi restando i diritti di priorità stabiliti dalla vigente normativa, il principio di rotazione dei lavoratori per quanto applicabile e l'obbligo di garantire prestazioni adeguate, l'Azienda avrà cura di facilitare l'accesso mediante l'attivazione periodica di avvisi di ricognizione e/o a domanda del dipendente, così come previsto dalla normativa vigente; il Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza procederà a valutarla.

Tutte le istanze autorizzate da parte del Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura devono essere immediatamente inviate in formato pdf alla S.C. Gestione Risorse Umane ed alla S.C. Sistemi Informativi Aziendali.

In caso di accoglimento della richiesta del lavoratore, si rende necessaria la stipula di un accordo individuale scritto, che disciplini l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo datoriale ed agli strumenti tecnologici utilizzati dal lavoratore.

Tale accordo non incide comunque sulla natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato in atto, regolato dalle norme legislative e dai contratti collettivi di lavoro nazionali ed integrativi, né sul trattamento economico in godimento, fatto salvo quanto previsto con riferimento a particolari istituti (trattamento di missione o trasferta, prestazioni straordinarie, notturne o festive, o eccedenze orarie comunque denominate).

L'accordo per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità di lavoro agile è oggetto di comunicazione attraverso la piattaforma informatica disponibile sul portale dei servizi del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali con le modalità previste dalla normativa vigente.

Il contenuto minimo dell'accordo individuale, che una volta sottoscritto da ambo le parti (Dirigente e lavoratore) deve essere immediatamente inviato alla S.C. Gestione Risorse

Umane, comprende:

1) Durata Dell'accordo, Avendo Presente Che Lo Stesso Può Essere Esclusivamente A Termine

Nell'ambito l'Ircs si esclude la possibilità di adibizione al lavoro agile a tempo indeterminato, in considerazione della esigenza di coinvolgimento del personale nelle molteplici attività aziendali ulteriori rispetto ai normali compiti di servizio (partecipazioni a gruppi di lavoro, commissioni e similari) e della complessità dell'organizzazione del lavoro.

La durata minima dell'adibizione a lavoro agile viene stabilita nell'anno solare e potrà essere rinnovata annualmente a seguito di istanza del dipendente.

A tal proposito si terrà conto del principio di rotazione del personale nel rispetto delle competenze professionali e delle attività afferenti l'ufficio/servizio, fatti salvi i casi eccezionali connessi ai dipendenti portatori di particolari patologie.

L'accordo deve prevedere la sospensione/cessazione del lavoro agile al mancare temporaneo/cessare dei presupposti che ne hanno determinato l'esigenza.

2) Indicazione Del Luogo In Cui Verrà Svolta L'attività, Specificando Se Si Tratta Dell'abitazione Presso Cui Il Lavoratore È Domiciliato

Fermo restando che non è previsto l'obbligo di espletare il lavoro agile dal proprio domicilio, in ogni caso i luoghi di lavoro in modalità di lavoro agile devono essere predeterminati dalle parti. Il lavoratore avrà cura di svolgere la propria attività lavorativa in luoghi che rispondano ai requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza, che siano idonei all'uso abituale dei supporti informatici, non mettano a rischio la sua incolumità, né la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati nell'espletamento delle proprie mansioni (sono esclusi luoghi pubblici ed aperti al pubblico) e rispondano ai parametri di sicurezza sul lavoro come indicati dall'Azienda. Qualora si ravveda la necessità, debitamente documentata, di variare la sede di lavoro agile, il lavoratore avrà cura di concordarla in tempo utile con il proprio Direttore/Dirigente Responsabile.

Il lavoratore è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dall'Azienda per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali. Eventuali infortuni sul lavoro devono essere immediatamente comunicati alla S.C. Gestione Risorse Umane ed alla Struttura di appartenenza, per i necessari adempimenti.

Il lavoratore ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali. Il lavoratore ha inoltre diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali, solo quando la scelta del luogo della prestazione risponda a criteri di ragionevolezza e sia dettata da esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le

esigenze di vita con quelle lavorative.

3) Modalità Di Svolgimento Della Prestazione Lavorativa Fuori Dalla Sede Abituale Di Lavoro, Con Specifica Indicazione Delle Giornate Di Lavoro Da Svolgere In Sede E Di Quelle Da Svolgere A Distanza;

La prestazione lavorativa in modalità agile deve essere svolta secondo quanto previsto dal CCNL vigente.

4) Modalità Ed Ipotesi Di Recesso, Che Deve Avvenire Con Un Termine Non Inferiore A 30 Giorni Salvo Le Ipotesi Previste Dall'art. 19 Della L. N. 81/2017;

5) Tempi Di Riposo Del Lavoratore Che, Su Base Giornaliera O Settimanale, Non Potranno Essere Inferiori A Quelli Previsti Per I Lavoratori In Presenza Nonché Le Misure Tecniche E Organizzative Necessarie Per Assicurare La Disconnessione Del Lavoratore Dalle Strumentazioni Tecnologiche Di Lavoro;

La prestazione lavorativa in modalità agile può essere articolata nelle seguenti fasce temporali:

- a) fascia di contattabilità - nella quale il lavoratore è contattabile sia telefonicamente che via mail o con altre modalità simili. Tale fascia oraria coincide con la durata dell'orario medio giornaliero di lavoro;
- b) fascia di inoperabilità - nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo di cui ai vigenti CC.CC.NN.LL. a cui il lavoratore è tenuto nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 6:00 del giorno successivo.

Lo smart worker deve sostanzialmente garantire la raggiungibilità telefonica nelle medesime fasce di orario di servizio che già rispettava nell'espletamento dell'attività "in presenza".

Durante dette fasce, al fine di garantire un'ottimale organizzazione delle attività e permettere le necessarie occasioni di contatto e coordinamento con i colleghi, il dipendente è tenuto a rispondere all'Azienda con immediatezza. In particolare, laddove il dipendente sia in possesso di cellulare aziendale, deve essere obbligatoriamente attivata la deviazione di chiamata dal numero fisso della postazione di lavoro al cellulare medesimo.

Il lavoratore si impegna a garantire la prestazione settimanale e mensile nella forma flessibile concordata, rispettando le pause ed il riposo giornaliero e settimanale, così come previsto dalle disposizioni di legge vigenti e dai CC.CC.NN.LL. di riferimento.

7) Modalità Di Esercizio Del Potere Direttivo E Di Controllo Del Datore Di Lavoro Sulla Prestazione Resa Dal Lavoratore All'esterno Dei Locali Dell'azienda Nel Rispetto Di Quanto Disposto Dall'art. 4 Della Legge 20 Maggio 1970, N. 300 E S.M.I.;

Al lavoratore agile si applicano tutte le norme previste dai Contratti Collettivi di Lavoro, dal

codice disciplinare e dal codice di comportamento aziendale vigenti.

L'accesso ai sistemi informativi aziendali ed ai servizi erogati attraverso gli stessi, pur tenendone traccia, non consentono – attualmente – la "rilevazione della presenza" del lavoratore agile collegato da remoto.

Gli obiettivi connessi alla prestazione di lavoro devono essere condivisi, puntuali, chiari, coerenti con quelli aziendali e di Struttura (comunque coerenti con la qualifica ed il profilo del lavoratore) e misurabili in termini di tempo e di risultato.

Il raggiungimento degli stessi durante lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile deve essere monitorato dal Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza.

Al momento della stipula dell'accordo individuale, al lavoratore vengono forniti l'informativa INAIL sulla salute e sicurezza del lavoro agile ai sensi dell'art. 22, comma 1, L. 81/2017, le raccomandazioni di AgID di cui al vademecum del 17 marzo 2020 e un'informativa privacy specifica nella quale viene ribadito il dovere di mantenere la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni aziendali adottando ogni provvedimento idoneo a garantire tale riservatezza.

La rendicontazione dello smart working rimane da rendere su base mensile, con la trasmissione delle rilevazioni effettuate al Direttore/Dirigente Responsabile che procederà alla approvazione dei relativi giustificativi, inseriti dal lavoratore sulle singole giornate, tramite Irisweb. L'attività di lavoro agile avrà la durata del normale orario di lavoro giornaliero, a tempo pieno o tempo parziale.

L'operatività del predetto piano è assoggettata all'approvazione del regolamento Aziendale, delibera n. 85 del 27/01/2022, e successive modifiche ed integrazioni.

PIANO FORMATIVO AZIENDALE (PFA)

Il regolamento formativo 2025 diventa parte integrante del Piano Integrato delle Attività e dell'Organizzazione e pubblicato sul sito della Trasparenza nella sezione Disposizioni generali/Atti generali.

La formazione viene individuata dall'ente quale strumento per favorire la crescita personale degli operatori e per coniugare le capacità, le attese e le esigenze individuali con gli specifici obiettivi dell'Istituto e del Sistema Sanitario Regionale e Nazionale.

L'IRCCS intende la formazione non come meccanismo diretto alla mera acquisizione, da parte del personale, di conoscenze e abilità, ma come mezzo per modificare i comportamenti professionali e per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria sino al raggiungimento dei livelli d'eccellenza.

Per tale motivo, la formazione svolge le seguenti funzioni:

- stimolare la crescita individuale degli operatori sanitari (sviluppo delle professionalità e diffusione delle competenze);
- stimolare l'integrazione tra i diversi operatori sanitari;
- diffondere la cultura e i valori proposti dai vertici dell'ente.

La raccolta del bisogno formativo 2025 è stata attuata con l'attivo coinvolgimento dei Responsabili delle Unità Operative e di Linea di Ricerca del nostro Istituto ai quali è stato affidato il compito di individuare le necessità formative specifiche in relazione alle attività ed ai ruoli professionali e di definire gli obiettivi da raggiungere in merito a tali bisogni e suggerire o proporre le necessarie azioni formative. Essi hanno proceduto alla raccolta dei bisogni formativi secondo modalità differenti, in particolare attraverso riunioni con i collaboratori oppure colloqui individuali; hanno redatto le proposte formative esplicitando obiettivi ed azioni. I bisogni rilevati dai vari responsabili sono stati utilizzati come base di partenza per la definizione del documento con valenza annuale sulla formazione dell'IRCCS.

Di qui, gli obiettivi formativi identificati hanno inteso rispondere alle esigenze rilevate a livello direzionale (riferimenti documentali ed indirizzi strategici della Direzione); incontrare i bisogni identificati nelle strutture organizzative; garantire la coerenza con gli obiettivi formativi di interesse nazionale regionale.

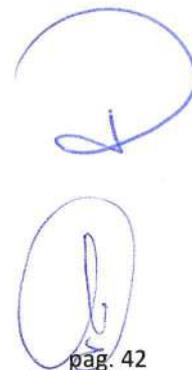
La formazione deve garantire la coniugazione dei bisogni formativi del singolo operatore, portatore di una professionalità specifica che va sviluppata e migliorata nel tempo, con i bisogni dell'organizzazione e del contesto di lavoro nel quale la professionalità viene esercitata.

Pertanto l'individuazione degli obiettivi formativi è il risultato della valutazione di una serie di istanze:

1. Esigenze rilevate a livello direzionale (riferimenti documentali ed indirizzi strategici della Direzione)
2. Bisogni identificati nelle strutture organizzative
3. Coerenza con gli obiettivi formativi di interesse nazionale e regionale.

L'articolazione degli eventi formativi contenuti nel Piano è legata, in ordine di priorità:

- alle finalità cui rispondono:
 - esigenze di aggiornamento professionale in risposta a vincoli normativi



- esigenze di sviluppo di competenze legate alle aree di priorità identificate dalla Direzione dell'Istituto
- esigenze di sviluppo di competenze legate a bisogni identificati nelle strutture organizzative
- alla fattibilità in base a:
 - modalità di realizzazione
 - sostenibilità in termini organizzativi
 - sostenibilità in termini economici

Gli obiettivi formativi riguardano le competenze riconosciute come indispensabili per esercitare adeguatamente i diversi ruoli sanitari nel nostro ospedale e migliorare la qualità del servizio erogato.

Nell'elaborazione del Piano di Formazione annuale è stata data priorità alla formazione in house, utilizzando le professionalità interne, alle quali si associano anche le esperienze scientifiche e professionali di livello nazionale e internazionale, con Università e Centri di eccellenza scientifico-assistenziale e scientifico-gestionale

Pertanto, oltre agli obblighi normativi relativi a sicurezza e prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, sono stati identificati i seguenti obiettivi formativi:

- Sviluppare le competenze necessarie per garantire la sicurezza del paziente. La prevenzione e gestione del rischio clinico può essere attuata solo stimolando una maggior consapevolezza nei professionisti circa le proprie responsabilità nella identificazione degli ambiti di maggior rischio e nell'adozione di comportamenti appropriati in relazione alle diverse attività clinico-assistenziali.
- Sviluppare e sostenere le competenze nella gestione dell'emergenza-urgenza, attraverso l'addestramento alle tecniche rianimatorie del personale sanitario selezionato.
- Sviluppare le competenze per garantire la qualità assistenziale attraverso l'utilizzo di strumenti conoscitivi e metodologici per la costruzione integrata di percorsi assistenziali, in accordo con le linee guida nazionali ed internazionali ed i principi basati sull'evidenza.
- Sostenere la responsabilità professionale attraverso lo sviluppo delle conoscenze relative al contesto normativo sanitario al fine di riconoscere ed utilizzare adeguatamente le opportunità e i vincoli che il sistema propone, in particolare in merito alla gestione della documentazione sanitaria.
- Attivare azioni di orientamento e inserimento lavorativo per il personale neo-assunto al fine di stimolare e sostenere il senso di appartenenza alla struttura e facilitare il processo di integrazione dei professionisti nei diversi settori di assegnazione.
- Sviluppare e aggiornare le competenze tecnico-professionali per rispondere efficacemente alla domanda di diagnosi, terapia ed assistenza, coerentemente con le

continue innovazioni scientifiche basate sull'evidenza e le linee guida di riferimento. Tale obiettivo è da riferirsi al miglioramento delle conoscenze e competenze per tutti i livelli di attività previsti nella struttura.

Complessivamente, la Formazione dell'IRCCS è così articolata:

- 27 eventi Formativi Accreditati presso la CNFC (ECM)
- 9 eventi Professionalizzanti (non ECM)

Di seguito si esplicitano gli eventi formativi in programma:

Eventi formativi accreditati presso la CNFC (ECM)

N.	Titolo Evento	Tipo Form.	Destinatari	N° Giornate	Tempi di realizzazione
1	CORSO BLS REFRESH	RES	Tutto il personale sanitario	10 Ed.	1°-4° trimestre
2	CORSO BLS	RES	Tutto il personale sanitario	15 Ed.	1°-4° trimestre
3	ACLS	RES	Medici, Infermieri	10 Ed.	1°-4° trimestre
4	GESTIONE DEI DISTURBI METABOLICI, DEL CONTROLLO DEL PESO E DELLA PROTEZIONE OSTEOMUSCOLARE NEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO NEURORIABILITATIVO	RES	Tutto il personale sanitario	2	1°-4° trimestre
5	IL RISCHIO CLINICO E LA SUA GESTIONE	RES	Medici, infermieri, fisioterapisti, logopedisti, tecnici (di laboratorio, neurofisiopatologia, radiologia)	3 Ed.	1°-4° trimestre
6	VIOLENZA SUI SANITARI	RES	Tutto il personale sanitario	2	1°-4° trimestre
7	RUOLO DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN SANITA'	RES	Tutto il personale sanitario	1	1°-4° trimestre
8	MOVIMENTAZIONE MANUALE E POSIZIONAMENTO CORRETTO DEI PAZIENTI	RES	Fisioterapisti	1	1°-4° trimestre
9	GESTIONE DELLA CANNULA TRACHEALE	RES	Logopedisti	1	1°-4° trimestre

10	LA PROFESSIONE DEL TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA NEI NUOVI PANORAMI ASSISTENZIALI E NELLA RIERCA	Res	MEDICI, TNFP	1	1°-4° trimestre
11	BIOMARKERS DELLA RISPOSTA INFIAMMATORIA	Res	MEDICI, TLB, INFERMIERI	1	1°-4° trimestre
12	ACCESSI E SICUREZZA NEI SITI RM	Res	MEDICI, TSRM, INFERMIERI	1	1°-4° trimestre
13	CORSO BASICO DI ELETTROCARDIOGRAFIA. DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELLE PRINCIPALI ARITMIE	RES	MEDICI,	1	1°-4° trimestre
14	CLINICAL RISK MANAGEMENT IN THE TRANSFUSION CHAIN		Tutto il personale sanitario	1	1°-4° trimestre
15	INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) GESTIONE E CONTENIMENTO	RES	Tutto il personale sanitario	1	1° trimestre
16	PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	RES	Tutto il personale sanitario e amministrativo	3 Ed.	1°-2° trimestre
17	IL DOLORE CRONICO: INQUADRAMENTO E TERAPIE INNOVATIVE	RES	Medici e Infermieri	1	1° trimestre
18	L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE: APPROCCI INNOVATIVI PER UN'ASSISTENZA SANITARIA EMPATICA E PERSONALIZZATA	Res	INFERMIERI	1	1° trimestre
19	DIAGNOSTICA AVANZATA NELLE CEREBROLESIONI ACQUISITE	RES	Tutto il personale sanitario	1	2° trimestre
20	DISTURBI DEL NEURO SVILUPPO: FENOTIPI CLINICI E TRAIETTORIE EVOLUTIVE	RES	Tutto il personale sanitario	2	2° trimestre
21	RADIOPROTEZIONE: APPLICAZIONI PER IL PAZIENTE IN DIAGNOSTICA RADIOLOGICA E	RES	MEDICI, TSRM, FISICI	1	2° trimestre

NORMATIVE PER GLI OPERATORI					
22	APPROCCIO GENERE-SPECIFICO IN NEUROLOGIA	RES	Tutto il personale sanitario	1	3° trimestre
23	IV CONGRESSO DELLA RETE IRCCS DI NEUROSCIENZE E NEURORIABILITAZIONE (RIN).	RES	Tutto il personale sanitario	1	3° trimestre
24	TERAPIE AVANZATE NELLA MALATTIA DI PARKINSON: DALA CLINICA ALLA PRATICA	RES	MEDICI	1	4° Trimestre
25	GESTIRE IL DEFICIT NEUROCOGNITIVO GRAVE: COMPETENZE PER UN APPROCCIO EFFICACE	RES	Tutto il personale sanitario	1	4° trimestre
26	LA DONAZIONE DI ORGANI DCD	Res	Medici e Infermieri	1	4° trimestre
27	MALATTIA DI ALZHEIMER E DEMENZE CORRELATE: STRATEGIE DI DIAGNOSI, CURA E PREVENZIONE	RES	Tutto il personale sanitario	1	4° trimestre

Eventi professionalizzanti (non ECM)

N°	Evento	Destinatari	n° Edizioni	n° Giornate	Tempi di realizzazione
1	BIOSTATISTICA PER NON STATISTICI	Personale della ricerca	1	2	1° trimestre
2	LA RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE NEUROLOGICO IN AMBIENTE ACQUATICO PRESENTAZIONE DI CASI CLINICI	Fisioterapisti	1	3	1° trimestre
5	FORMAZIONE ADDETTI ANTINCENDIO -E ALLA GESTIONE DELLE EMERGENZE RISCHIO ALTO (D.LGS. 81/08 E S.M.I.)	Operatori sanitari e amministrativi	2	2	1°-4° trimestre
6	FORMAZIONE ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO (D.LGS. 81/08 E S.M.I.)	Operatori sanitari e amministrativi	1	2	1°-4° trimestre

7	FORMAZIONE PREPOSTI (D.LGS. 81/08 E S.M.I.)	Operatori sanitari e amministrativi	1	1	1°-4° trimestre
8	FORMAZIONE SUB-DELEGATI EX ART. 16, COMMA 3-BIS, d.Lgs.n. 81/2008)	Operatori sanitari e amministrativi	1	1	1°-4° trimestre
9	FORMAZIONE LAVORATORI RISCHIO ALTO (D.LGS. 81/08 E S.M.I.)	Tutti gli operatori sanitari e amministrativi	1	1	1°-4° trimestre
10	PERCORSI ATTUATIVI D CERTIFICABILITA' (PAC) ED INTERNAL AUDITING NELLE AZIENDE SANITARIE	Tutti gli operatori sanitari e amministrativi	1	1	1°-4° trimestre

L'obiettivo della formazione

Il documento sulla Formazione è redatto allo scopo di attivare azioni di orientamento e inserimento lavorativo per il personale neo-assunto, al fine di stimolare e sostenere il senso di appartenenza alla struttura, e facilitare il processo di integrazione dei professionisti nei diversi settori di assegnazione.

L'ente intende perseguire gli obiettivi del piano attraverso:

- azioni di orientamento e inserimento lavorativo per il personale neo-assunto;
- creazione di competenze sull'utilizzo di strumenti conoscitivi e metodologici per la costruzione integrata di percorsi assistenziali;
- sviluppo ed aggiornamento di competenze tecnico-professionali per rispondere efficacemente alla domanda di diagnosi, terapia ed assistenza, coerentemente con le continue innovazioni scientifiche basate sull'evidenza e le linee guida di riferimento;
- sviluppo di competenze necessarie per garantire la sicurezza
- sviluppo e sostegno di competenze nella gestione dell'emergenza-urgenza
- formazione relativa a sicurezza e prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro
- sostegno alla responsabilità professionale attraverso lo sviluppo delle conoscenze relative al contesto normativo sanitario al fine di riconoscere ed utilizzare adeguatamente le opportunità e i vincoli che il sistema propone, in particolare in merito alla gestione della documentazione sanitaria

Tale obiettivo si pone nella direzione di garantire la qualità amministrativa, così come richiesto dall'art. 6 c. 1 d.l. 80/21.

Si rimanda al documento sulla formazione Aziendale 2025 allegato al seguente documento.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

Misurazione e valutazione della performance

Il sistema di misurazione e valutazione della performance si basa su un insieme di risorse, tecniche e processi che assicurano la correttezza delle azioni intraprese per le fasi di programmazione, misurazione, valutazione e rendicontazione degli obiettivi di performance, le fasi appena descritte rappresentano il ciclo della performance.

In merito al monitoraggio degli obiettivi e dei relativi indicatori di Performance va fatto un rinvio alle Relazioni sulla Performance, che di anno in anno, danno conto dei risultati raggiunti. Il Ciclo di gestione della Performance si sviluppa attraverso due distinti momenti di monitoraggio, che avvengono durante l'anno e consentono una visione completa dell'andamento dei risultati da raggiungere per comprenderne eventuali scostamenti e criticità.

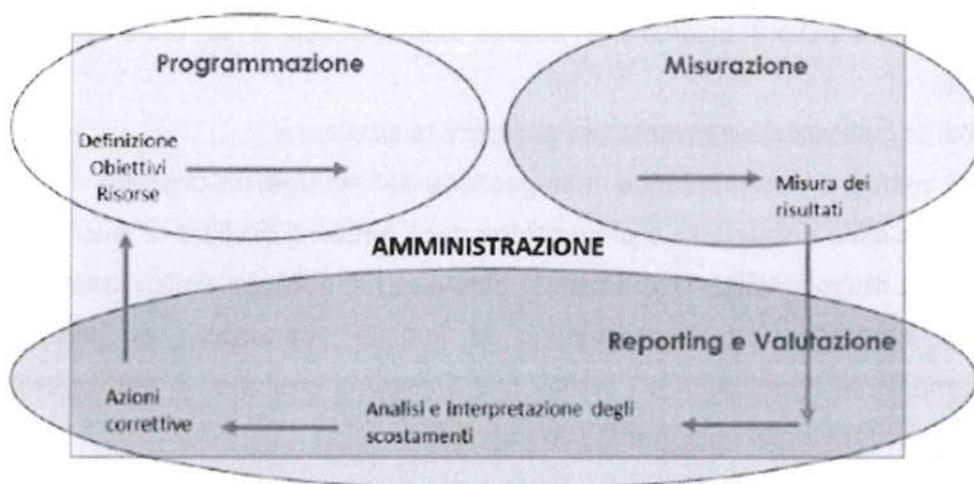
All'interno del ciclo della performance, la misurazione e la valutazione della performance sono due momenti distinti ed è così che vengono trattati all'interno dell'IRCCS.

Attraverso indicatori ben definiti si va a misurare e quindi quantificare il livello di raggiungimento dei risultati e l'impatto ottenuto da questi su utenti e stakeholders.

La fase di valutazione invece permette di analizzare e interpretare i risultati misurati, questa fase tiene conto dei fattori di contesto che possono aver determinato uno scostamento o meno dal valore di riferimento.

All'interno dell'IRCCS Bonino Pulejo le sopra esplicitate attività sono distinte ma complementari.

Di seguito viene descritto il ciclo della performance:



In fase di programmazione vengono definiti gli obiettivi di budget da assegnare alle UU.OO. presenti all'interno dell'IRCCS, la definizione degli obiettivi avviene attraverso

una SWOT analysis fatta a monte del processo e anche in base all'andamento dei risultati ottenuti negli anni precedenti. Gli obiettivi che vengono assegnati sono obiettivi sfidanti così da puntare ad un miglioramento continuo.

In questa fase la Direzione aziendale condivide, attraverso degli incontri, gli obiettivi con i responsabili delle UU.OO. al fine di raccogliere le loro perplessità e trovare il giusto compromesso tra risultati da raggiungere e risorse da impiegare. Il fine ultimo di questa fase è il coinvolgimento e la condivisione di tutti gli obiettivi con i responsabili delle Unità Operative con la preghiera di mettere a conoscenza anche e soprattutto il personale di comparto.

La fase di misurazione degli obiettivi avviene attraverso specifici indicatori assegnati al singolo obiettivo. Gli indicatori quali-quantitativi vengono alimentati attraverso i dati raccolti dai diversi sistemi informativi aziendali e dal software di Business Intelligence (BI) di cui l'Azienda dispone. Gli indicatori risultano utili per la misurazione dei risultati raggiunti.

La misurazione dei risultati avviene con cadenza trimestrale attraverso dei report direzionali e report di dettaglio da fornire anche alle Unità operative così da monitorare costantemente l'andamento del dato e dell'attività.

Il ciclo della performance si conclude con la fase di valutazione e reporting in cui la Direzione valuta, analizza ed interpreta gli scostamenti dal valore atteso. L'analisi e la valutazione dei risultati è uno step importante per poter intraprendere delle azioni correttive e di miglioramento e si pongono le basi per la programmazione dell'anno successivo.

La fase di reporting e di valutazione viene gestita attraverso degli incontri di riepilogo finale in cui si traggono le somme di ciò che è stato raggiunto assegnando loro una percentuale di raggiungimento che scaturisce dalla percentuale raggiunta nel singolo obiettivo.

Monitoraggio prevenzione della corruzione e trasparenza

Il piano è sottoposto a una revisione periodica annuale per verificare l'efficacia delle misure adottate e per introdurre eventuali adeguamenti normativi o organizzativi. Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (RPCT) coordina le attività di prevenzione della corruzione, redige report periodici sulle azioni intraprese e promuovere il miglioramento continuo delle politiche anticorruzione.

Il monitoraggio è stato impostato in modo tale da permettere le due verifiche principali:

- 1) l'attuazione delle misure;
- 2) l'idoneità delle misure.

Si rimanda al regolamento Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), allegato al seguente documento.



In particolare il paragrafo 6 contiene, oltre ad aspetti pratici, la valutazione dei rischi, la loro ponderazione e il loro monitoraggio.

I criteri generali delle misure sono improntati alla semplificazione, alla focalizzazione su poche misure prioritarie ma da implementare in modo chiaro e netto, alla informatizzazione dei processi, alla tracciabilità degli stessi, riducendo al minimo le possibilità di manipolazione successive, ad una maggiore comunicazione e formazione, all'incremento dei meccanismi di controllo e alla trasparenza.

Monitoraggio del lavoro agile

L'implementazione del lavoro agile richiede l'individuazione di obiettivi specifici, misurabili, coerenti e compatibili col contesto organizzativo, che consentano, da un lato, di responsabilizzare il personale rispetto al conseguimento degli obiettivi individuali e di struttura e, dall'altro, di valutare e valorizzare la prestazione lavorativa e i risultati effettivamente raggiunti.

A prescindere dal fatto che la prestazione sia resa in ufficio, in luogo diverso o in modalità mista, lo strumento utilizzato per la misurazione dei risultati è il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

Monitoraggio attività formative

Le attività formative saranno monitorate attraverso strumenti e metodologie specifiche e tale monitoraggio permetterà di conoscere lo stato di attuazione del singolo processo formativo programmato.

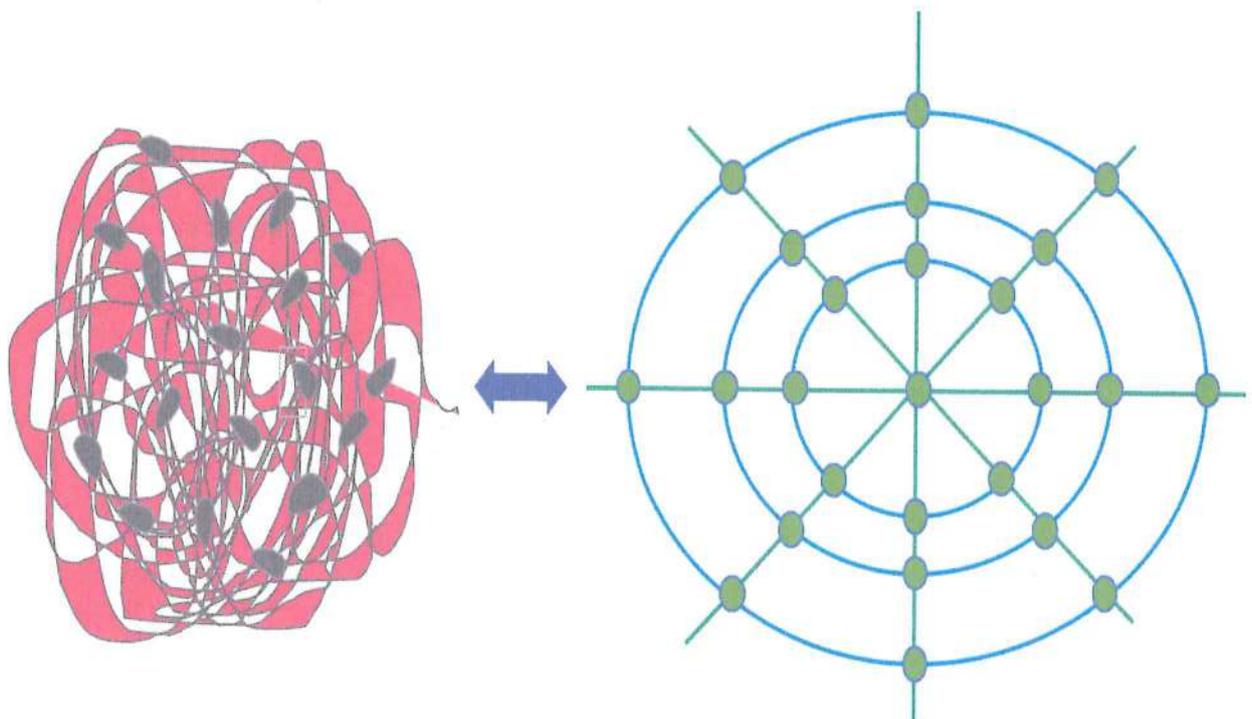


Il Direttore Generale
Dott. Maurizio Letterio Lanza





Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2025-2027



01 Introduzione: il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) nel PIAO

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (PTPCT) 2025-2027 dell'IRCCS Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo" è stato redatto seguendo due criteri base: *semplificazione* ed *operatività*. Pertanto, rispetto ai precedenti, sono state eliminate le descrizioni analitiche delle parti normative, privilegiando l'indicazione delle misure e del loro monitoraggio, in forma tabellare.

Il 2022 è stato l'anno di avvio del PIAO, all'interno del quale il PTPCT, si integra, partendo dai valori esposti nelle parti introduttive.

Il riferimento metodologico adottato nella stesura del presente PTPCT resta quello indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019, nonché il PNA 2022 ed l'aggiornamento nel PNA 2023 (delibera ANAC n. 605 del 19.12.2023).

Le informazioni ed i documenti, relativi al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), sono consultabili al seguente link del sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente":

<https://www.irccsme.it/doc/amministrazione-trasparente/>

Il PTPCT si articola in 6 parti, inclusa la presente PARTE 1, quale INTRODUZIONE.

Nella PARTE 2 viene riportata una rapida analisi di CONTESTO, interno ed esterno, ad integrazione di quella più dettagliata contenuta nel Piano delle Performance 2025-2027, solo per le finalità specifiche del PTPCT.

La PARTE 3 riporta invece una dettagliata esposizione dei CRITERI METODOLOGICI ADOTTATI.

Data la rilevanza della misura della ROTAZIONE "ordinaria" del personale, si è redatta la specifica PARTE 4.

La PARTE 5 è dedicata alla TRASPARENZA, quale strumento, di prevenzione della corruzione, con annessi i relativi obblighi di pubblicazione.

La PARTE 6 è la più operativa, contenendo le MISURE di prevenzione della corruzione con una presentazione tabellare che le colloca in una più ampia cornice di mappatura dei processi, della valutazione dei rischi, della loro ponderazione, del loro monitoraggio e della loro responsabilità.

I criteri generali delle misure sono improntati alla semplificazione, alla focalizzazione su poche misure prioritarie ma da implementare in modo chiaro e netto, alla informatizzazione dei processi, alla tracciabilità degli stessi, riducendo al minimo le possibilità di manipolazione successive, ad una maggiore comunicazione e formazione, all'incremento dei meccanismi di controllo, alla trasparenza.

Gli **obiettivi prioritari** per il 2025-2027, anche in funzione del concetto di "valore pubblico", sono: a) il governo delle **liste di attesa**, sia per le **prestazioni ambulatoriali ordinarie** o in ALPI, sia per tutti i ricoveri in regime

ordinario che in day-hospital, sia di area riabilitativa che non riabilitativa; b) la prosecuzione dell'implementazione della **mappatura partecipata dei processi**, soprattutto di area sanitaria.

02 Analisi specifica del contesto interno ed esterno in funzione della prevenzione della corruzione

Relativamente al **contesto interno**, nel 2024 non si sono verificate condotte o eventi corruttivi, incluse le fattispecie penali, come definite nel PNA 2019 (delibera n. 215 del 26 marzo 2019).

Non risulta ancora pienamente informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente" (per altro non obbligatorio).

Nel corso del 2023 sono pervenute n. 5 richieste di accesso civico "generalizzato" e n. 3 di accesso civico "semplice". Nel corso del 2024 sono pervenute n. 6 richieste di accesso civico "generalizzato" e n. 0 di accesso civico "semplice". Risulta istituito un registro degli accessi.

Sono stati effettuati dei monitoraggi semestrali degli obblighi di pubblicazione e riguardanti la totalità degli stessi.

Si è evidenziato un complessivo adempimento degli obblighi di trasparenza, con la necessità per incrementare e migliorare il livello di adempimento "spontaneo" e non "sollecitato".

Con delibera n. 233 del 16.03.2023 sono stati individuati e nominati i referenti del RPCT.

Il 16 dicembre 2024 è stata erogata una formazione specifica, in house e da remoto, in tema di prevenzione della corruzione, della trasparenza e della legalità. Il dott. Fabio D'Anna, Procuratore Generale della Repubblica presso la Corte d'Appello di Caltanissetta, ha trattato il tema "Principio della legalità e percezione della corruzione: quando l'illecito diventa normalità". L'evento è stato introdotto dalla dott.ssa avv. Maria Felicità Crupi, Direttore Amministrativo dell'IRCCS "Bonino-Pulejo" e dal dott. Giangaetano D'Aleo, RPCT dello stesso Istituto.

Nel 2024 l'IRCCS contava n. 165 dirigenti o equiparati e n. 730 non dirigenti o equiparati.

Non è stata necessaria una "rotazione" dei dirigenti nelle aree a rischio (risorse umane, provveditorato, economico-finanziaria e patrimoniale, concorsi), in quanto trasferiti o rientrati presso l'Azienda di appartenenza, come nel caso dell'UOC "Risorse Umane". Attualmente risultano vacanti i posti delle UU.OO.CC. "Provveditorato", "Risorse Umane", "Ufficio Tecnico" e "Controllo di Gestione", di cui sono in corso le relative procedure di reclutamento.

Tramite mail istituzionale del 29.01.2024, è stato inviato, a tutta l'Azienda, il link alle sezioni in cui sono stati pubblicati il PIAO 2024-2026 (con parte relativa al PTPCT) (adottato con delibera n. 66 del 28.01.2024) ed il Codice di Comportamento ed Etico (adottato con delibera n. 520 del 26.03.2018).

Con note prott. n. 5245 del 18.04.2024, n. 6664 del 20.05.2024, n. 10663 del 03.09.2024, n. 10672 del 03.09.2024, n. 16406 del 23.12.2024, è stato inviato ai vari Direttori / Responsabili di Unità Operative il piano delle azioni dell'obiettivo di performance d.15, "Azioni previste dal Piano Anticorruzione" (mappatura dei processi più a rischio), assegnato con nota prot. n. 440 del 12.01.2024; più nello specifico, è stata richiesta ai vari direttori o responsabili di unità operativa (UU.OO.), di indicare eventuali situazioni di rischio corruttivo nelle attività svolte nella rispettiva. Vi è stato un riscontro migliore, rispetto a quello del 2023; la mappatura dei processi a maggior rischio corruttivo è stata formalizzata tramite note prott. n. 158 del 08.01.2025, n. 167 del 08.01.2025, n. 248 del 09.01.2025, n. 494 del 14.01.2025 e n. 519 del 14.01.2025.

Nel 2024 è proseguito il processo di riorganizzazione aziendale, avviato negli anni precedenti.

Sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità. Non sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità, limitandosi alla raccolta delle rispettive dichiarazioni.

L'IRCCS ha adottato una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi.

È presente una procedura per la segnalazione di illeciti, idonea a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione ("Whistleblowing"). Non sono pervenute segnalazioni a riguardo dal 2019.

L'IRCCS ha adottato un Codice di Comportamento e gli obblighi di condotta ivi previsti sono stati estesi a tutti i soggetti di cui all'art. 2, co. 3, d.P.R. 62/2013 (collaboratori e consulenti, titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore delle amministrazioni). Non sono pervenute segnalazioni di violazione di tale Codice.

Nel corso del 2024 non sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti.

Non si sono verificate violazioni dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 per i soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p..

Non ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati.

Non si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale di cui all'art. 16, co. 1, lett. I-quater, d.lgs.165/2001, a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva

Relativamente al *post-employment / pantouflage*, si prevede l'invio di pec, a tutti i dirigenti che abbiamo cessato il rapporto di lavoro di pubblico impiego negli ultimi tre anni, tramite la quale si chiede agli stessi una dichiarazione di non aver svolto, 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 (misura nel PTPCT 2025-2027 (MP.13: Monitoraggio del divieto di post-employment / pantouflage nel 100% dei dirigenti che abbiano cessato il rapporto di pubblico impiego).

Relativamente al *contesto esterno*, *Transparency International Italia* ha pubblicato il *Corruption Perception Index* (CPI) (*Indice di Percezione della Corruzione*) 2023 (<https://www.transparency.it/indice-percezione-corruzione>): l'Italia si colloca al 42° posto nel mondo su 180 Paesi, con un punteggio di 56/100, con un guadagno di 14 punti dal 2012 (per maggiori dettagli si veda il link suindicato).



Secondo *Transparency International Italia*, la criminalità organizzata "ancora spadroneggia nel nostro Paese, preferendo spesso l'arma della corruzione che oggi ha assunto forme nuove, sempre più difficili da identificare e contrastare efficacemente".

Altra questione considerata rilevante, e non ancora adeguatamente normata dal Parlamento, "... è la regolamentazione del lobbying e dei conflitti di interesse".

Ai fini di un'analisi del contesto esterno più focalizzata a livello regionale siciliano e calabrese, si richiamano alcuni dati forniti nella relazione semestrale gennaio-giugno 2019 del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta ed i risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia.

La matrice "socio-economica" può essere strutturata in 5 macro-categorie che permettono un confronto tra regioni e, nel nostro caso, soprattutto di Sicilia e Calabria con le altre italiane:

popolazioni nella fascia di età 15-29 anni in possesso almeno della licenza media inferiore e nella fascia di età 15-64 anni con istruzione superiore (laurea – post laurea, diploma quinquennale e diploma professionale)";

soggetti occupati nella fasce di età 15–29 anni e 15-64 anni, ai soggetti in cerca di occupazione, ai non occupati né inseriti in percorsi di formazione nella fascia di età 15 - 29 anni";

povertà relativa, percezione delle famiglie di arrivare a fine mese con grande difficoltà, percezione delle famiglie di arrivare a fine mese con difficoltà;

reddito medio delle famiglie da lavoro dipendente, reddito medio delle famiglie da lavoro autonomo, reddito medio da pensioni o trasferimenti pubblici, domande accolte di reddito o pensione di cittadinanza;

imprenditoria giovanile e tasso di iscrizione lordo nel registro delle imprese.

Sicilia e Calabria si collocano nella fascia più bassa delle condizioni economiche; tale contesto può costituire un fattore predisponente per i fenomeni corruttivi.

La provincia, copre un territorio di circa 3247 Km² di superficie, comprensivo dell'arcipelago delle 7 isole Eolie di origine vulcanica situate al largo della Sicilia settentrionale. La popolazione, al 31.12.2018, era di circa 700.000 abitanti, distribuita in 107 comuni: terza dunque per estensione territoriale e residenti dopo Palermo e Catania, ma prima per numero di centri residenziali.

Il territorio della provincia di Messina è prevalentemente montuoso ad eccezione delle poco estese piane alluvionali alle foci dei corsi d'acqua. La maggiore concentrazione abitativa e di attività si trova sulla fascia costiera, a fronte del carattere prevalentemente collinare e montuoso dell'orografia, favorendo il fenomeno di "polverizzazione" degli insediamenti sul territorio. Ciò è anche favorito dalla rete dei collegamenti viari e ferroviari, in gran parte obsoleti, insufficienti e insicuri: l'infrastruttura più efficiente è rappresentata dalla A20, che si snoda lungo le coste tirreniche e ioniche per gli oltre 200 km che collegano Tusa, ultimo comune della provincia al confine con quella di Palermo, e Giardini Naxos, ultimo comune al confine con la provincia di Catania.

I dati sulla popolazione evidenziano come la disomogeneità geografica e strutturale del territorio caratterizzi anche il suo profilo demografico. Una popolazione che invecchia, con una struttura per classi di età di tipo regressivo, si associa al progressivo e continuo decremento demografico registrato come trend nella provincia nell'ultimo ventennio (pari complessivamente al 5.2%), imputabile soprattutto al saldo naturale negativo (penultima tra le provincie regionali per tasso di natalità, secondo i dati ISTAT 2017 su ogni 1.000 abitanti per 12,1 persone che muoiono ne nascono mediamente nell'intera Provincia 7,4) e bilanciato tuttavia dalla positività del saldo sociale dovuto alle ondate migratorie, in costante incremento dal 2008 e che pone oggi la provincia di Messina al terzo posto per incidenza di stranieri sulla popolazione residente (4,7% contro la media regionale del 4,0%). La presenza di immigrati differenzia tra ambiti culturali, socioeconomici e stili di vita del tessuto sociale, e, in linea generale, favorisce distorsioni e zone d'ombra nel mercato del lavoro e sacche di marginalità sfruttate dalla criminalità organizzata, che vi fidelizza piccoli sodalizi criminali.

Al 100° posto della classifica 2019 delle Province italiane per Qualità della Vita, stilata dal Sole 24 Ore, Messina si colloca all'84° posto nell'area "giustizia e sicurezza" e all'82° nell'area "ambiente e servizi".

Per tutti gli indicatori relativi alla popolazione anziana (tasso di invecchiamento, indice di vecchiaia, indici di dipendenza) i valori registrati nella provincia di Messina sono sensibilmente superiori alle medie regionali, inoltre il tasso di natalità è tra i più bassi della regione (al di sotto dell'8‰ negli ultimi anni), mentre vi si registra il più alto tasso di mortalità (circa il 12‰) e il più alto indice di vecchiaia (186,2% nel 2018 contro il 181,4%). All'interno del territorio provinciale, i Distretti Sanitari nebroidei (Patti, S. Agata di Militello e Mistretta) hanno una maggiore incidenza di anziani e una bassa presenza di immigrati, caratteristiche anche dei Comuni montani di tutti i Distretti dell'ASP. I comuni più giovani sono generalmente quelli sul mare (il Distretto di Lipari rileva i valori più bassi in tutti gli indici considerati ed è l'unico a registrare un incremento di popolazione residente), dove si osservano tassi di attività più elevati e quindi una presenza percentualmente superiore di

soggetti in età fertile, oltre che ad una maggiore densità abitativa: nella città capoluogo e negli altri sette “medi centri” che corrispondono alle sedi dei Distretti Sanitari, complessivamente risiede il 57.5% della popolazione totale. La vita media, seguendo un trend consolidato nei paesi occidentali, è aumentata, attestandosi nel 2016 a un valore provinciale pari a 79,6 anni per gli uomini e a 84,3 per le donne (Urbes - ISTAT 2018).

Il commercio insieme al turismo è l'elemento trainante dell'economia in provincia. Le attività commerciali risultano in maggior fase di sviluppo e traino a Messina città, Milazzo, Barcellona Pozzo di Gotto e Capo d'Orlando, nonché nelle zone turistiche di Taormina e delle Isole Eolie. La crisi economica, tuttavia, influenza negativamente il benessere delle comunità locali, comprimendone i bisogni e riducendo l'accesso ai servizi sociali, sanitari e culturali. Nel 2016 (Urbes - ISTAT 2018) nella provincia di Messina, quarta per tasso di attività dopo Ragusa, Enna e Siracusa, soltanto il 45,1% delle persone risultava occupato, con un livello occupazionale inferiore di circa 16,5 punti rispetto alla media nazionale; le percentuali scendevano maggiormente considerando l'occupazione femminile.

A Messina si trovano industrie di medie dimensioni dedite alla produzione di caffè, birra e generi alimentari, prefabbricati, mobili; il settore della cantieristica navale è presente nella zona del porto cittadino (storica sede della Rodriguez). Nella provincia di Messina, le imprese attive sono circa 4.000 di cui circa un quarto nel solo settore alimentare, la sede più importante è la Raffineria Mediterranea di Milazzo, ma la Valle del Mela ospita anche i Cantieri navali e le acciaierie di Giammoro, oltre che l'importante centrale elettrica di San Filippo del Mela (la provincia di Messina risulta essere tra le maggiori produttrici di energia elettrica e in assoluto la più alta consumatrice di olio combustibile per centrali termoelettriche della Sicilia, con una quota pari all'82% del totale regionale). Il Comprensorio del Mela, dichiarato dalla Comunità Europea “zona ad alto rischio ambientale”, è una delle aree più popolate e insieme più critiche della provincia (elevata incidenza di patologie correlate all'inquinamento). È dei primi giorni di gennaio 2020 la notizia del ritrovamento di una discarica abusiva presso la spiaggia di ponente di Milazzo di estensione enorme, una vera e propria emergenza ambientale, anche per la presenza di numerosi fusti contenenti presumibilmente rifiuti tossici. L'area di Milazzo, unitamente a quelle di Gela e di Augusta-Priolo, è oggetto di specifico programma organico di interventi straordinari mediante un tavolo tecnico regionale costituito da operatori dei settori interessati e decisori istituzionali e politici.

Le dinamiche socio-demografiche sono determinanti nel creare la domanda di salute e di fatto, insieme ad altri fattori contestuali, orientano le scelte e le politiche sanitarie anche attraverso gruppi di pressione più o meno dichiarati. Per tale motivo è opportuno porre attenzione alla “fitta rete di relazioni” di cui è costituito il sistema Sanità e di cui l'Agenas, nel “Primo rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza ed integrità”, redatto nell'ambito del Progetto “Illuminiamo la salute”, individua quattro gruppi principali di attori: operatori della salute, fornitori del mondo della sanità, decisori a livello politico e a livello tecnico-amministrativo, destinatari dei servizi.

Le riforme succedutesi nel tempo hanno unificato in un unico grande Distretto Sanitario (ASP5) la città di Messina, il cui territorio, costellato dai piccoli centri vicini, era diviso in due Unità Sanitarie Locali sin dal 1979. Le altre strutture sanitarie, insieme all'IRCCS “Bonino-Pulejo”, sono l'Azienda Ospedaliera Universitaria “G. Martino”, l'Azienda Ospedaliera “Papardo”, 8 Case di Cura private convenzionate (che complessivamente contano 747 posti letto accreditati), 176 Centri convenzionati (Laboratori di Analisi Cliniche, Diagnostica Radiologica, Ambulatori di Fisiokinesiterapia, Poliambulatori Specialistici, strutture presenti in maggior numero nei distretti di Messina, Milazzo, Barcellona P.G. e Taormina), 3 Consultori Familiari privati (di cui 2 a Messina e 1 a Taormina), 9 Centri Dialisi, 7 RSA, 2 CTA, 11 Strutture riabilitative, 2 Strutture termali (nel distretto di Messina), 2 Comunità collegate con i Ser.T. e, infine, 1 ONLUS e 1 Consorzio SRL nel settore delle cure palliative.

Operatori della salute profondamente radicati nelle comunità locali e in grado di indirizzare la domanda di salute sono i Medici di medicina generale (519) e i Pediatri di libera scelta (83) e, in secondo luogo e in minor misura, i titolari delle farmacie private (243, di cui 89 nel solo distretto di Messina): il loro coinvolgimento, soprattutto per l'appropriatezza prescrittiva e l'orientamento, risulta di rilievo in un campo sensibile quale quello della spesa farmaceutica e del corretto uso di presidi, dispositivi medici e strumentazioni sanitarie.

“Nel territorio di Messina è documentata la sussistenza di legami tra la criminalità organizzata locale e quella catanese”. Sono stati segnalati “... alcuni elementi di novità, con riferimento all’estensione criminale e l’operatività dei sodalizi catanesi, rilevate in note località turistiche del litorale jonico” (Relazione Ministro degli Interni, 1° semestre 2019).

Sono stati anche dimostrati sodalizi a Messina “... con le cosche calabresi e, in particolare, del reggino, in considerazione della posizione del territorio di Messina proteso verso il ‘continente’”.

L’attività investigativa ha rivelato un traffico di stupefacenti tra Albania, Emilia Romagna, Abruzzo, Calabria e la città di Messina, ove un gruppo criminale aveva la propria base operativa. L’approvvigionamento di stupefacenti avveniva grazie a fornitori albanesi che, tramite corrieri, facevano pervenire il carico a Messina, dove un esercizio di ristorazione era diventato punto di copertura per l’attività di spaccio. Sempre in relazione al traffico di stupefacenti, un sodalizio criminale gestiva una rete di spacciatori di hashish e marijuana, proveniente dalla Calabria e dall’Olanda.

Non mancano episodi che esprimono l’inclinazione delle famiglie locali a ricorrere alla violenza.

Nel comune di Messina, già nel 2017 con l’operazione “Beta” e il suo prosieguo, è stata accertata la presenza di una cellula di Cosa nostra catanese, verso la quale i locali gruppi criminali tendono a non entrare in conflitto. La citata operazione aveva rivelato come il sodalizio avesse praticato in quel contesto estorsioni e gestito illecitamente giochi e scommesse on line, ma anche turbato gare comunali per l’assegnazione di alloggi, nonché esercitato il controllo della distribuzione dei farmaci in Sicilia e Calabria.

Anche a Messina le consorterie mafiose continuano ad esprimere la tendenza ad esercitare il controllo del territorio, in primis attraverso le tradizionali attività criminali dell’estorsione. Lo mostrano i dati del semestre, nel territorio della provincia, relativi ai danneggiamenti e incendi ai danni, in particolare, delle attività commerciali. Da tempo è inoltre, comprovata l’esistenza dello sconfinamento in provincia di Messina di Cosa nostra palermitana (soprattutto del mandamento di San Mauro Castelverde, che comprende anche la famiglia di Mistretta) in particolare verso i comuni di Santo Stefano di Camastra, Reitano, Capizzi, Caronia e di Mistretta.

Con particolare riferimento a quest’ultima cittadina, la capacità della locale famiglia mafiosa di infiltrare la pubblica amministrazione è stata rivelata nel 2018 da un’indagine che ha individuato un amministratore locale come esponente di spicco della consorteria e ha portato, nel primo semestre 2019, allo scioglimento del comune di Mistretta. Nella relazione allegata al Decreto si evidenzia come sia stata accertata “... l’esistenza e l’operatività di una consorteria criminale denominata ‘famiglia mafiosa di Mistretta’ ... costituente l’estrema propaggine di Cosa nostra palermitana nella provincia di Messina. Tale consorteria criminale appare essere ... una testa di ponte di Cosa nostra nel territorio messinese attraverso cui vengono curati gli interessi palermitani in questa provincia”. Incongruenze sono emerse anche nella gestione di fondi demaniali e nella gestione degli apparati amministrativi comunali.

Altre investigazioni, concluse nel maggio 2019, hanno poi accertato l’interesse della consorteria di Mistretta per la gestione dei pascoli demaniali situati tra i Monti delle Madonie e dei Nebrodi. Dagli atti di indagine si legge che gli indagati, tra i quali alcuni originari della provincia di Messina, “... pur non essendo stabilmente inseriti nel sodalizio mafioso denominato Cosa nostra ed in particolare delle famiglie mafiose riconducibili al mandamento mafioso di San Mauro Castelverde, concorrevano nell’associazione mafiosa suddetta, in modo da determinare un significativo incremento del potere di infiltrazione in attività economiche lecite collegate allo sfruttamento di vaste aree agricole collocate nei territori del Parco delle Madonie, di Capizzi ... per l’ottenimento di contributi comunitari i quali venivano poi, in parte, versati ad elementi apicali del suddetto sodalizio mafioso ...”. Emerge tra l’altro il ruolo svolto da un notaio catanese nell’ambito della stipula, non regolamentare, di atti che hanno costituito il presupposto per la realizzazione di truffe aggravate ai danni dell’Agenzia di erogazione dei finanziamenti pubblici in agricoltura. Infine, si segnala l’arresto di soggetti riconducibili al sodalizio di Mistretta che, insieme ad appartenenti al gruppo dei “batanesi” di Tortorici (ME), avevano monopolizzato gli appalti pubblici della fascia tirrenica e del comprensorio dei Monti nebroidei.

Lungo la fascia tirrenica si conferma la presenza radicata della mafia “barcellonese”, molto attiva non solo nel traffico di droga, ma anche nelle estorsioni e nell’usura. Questa consorteria risulta suddivisa in gruppi che operano in precise aree territoriali e presenta una capacità riorganizzativa dei propri assetti interni,

compromessi dalle azioni investigative e da recenti collaborazioni con la giustizia avviate da esponenti di spicco. È quanto emerge dall'operazione "Nemesi", che ha confermato, tra l'altro, *"... il tentativo, condotto con notevole sforzo della famiglia barcellonese, di ripristinare un efficace assetto organizzativo, in modo da far fronte alle sempre necessarie e irrinunciabili esigenze di controllo del territorio"*.

Nella zona dei Nebrodi – che abbraccia un comprensorio esteso fino ai confini con le province di Palermo, Catania ed Enna – sono operative le consorterie dei "batanesi", dei "torticiani" e dei "brontesi".

Il territorio dove è comunque più pervasiva l'influenza delle consorterie catanesi è la fascia jonica, dalla periferia sud della città di Messina fino al confine con la provincia di Catania. Nel corso di alcune indagini sono stati, tra l'altro, sequestrati un bar, due lidi di balneazione e attività per il noleggio di imbarcazioni da diporto.

Non risultano, invece, evidenze di consolidati legami tra organizzazioni criminali locali e sodalizi stranieri, rilevando soltanto segnali di una eventuale interazione nell'ambito delle attività connesse all'immigrazione clandestina. In tal senso, si leggono le risultanze di un'operazione, conclusa nel mese di gennaio, che ha colpito un gruppo criminale di soggetti nigeriani impegnati nell'organizzare il trasporto, dall'Africa centrale verso l'Italia, di ragazze minorenni da avviare alla prostituzione. Il sodalizio interagiva in un network criminale transnazionale, con basi operative in Nigeria e in Libia, che individuava le ragazze da inviare verso l'Europa, a volte convincendole con l'inganno di false promesse di lavoro, in altri casi assoggettandole mediante riti esoterico-religiosi di "magia nera". I proventi illeciti venivano in gran parte inviati e reinvestiti in Nigeria.

In occasione della relazione di inaugurazione dell'Anno Giudiziario 2019, il Presidente della Corte d'Appello di Messina, denunciando la *"perdurante lentezza della macchina giudiziaria nel dare alla collettività le attese risposte di legalità"*, a causa dell'alto numero dei procedimenti pendenti, ha evidenziato un aumento dei procedimenti per reati contro la pubblica amministrazione, quali corruzione (+18%), mentre diminuiscono quelli di concussione (-25%) e di peculato (-25%). In aumento del 25% i reati di associazione per delinquere di tipo mafioso (anche finalizzata alle estorsioni, allo spaccio di sostanze stupefacenti, all'usura).

Dalle relazioni della DIA, emergono inoltre delle "insospettabili" infiltrazioni della criminalità organizzata mediante una rete di funzionari pubblici, esponenti della politica ed operatori economici compiacenti e non necessariamente affiliati, *"... i cosiddetti colletti bianchi, soggetti di diverse categorie ed estrazione sociale, non organici all'organizzazione criminale, che comunque contribuiscono a quelle strategie strumentali ad accrescerne le attività"* (Relazione 2° semestre 2016), traendone vantaggi personali. E se la Relazione 2017 mette l'accento sulla capacità della criminalità organizzata di mutare il proprio modus operandi, parlando dell'apertura *"di una nuova epoca – quella della mafia 2.0 – sempre più al passo con i tempi"*, la cui strategia ormai sempre più sommersa e silente utilizza *"metodologie volte a prediligere le azioni sottotraccia e gli affari sovente realizzati attraverso sofisticati meccanismi collusivi e corruttivi"*, la Relazione 2018 evidenzia come *"la corruzione, fondata su un tessuto sociale ancora disponibile al compromesso e che ha i suoi punti di forza nel familismo, nell'assistenzialismo e in un diffuso clientelismo, è finalizzata ad interferire sul funzionamento della pubblica amministrazione, soprattutto a livello locale e per lo più in quei settori dove transitano cospicue risorse economiche, come quello della sanità, dei rifiuti, del comparto agro-alimentare"*. Particolare rilievo viene dato alle infiltrazioni mafiose nei Comuni: *"Considerato che i Comuni, anche quelli di piccole dimensioni possono essere rilevanti centri di spesa, con la corruzione Cosa nostra è in grado di condizionare burocrazia e politica, per raggiungere più efficacemente i suoi scopi"*. La rilevanza del fenomeno è testimoniata dall'elevato numero di Comuni sciolti per mafia negli ultimi due anni, uno dei quali, Mistretta, in provincia di Messina nel corso del 2019.

In tale ambito si collocano diverse operazioni condotte negli ultimi anni, che hanno svelato l'esistenza di un comitato d'affari, composto da politici messinesi, esponenti della criminalità locale, imprenditori e faccendieri, che per anni ha gestito la cosa pubblica nella città dello Stretto. Gli indagati rispondono, a vario titolo, di associazione a delinquere, corruzione per atti contrari ai doveri d'ufficio, induzione indebita, corruzione, accesso abusivo ad un sistema informatico o telematico, intestazione fittizia di beni.

Altre indagini, come quella della Guardia di Finanza coordinata dall'inizio del 2018 dalle Procure di Roma e Messina, hanno portato alla luce nel 2019 frodi fiscali e corruzione in atti giudiziari, con il coinvolgimento sistematico di avvocati, magistrati e giudici tributari.

Resta alta l'attenzione per il settore di interesse dei **sodalizi mafiosi** identificato già dalle precedenti Relazioni in quello agro-pastorale della **zona nebroidea**, oggetto di **"un complesso sistema fraudolento per intercettare indebitamente fondi pubblici"** anche mediante il **condizionamento dell'assegnazione dei terreni demaniali**, dove si realizza un **sodalizio tra famiglie autoctone e famiglie dei mandamenti di Catania e Palermo**, come emerso dalle operazioni svolte dalla fine del 2018 all'inizio del 2020, che hanno scoperto una vasta infiltrazione della criminalità organizzata di stampo mafioso nell'aggiudicazione dei pascoli demaniali del Parco dei Nebrodi, con l'obiettivo di ottenere contributi comunitari nel corso degli anni per importi milionari, portando ai recenti 94 arresti e 151 fermi aziendali.

L'attività investigativa e giudiziaria ha ricostruito una **capillare suddivisione del territorio**, da parte di famiglie della criminalità organizzata, sia a Messina città che nella provincia, **inducendo a tenere molto alto il livello di vigilanza**, soprattutto relativamente ai **flussi di denaro** ed ai **finanziamenti pubblici**.

Entrando più nello specifico della pandemia da Covid-19, patologia causata dal virus a RNA SARS-CoV-2, si possono evidenziare i seguenti aspetti a rischio corruttivo, di cui tenere ancora conto sia in una prospettiva presente che futura.

In premessa va sottolineato come la pandemia da SARS-CoV-2 abbia rappresentato una **crisi**, per buona parte, **inattesa** – Nessuno dei piani anticorruzione 2020-2022, in ambito sanitario, ha valutato il rischio pandemia tra i rischi anche ipotetici richiesti da ANAC. La gestione dell'emergenza (durante, dopo e durante un secondo eventuale picco) modifica le attività **"... nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione ..."** (art. 1, comma 9°, legge 190/2012) di cui va tenuto conto nel PTPCT. È compito degli RPCT delle aziende sanitarie (art. 1, comma 10°, legge 190/2012; PNA 2019), per quanto di competenza, proporre la modifica del PTPCT **"... quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione ..."**. Il RPCT, per andare esente da responsabilità, deve fornire adeguata prova di aver proposto o modificato il PTPCT.

Mutazione del contesto esterno – Il quadro normativo, con i decreti di Fase 1, Fase 2, Fase 3, ha anche aumentato la disponibilità di risorse nazionali ed europee, incrementando il rischio di cattiva amministrazione legata alla pandemia, corruzione, conflitto di interessi (già emersi sui media e gli organi di stampa).

Mutazione del contesto interno – I processi e le attività propri dell'amministrazione aziendale, così come l'organizzazione interna sono mutati: **a)** assetti organizzativi provvisori o definitivi (ad esempio, unità operative, unità di crisi, ..); **b)** modifiche della mutazione organica (assunzioni a tempo determinato o indeterminato, proroghe o mancate proroghe di contratti secondo criteri più o meno definiti, mancate quiescenze, chiamate in servizio, *smartworking* con o meno meccanismi di controllo); **c)** consulenze secondo criteri più o meno definiti; **d)** modifiche infrastrutturali; **e)** offerta e domanda di servizi aggiuntivi (ad esempio, invio tramite mail di piani terapeutici, consegne a domicilio, webinar con informatori scientifici o fornitori di prodotti); **e)** gestione della liberalità.

Posti tali contesti, le **categorie di reati ed illeciti a rischio di incremento** sono: corruzione, riciclaggio, conflitto di interessi, infiltrazioni mafiose, abuso d'ufficio, voto di scambio, turbativa d'asta, lavoro nero, reati informatici, violazione delle disposizioni sulla protezione dei dati.

Illecito acquisto di beni e servizi o di opere - I fattori di rischio sono: **1)** elevata richiesta; **2)** scarsa disponibilità, interruzione dei canali di approvvigionamento ordinari; **3)** nuovi attori sul mercato, intermediari, pagamenti mediante canali inusuali; **4)** procedure semplificate, negoziate, senza previa pubblicazione; **5)** concentrazione dei poteri decisionali; **6)** riduzione dei tempi di selezione; **7)** conflitto di interessi; **8)** asimmetria informativa (assenza di indagini di mercato); **9)** scarsa trasparenza su procedure ed oggetto degli acquisti; **10)** parcellizzazione della spesa.

Sottrazione di materiali e dispositivi - I fattori di rischio sono: **1)** elevata richiesta del materiale all'esterno dell'azienda; **2)** scarsa disponibilità di materiale all'esterno dell'azienda; **3)** scarsità/inefficacia di meccanismi di controllo e protezione del materiale; **4)** iper-prescrizione.

Indebita gestione dei posti di terapia intensiva - I fattori di rischio sono: **1)** aumento non previsto dei pazienti COVID; **2)** elevata richiesta di posti letto; **3)** asimmetria informativa; **4)** conflitto di interessi; **5)** scarsa disponibilità di posti letto.

Indebita gestione delle sovvenzioni - I fattori di rischio sono: **1)** aumento non previsto delle sovvenzioni; **2)** inappropriata delle procedure di gestione; **3)** coinvolgimento di soggetti terzi nei servizi; **4)** utilizzo di liste ad inserimento manuale; **5)** accesso esclusivo o non controllato delle liste; **6)** scarsità/inefficacia di meccanismi di controllo e verifica.

Illecito vantaggio di un'impresa funebre - I fattori di rischio sono: **1)** aumento non previsto della domanda; **2)** riduzione dell'intervallo ricovero-decesso; **3)** ridotta capacità dei pazienti di gestire la procedura funeraria; **4)** scarsa disponibilità delle imprese; **5)** scarsità/inefficacia delle procedure di controllo.

Sperimentazione e ricerca - I fattori di rischio sono: **1)** elevata disponibilità di risorse; **2)** competizione tra società già coinvolte in reati inerenti la corruzione; **3)** deroghe ai protocolli di sperimentazione; **4)** maggiore facilità a collaborare con i privati; **5)** disponibilità di dati di estremo interesse per alcune aziende private; **6)** possibilità di pagare direttamente spese straordinarie per chi partecipa ad una data sperimentazione; **7)** possibilità di autorizzare dati sensibili via internet; **8)** possibilità per i vari informatori / promotori di contattare direttamente gli interessati, senza entrare nelle strutture pubbliche (*smartworking*); **9)** minore controllo ambientale per lo *smartworking*; **10)** possibilità di accedere ai dati dall'esterno (*smartworking*).

Altro elemento da non trascurare è quello del **processo vaccinale anti-Covid-19**: il principale rischio, oggi teorico, è l'attribuzione di una categoria di priorità al fine di ottenere un vantaggio; va tenuto presente che, nel corso del 2023, il processo vaccinale è stato ben al di sotto delle aspettative.

03 Criteri metodologici

Parte fondamentale del contesto interno è l'insieme dei processi, più o meno integrati ed interagenti tra di loro. La loro mappatura è fondamentale per conoscere lo stesso contesto interno. La **mappatura dei processi** è avvenuta in tre fasi: *identificazione*, *descrizione* e *rappresentazione*. L'*identificazione* è stata aggregata in **aree** (*di rischio*), distinte in **8 generali** (*trasversali* a tutte le amministrazioni) e **5 specifiche** per le *strutture sanitarie*, come da **PNA 2019**. Per la *descrizione* dei processi, si è adottata, per il corrente PTPCT, una forma ridotta di **elementi** utili: dai nove (*input*, *output*, *attività*, *responsabilità*, *tempi*, *vincoli*, *risorse*, *interrelazioni*, *criticità*), della forma più analitica proposta nel **PNA 2019**, a **tre** (*breve descrizione*, *attività*, *responsabilità*).

Per la *rappresentazione* si è scelta la forma tabellare, curando anche l'aspetto cromatico per rendere più fruibili le informazioni. La struttura iniziale della **tabella** è la seguente:

AREA 00 ...

processo	attività	responsabile

Dunque, nella tabella precedente, l'*identificazione* equivale alla colonna "**processo**" (nella formulazione sintetica, messa *in grassetto*), la *descrizione* a quella "**processo**" (*non in grassetto*) + "**attività**" + "**responsabilità**", la *rappresentazione* alla tabella stessa.

La valutazione del rischio si è articolata in tre fasi: *identificazione*, *analisi* e *ponderazione*.

L'*identificazione* delle attività a rischio, organizzata in forma tabellare, è stata considerata, all'interno del presente PTPCT, come un **registro** (o catalogo) suggerito dal **PNA 2019**.

L'*analisi* del rischio è stata semplificata nella *stima* del rischio. Partendo dai **6** indicatori chiave di stima del livello di rischio (**key risk indicators**), proposti nel PNA 2019, si è adottato un criterio di valutazione misto, qualitativo-quantitativo, oggettivo-soggettivo.

In questa sede è utile ricordare i **6 key risk indicators**: **1)** *interesse "esterno"* (presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici); **2)** *discrezionalità* del decisore interno alla PA (versus un processo decisionale

altamente vincolato); 3) *manifestazione di eventi corruttivi* in passato nel processo / attività esaminata; 4) *opacità del processo decisionale* (versus una trasparenza sostanziale e non solo formale); 5) *poca collaborazione* del responsabile del processo o dell'attività; 6) *non attuazione* delle *misure* di trattamento. A ciascuno è stato attribuito un punteggio da 0 a 5.

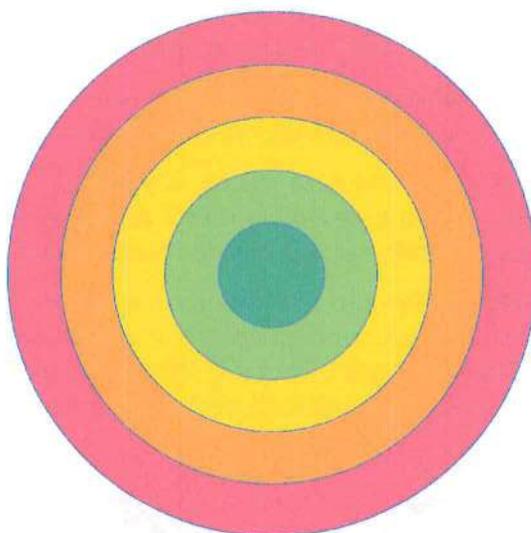
La *ponderazione* è stata settata su *5 gradi* quantitativi (da 0 a 30) con un corrispettivo qualitativo e cromatico, per una più immediata percezione della "magnitudo" del rischio.

Per semplificare, ed evitare di inserire troppe informazioni nella *tabella* (cui ancora mancano il "trattamento" del rischio ed il "monitoraggio") si è tolta la colonna stima del rischio, indicando nella colonna "ponderazione" la somma dei 6 *key risk indicators* (assente = 0, presente = 1).

Si sono così rappresentati i *5 gradi quantitativi*, qualitativi, cromatici della stima del rischio:

0 - 6	7 - 12	13 - 18	19 - 24	25 - 30
$0 \leq x \leq 6$	$6 < x \leq 12$	$12 < x \leq 18$	$18 < x \leq 24$	$25 < x \leq 30$
molto basso	basso	medio	alto	molto alto

La rappresentazione a cerchi concentrici dà più l'idea della "magnitudo" del rischio:



Il *trattamento del rischio* rappresenta il "cuore" del piano e consiste nell'individuazione delle misure atte a ridurre il rischio corruttivo e nella loro programmazione.

Per non "appesantire" la tabella (base), che da ora definiremo come "*tabella delle aree di rischio*", con numerose informazioni e considerando che, una stessa misura è stata adottata per contenere più attività a rischio corruttivo, le *misure*, con le rispettive *aree di rischio*, con il *cronoprogramma* e con il relativo *responsabile*, sono state inserite in un'unica "*tabella delle misure*" (di *prevenzione della corruzione*) in formato A3. L'*indicatore* comune, non esplicitato, è il raggiungimento (valore = 1) o il non raggiungimento (valore = 0) di quanto contenuto nella descrizione (che riporta anche l'evidenza oggettiva per potersi definire "soddisfatto" il requisito di raggiungimento della misura stessa).

Ecco una semplificazione grafica di quanto detto, rispettivamente per le tabelle delle aree di rischio e delle misure:

Area di rischio ???						
???						
processo	attività		rischio		ponderazione	azioni intraprese
P.00.00 ???	A.00.00.00	???	R.00.00.00	???	medio	???

Misure di prevenzione del rischio corruttivo														
misure		aree	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic
MP.01	???		●											
MP.02	???			●										
MP.03	???			●										

Essendo l'obiettivo del presente PTPCT anche quello di accompagnare i vari responsabili e referenti del RPCT in un percorso formativo molto pratico, e considerato il numero limitato di processi da monitorare, per il 2025 si è optato per un *monitoraggio di secondo livello* ovvero attuato dal RPCT, cui confluiranno i dati e gli indicatori relativi.

Per semplificare, si è fatto in modo che per ogni attività sia individuato un unico responsabile in base alla funzione, per evitare di dover rimodificare il PTPCT in caso di variazioni.

Il responsabile di un'attività, attua pienamente una misura nel momento in cui invia le evidenze indicate nella descrizione, per lo più attraverso una nota protocollata, ma anche tramite una delibera.

Il RPCT, verificata la non eventuale attuazione della misura, chiederà al responsabile dell'attuazione della stessa misura delle spiegazioni per iscritto e, se non le riterrà adeguate, segnalerà la mancata o parziale attuazione della misura al Direttore Generale e all'OIV, che decideranno per eventuali sanzioni disciplinari.

Il nuovo PTPCT è stato strutturato per favorire il massimo *coinvolgimento* (consultazione) degli "attori" interessati ed una *comunicazione* efficace. L'orientamento è quello della *massima programmazione*, riducendo al minimo riunioni "estemporanee", senza chiarezza nei motivi di convocazione e senza razionalizzazione del tempo, risorsa preziosa da utilizzare nell'attuazione delle misure.



[Handwritten signature]

Le 13 aree sono state anche **identificate** con un **codice numerico** a due cifre, come sotto rappresentato:

area (di rischio)	tipologia	codice
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari <i>privi</i> di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	generale	01
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari <i>con</i> effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	generale	02
Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)	generale	03
Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)	generale	04
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	generale	05
Controlli, verifiche, ispezioni esenzioni	generale	06
Incarichi e nomine	generale	07
Affari legali e contenzioso	generale	08
Attività libero professionale (ALPI)	specificata	09
Liste di attesa	specificata	10
Rapporti con soggetti erogatori	specificata	11
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	specificata	12
Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero	specificata	13

Nel PTPCT 2025 si sono inserite tutte le attività a rischio all'interno di tali aree, evitando di aggiungerne altre.

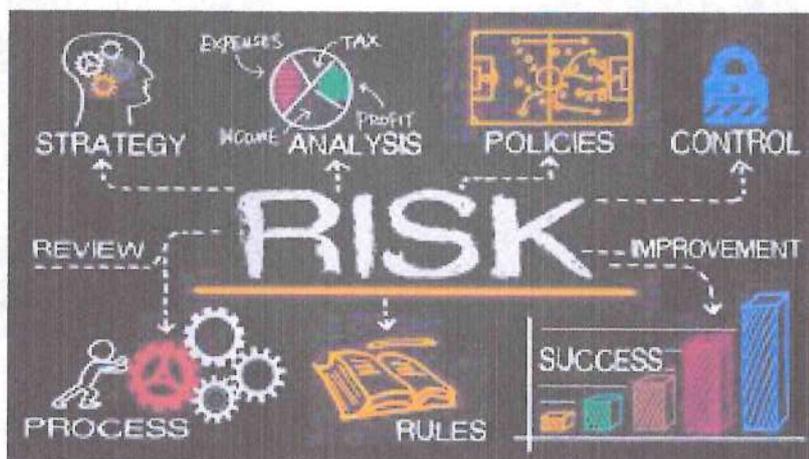
Il **processo** viene brevemente **descritto**. Una parte del testo è in **grassetto**, per focalizzarne più immediatamente il concetto chiave: ciò corrisponde anche all' "**identificazione**".

Per rendere ancora più efficace l'identificazione, i processi sono stati anche **codificati** in modo **alfa-numerico**: P.00.00. P sta per "**processo**". Le **due cifre successive** a P. identificano l'**area di rischio**. Le **due cifre successive** a P.00. identificano il **processo** (P.00.00). Ad esempio, P.01.03 è il terzo processo dell'area (di rischio) 01.

L'**attività** di un processo viene **descritta** ed **identificata** (parte con carattere in grassetto), in un'unica colonna. È anche identificata con **codice alfa-numerico**, analogamente a quanto avvenuto per il processo, con due differenze: la lettera iniziale è la A e si aggiungono dopo A.00.00. altre due cifre per identificare l'attività (A.00.00.00). Ad esempio, A.01.03.02 è la seconda attività, del terzo processo dell'area (di rischio) 01.

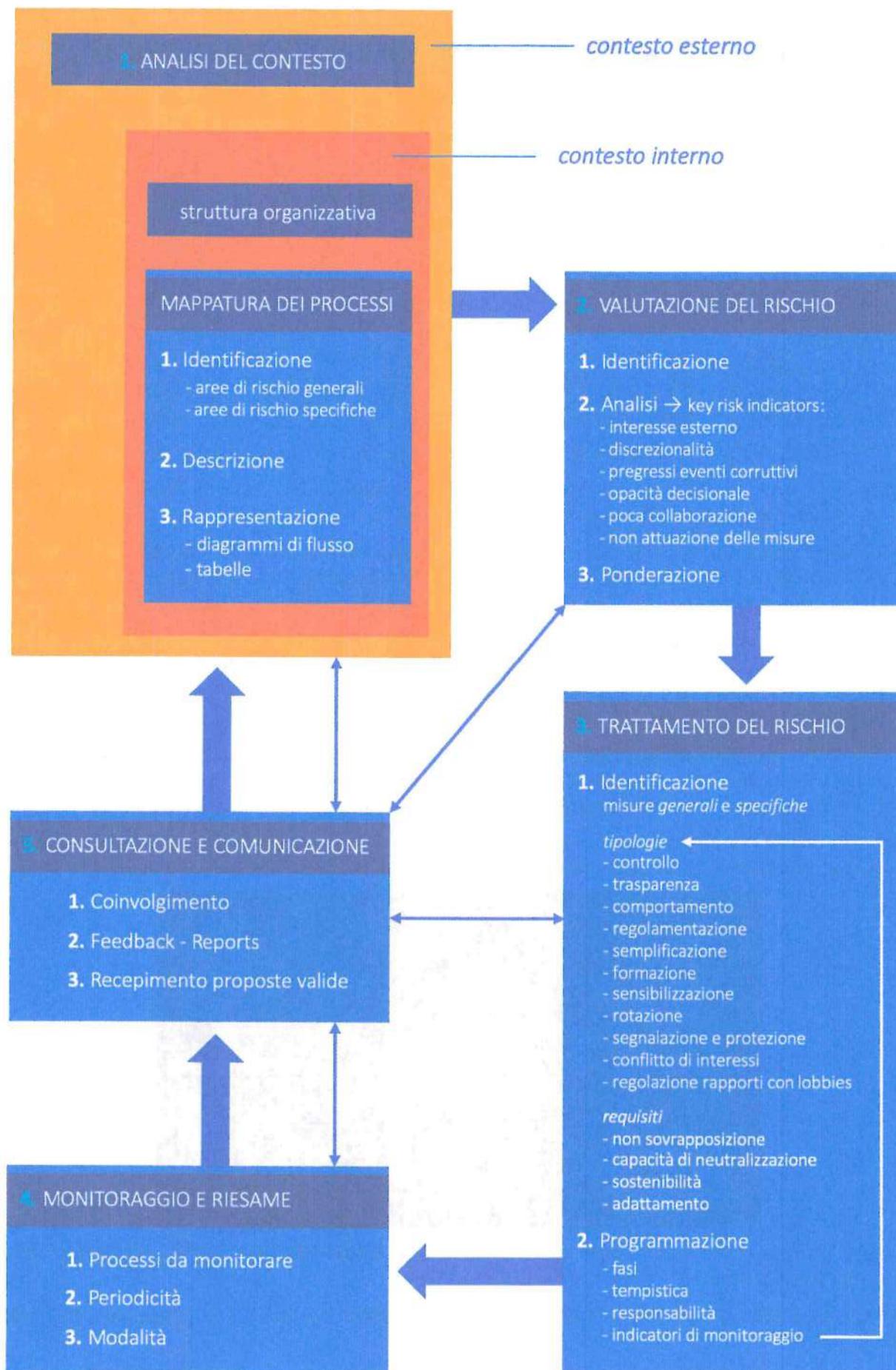
Il **rischio corruttivo**, legato ad un'attività, è **descritto** ed **identificato** in un'unica colonna. È anche identificato con **codice alfa-numerico**, analogamente a quanto avvenuto per la relativa attività, con la differenza che la lettera iniziale è la R (R.00.00.00). Ad esempio, R.01.03.02 è il rischio legato all'attività A.01.03.02.

La **ponderazione** è espressa **qualitativamente** e **cromaticamente**, rinviando alla **tabella di sintesi delle aree a rischio** alla ponderazione media delle attività di una stessa area.



Le **misure di prevenzione MP** sono state concentrate, nel PTPCT 2025-2027, in **35** ed identificate con codice alfa numerico a due cifre: **MP.01, MP.02, ... MP.35**.

Di seguito si riporta una mappa di sintesi dei vari processi che hanno portato alla redazione del PTPCT 2025-2027.



Handwritten signature

Handwritten mark

04 Rotazione "ordinaria" del personale

La **legge 190/2012, art. 1, comma 5, lettera b**, prevede sia procedure appropriate per selezionare e **formare** i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, sia la **rotazione** di dirigenti e funzionari. Inoltre, 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 ..."*.

Lo stesso **art. 1, al comma 4, lettera e**, dispone che **spetta ad ANAC definire i criteri** per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione. L'ANAC ha sintetizzato tutti i riferimenti normativi nell'**allegato 2 del PNA 2019**.

L'**ambito soggettivo** è riferito a **tutti i pubblici dipendenti** e, quindi, anche ai dipendenti delle aziende sanitarie pubbliche (**Linee Guida, Determinazione n. 1134/2017; legge 190, comma 4 lettera e, comma 5 lettera b**).

Nel processo di rotazione le amministrazioni (aziende sanitarie pubbliche) sono tuttavia tenute a tenere conto dei **vincoli soggettivi** (attinenti al rapporto di lavoro) e dei **vincoli oggettivi** (connessi all'assetto organizzativo).

Vincoli soggettivi - Le misure di rotazione devono essere compatibili con eventuali **diritti individuali** dei dipendenti interessati soprattutto se le misure riguardano la sede di servizio del dipendente (diritti sindacali, legge 104/1992 con particolare riferimento al permesso di assistere un familiare con disabilità, d.lgs 1513/2001 sul congedo parentale). Va attuata la preventiva informativa sindacale con lo scopo di consentire all'Organizzazione sindacale di formulare (in tempi brevi) osservazioni e proposte; ciò non comporta tuttavia un'apertura di una fase di negoziazione in materia.

Vincoli oggettivi - Le misure di rotazione non devono compromettere il **buon andamento** e la **continuità** dell'**azione amministrativa**, nonché la qualità delle **competenze professionali** (legge 190, art. 1, commi 60 e 61; delibera ANAC n. 13/2015). Tra i condizionamenti all'applicazione della rotazione vi può essere quello della cosiddetta **infungibilità** (appartenenza a categorie o professionalità specifiche, con ordinamenti peculiari di settore o particolari requisiti di reclutamento o iscrizione ad albi). Nel caso in cui si tratti di categorie professionali omogenee non si può invocare il concetto di infungibilità e rimane rilevante, anche ai fini della rotazione, la valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo. Anche per prevenire situazioni come questa, in cui la rotazione sembrerebbe esclusa da circostanze dovute esclusivamente alla elevata preparazione di determinati dipendenti, le amministrazioni dovrebbero programmare adeguate **attività di affiancamento** e **formazione** propedeutiche alla rotazione.

Qualora la rotazione "ordinaria" del personale non potesse essere attuata (specie in realtà di piccole dimensioni), le amministrazioni, tuttavia, devono **motivare adeguatamente nel PTPCT** le ragioni della mancata applicazione dell'istituto e sono tenute ad adottare **misure alternative** per evitare che il soggetto non sottoposto a rotazione abbia il controllo esclusivo dei processi, specie di quelli più esposti al rischio di corruzione.

L'ANAC suggerisce le seguenti **misure alternative**: **1) trasparenza** (pubblicazione di dati ulteriori ed a disposizione di più persone); **2) condivisione delle fasi procedurali** (affiancamento tra funzionari); **3) "segregazione delle funzioni"** (affidare le varie fasi procedurali a più persone, avendo cura in particolare che la responsabilità del procedimento sia sempre assegnata ad un soggetto diverso dal dirigente, cui compete l'adozione del provvedimento finale); **4) rotazione "funzionale" all'interno dello stesso ufficio** (mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, anche con una diversa ripartizione delle pratiche secondo un criterio di causalità); **5) "doppia sottoscrizione" degli atti** (firmano, a garanzia della correttezza e legittimità, sia il soggetto istruttore che il titolare del potere di adozione dell'atto finale); **6) collaborazione tra diversi ambiti** (con riferimento ad atti ad elevato rischio, lavoro in team che peraltro può favorire, nel tempo, anche una rotazione degli incarichi).

È necessario che l'amministrazione chiarisca, nel proprio PTPCT, i criteri di rotazione, ne individui la fonte di disciplina e ne sviluppi un'adeguata programmazione.

Criteri della rotazione ed informativa sindacale - Il PTPCT deve contenere: a) l'**individuazione degli uffici da**

sottoporre a rotazione; b) la fissazione della periodicità della rotazione; c) le caratteristiche della rotazione, se funzionale o territoriale. Le amministrazioni devono dare preventiva e adeguata informazione alle organizzazioni sindacali, per consentire osservazioni e proposte, senza che ciò comporti l'apertura di una fase di negoziazione in materia. Il PTPCT può rinviare la disciplina della rotazione a ulteriori atti organizzativi (possono essere utili i regolamenti di organizzazione sul personale o altri provvedimenti di carattere generale già adottati, chiarendo sempre qual è l'atto a cui si rinvia). Per la rotazione dei dirigenti, il PTPCT potrà rinviare alla disciplina più specifica quale la "direttiva incarichi" o atti equivalenti.

Programmazione pluriennale della rotazione - È fondamentale che la rotazione sia programmata su base pluriennale, tenendo in considerazione i vincoli descritti. Ciò consente di rendere trasparente il processo di rotazione e di stabilirne i nessi con le altre misure di prevenzione della corruzione.

Gradualità della rotazione - Tenuto conto dell'impatto che la rotazione ha sull'intera organizzazione, è consigliabile programmarla gradualmente. Vanno considerati, innanzitutto, gli uffici più esposti al rischio di corruzione, quindi quelli con un livello di esposizione al rischio più basso. Potrebbe risultare utile programmare in tempi non simultanei la rotazione dei dirigenti e del personale non dirigenziale all'interno di un medesimo ufficio.

Monitoraggio e verifica - Nel PTPCT è necessario siano indicate le modalità attraverso cui il RPCT effettua il monitoraggio sull'attuazione delle misure di rotazione previste e il loro coordinamento con le misure di formazione. Gli organi di indirizzo, i dirigenti generali ed il responsabile della formazione, sono tenuti a mettere a disposizione del RPCT ogni informazione utile per l'applicazione della misura della rotazione e su eventuali difficoltà. Nella relazione annuale il RPCT espone il livello di attuazione delle misure di rotazione e delle relative misure di formazione, motivando gli eventuali scostamenti tra misure pianificate e realizzate. Quest'ultima costituirà una base informativa per la vigilanza dell'ANAC.

La rotazione ordinaria dei **dirigenti** è opportuno venga programmata nell'ambito dell'atto generale approvato dall'organo di indirizzo, contenente i criteri (chiari ed oggettivi) di conferimento degli incarichi dirigenziali. La rotazione dirigenziale, specie in determinate aree a rischio, dovrebbe essere una prassi "fisiologica", mai assumendo carattere punitivo e/o sanzionatorio. Essendo la rotazione una misura che ha effetti su tutta l'organizzazione di un'amministrazione, progressivamente la rotazione dovrebbe essere applicata anche a quei dirigenti che non operano nelle aree a rischio.

La rotazione ordinaria del **personale non dirigenziale** può essere effettuata o all'interno dello stesso ufficio o tra uffici diversi nell'ambito della stessa amministrazione. La rotazione è applicabile anche ai titolari di posizione organizzativa, nei casi in cui nell'amministrazione il personale dirigenziale sia carente o del tutto assente. È considerata una *best practices* favorire la rotazione tra i funzionari attraverso una procedura di interpello.

Rotazione nell'ambito dello stesso ufficio - Una prima possibilità è la rotazione "funzionale", ossia una modifica periodica dei compiti e delle responsabilità affidati: facendo ruotare periodicamente i responsabili di procedimenti / istruttorie, applicando la rotazione dei funzionari che facciano parte di commissioni interne all'ufficio o all'amministrazione, alternanza di *back office* - *front office*.

Rotazione nella stessa amministrazione tra uffici diversi - La durata di permanenza nell'ufficio deve essere prefissata da ciascuna amministrazione secondo criteri di ragionevolezza, tenuto conto anche delle esigenze organizzative. Nelle strutture complesse o con articolazioni territoriali, la rotazione può avere carattere di "rotazione territoriale", nel rispetto delle garanzie accordate dalla legge in caso di spostamenti di questo tipo.

In prospettiva: rotazione tra amministrazioni diverse - Attualmente non vi sono i presupposti normativi per realizzare la rotazione fra amministrazioni diverse, piuttosto il passaggio diretto dei dipendenti (d.lgs. 165/2001, art. 30, comma 1, del come novellato dal d.l. 90/2014) o il trasferimento previo accordo, tra le amministrazioni interessate, in altra amministrazione, in sedi collocate nel territorio dello stesso comune ovvero a distanza non superiore a cinquanta chilometri dalla sede cui sono adibiti (d.lgs. 165/2001, art. 30, comma 2). In prospettiva, l'ANAC auspica modifiche legislative che possano consentire la rotazione tra amministrazioni, valorizzando forme aggregative attraverso convenzioni.

È fondamentale che le commissioni dei vari concorsi siano costituite da personale con comprovate e specifiche

competenze e comprovate esperienze in merito all'oggetto del concorso stesso.

È auspicabile che, nella **composizione delle commissioni**, si attui sia una **rotazione** dei **componenti**, nonché del **presidente** della stessa commissione, sia un **coinvolgimento di tutto il personale**, che soddisfi i già citati requisiti di **competenza** e **comprovata esperienza** in relazione all'oggetto del concorso.

È opportuna una rotazione anche nel ricorso ai vari **consulenti**.

05 La trasparenza: strumento ed obblighi di pubblicazione

La predisposizione della presente sezione del PTPCT recepisce quanto previsto nella materia *de qua* dal **d.lgs 14 marzo n. 33 del 2013 e s.m.i.**, rubricato "**Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni**" (modificato dal **d.lgs. 25 maggio 2016 n. 97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"**) ed in particolare dall' **art 1. comma 1** secondo cui 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**".

La significativa ostensione della nozione di trasparenza, quale regola per l'organizzazione, presupposto per una buona ed efficiente attività amministrativa e per la realizzazione di una moderna democrazia, viene peraltro richiamata dall'ANAC negli ultimi aggiornamenti del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA); particolare attenzione va posta nel bilanciamento, da valutare caso per caso, tra la trasparenza ed il diritto alla riservatezza (privacy), consolidato con l'entrata in vigore del **Regolamento (UE) 2016/679** e del **d.lgs. 10.8.2018, n.101**, che adegua il codice in materia di protezione dei dati personali (**d.lgs. 30.6.2003, n.196**) alle disposizioni del Regolamento UE.

La struttura delle informazioni previste sul sito **www.irccsme.it**, nell'apposita sezione denominata "**Amministrazione Trasparente**", viene organizzata in sottosezioni all'interno delle quali sono elencate e pubblicate tutte le notizie, i documenti e le tipologie di dati, in conformità di quanto previsto dal sopracitato **d.lgs. n.33/2013 e s.m.i.** ed ai dettami resi dall'ANAC.

Come previsto con la deliberazione ANAC **n. 1310 del 28/12/2016 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza, diffusione di informazioni contenute nel decreto legislativo n. 33/2013 e ss.mm. ii."**, è allegata alla presente sezione del **PIAO-PTPCT 2025-2027, quale parte integrante e sostanziale**, una tabella riassuntiva, denominata: "**Elenco obblighi di pubblicazione**" ove, per ogni obbligo, si riporta: **1) denominazione sottosezione (livello 1 – macrofamiglia)** di pubblicazione; **2) denominazione sottosezione (livello 2 - tipologie di dati)** di pubblicazione; **3) riferimento normativo**; **4) denominazione del singolo obbligo**; **5) contenuti dell'obbligo**; **6) tempistica di aggiornamento**; **7) responsabile dell'obbligo di pubblicazione**; relativamente a tale punto, il responsabile indicato può, nei limiti delle disposizioni legislative vigenti, indicare un delegato all'assolvimento di tale obbligo, tramite nota protocollata da inviare, entro 15 giorni dalla pubblicazione del **PIAO 2025-2027**, alla Direzione Generale, al RPCT e all'OIV.

La suddetta **tabella** è stata **aggiornata** nella **sezione Bandi di gara e contratti**, in considerazione di quanto previsto dalle **delibere ANAC n. 264 del 20/06/2023** e n. **601 del 19.12.2023**.

invio al RT (con indicazione nominativa del dipendente individuato e dell'Ufficio/articolazione aziendale di appartenenza).

I **Responsabili degli Uffici dell'Amministrazione** e delle **Unità Operative interessate, dovranno pertanto garantire** oltre la regolare attuazione dell'istituto dell'accesso civico, espressamente disciplinato dagli **artt. 5 e**

ss. del d.lgs. n.33/13 e s.m.i., la pubblicazione dei dati obbligatoriamente prevista. In questa attività dovranno fare riferimento al Responsabile della Trasparenza e, per il *supporto tecnico* al personale dell'Unità Operativa Sistemi Informativi dell'Istituto, al fine di consentire il regolare e costante flusso delle informazioni di competenza, che dovranno essere trasmesse all'*Addetto alla Pubblicazione dei dati sul sito istituzionale*, già individuato dall'Istituto (sig. Riccardo Costa).

Il Responsabile della trasparenza dell'IRCCS (RT) ha il *compito* (ex art.43 d.lgs n.33/13 e s.m.i.) di *controllare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione* previsti dalla vigente normativa e richiamati nel presente PTPCT.

Nell'ambito del ciclo di gestione della performance sono definiti obiettivi, indicatori e puntuali criteri di monitoraggio e valutazione degli obblighi di pubblicazione e trasparenza.

Il monitoraggio rappresenta uno degli assi portante del sistema dei controlli interni; nel presente PTPCT sono state individuate specifiche misure da attuare nel corso dell'anno, ivi inclusi dei *reports di monitoraggio* sugli obblighi di pubblicazione. In ordine alla metodologia di monitoraggio, si precisa che i responsabili della trasmissione del dato da pubblicare, ai fini della *valutazione del grado di adempimento del livello di trasparenza*, dovranno verificare la soddisfazione dei parametri individuati dall' ANAC ed assicurare il rispetto dei criteri di qualità delle informazioni da pubblicare, indicati nel *d.lgs n.33/2013 art. 6* e richiamati nella sopracitata *delibera ANAC n. 1310 /2016*, ossia:

- *compliance*: il dato è pubblicato sul sito istituzionale dell'IRCCS, nella Sezione "Amministrazione Trasparente";
- *completezza*: il dato pubblicato riporta tutto quanto richiesto dalle previsioni normative e/o con riferimento a tutti i soggetti previsti;
- *tempestività e costante aggiornamento*: l'informazione è pubblicata in relazione alla periodicità di aggiornamento prescritta dalle norme con l'Indicazione della data di aggiornamento del dato, /documento: si ribadisce la necessità, quale regola generale, di esporre, in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione trasparente", la data di aggiornamento, distinguendo quella di "iniziale" pubblicazione da quella del successivo aggiornamento;
- *apertura, semplicità di consultazione e riutilizzabilità* del dato pubblicato (anche quello tabellare) (*d.lgs n.33/2013, art. 7 e s.m.i; Codice dell'amministrazione digitale, art. 68 d.lgs n.82/2005 e s.m.i.*), per cui si rende necessario, ove possibile, *esposizione in tabelle dei dati oggetto di pubblicazione*: l'utilizzo, ove possibile, delle tabelle per l'esposizione sintetica dei dati, documenti ed informazioni aumenta, infatti, il livello di comprensibilità e di semplicità di consultazione dei dati, assicurando agli utenti della sezione "Amministrazione trasparente" la possibilità di reperire informazioni chiare e immediatamente fruibili.

I Responsabili della Trasmissione dovranno altresì verificare che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel *d.lgs n.33/13* o in altra normativa, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei principi applicabili al trattamento dei dati personali *ex art. 5 del Regolamento UE 2016/679*, per tale aspetto potranno avvalersi, ove necessario, dell'ausilio del Responsabile della Protezione dei Dati, individuato dall'Istituto, il cui nominativo e contatti sono resi noti nella sezione: "privacy" del sito istituzionale.

Il Responsabile della Trasparenza dovrà *segnalare al Direttore Generale* e all'OIV i *casi di inadempimento* o adempimento parziale degli obblighi previsti in materia di pubblicazione, anche ai fini (in relazione alla gravità del caso) di una eventuale comunicazione all'Ufficio Procedimenti Disciplinari " (*d.lgs n.33/2013, art. 43, comma 5 e s.m.i.*).

L'ACCESSO CIVICO - L'IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo", persegue la finalità di attuare attraverso l'esercizio del diritto di accesso agli atti, ai documenti ed alle informazioni ivi contenute, il principio di trasparenza dell'attività amministrativa, intesa come "*accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni,*" introdotto dal *D.Lgs. 14.3.2013 n.33 e s.m.i.*.

Nel nostro ordinamento sono previste tre tipologie di accesso:

"**Accesso documentale**", ai sensi degli *artt.22 e ss. della legge 7 agosto 1990 n. 241* e successive modificazioni ed integrazioni e dal Regolamento contenuto nel *D.P.R. n.184 del 12 Aprile 2006*, qualificato quale diritto degli

interessati di prendere visione e di estrarre copia dei documenti amministrativi, previa adeguata motivazione e dimostrazione di avere un interesse, concreto ed attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento per il quale è chiesto l'accesso.

"Accesso civico" introdotto dall'**art.5, comma 1 del D.Lgs. 14/03/2013 n.33 e ss.mm.ii.**, a norma del quale: *"L'obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle pubbliche amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione."*

"Accesso generalizzato" Fermo restando l'impianto originario del **D.lgs n.33/13** in materia di pubblicazione per finalità di trasparenza, il nuovo **Decreto legislativo 25.5.2016, n.97**, contenente la *"Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di Prevenzione della Corruzione pubblicità e Trasparenza, correttivo della L. n.190/12 e del D.lgs n.33/2013"* introduce all'**art. 5, comma 2 del D.Lgs. n.33/2013** un nuovo strumento, sul modello FOIA (*Freedom of Information Act*), denominato diritto di accesso generalizzato.

La finalità dell'accesso documentale previsto dalla legge n. 241/1990 è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà - partecipative e/o oppositive e difensive - che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari.

La **Legge n.241/90** esclude, perentoriamente, l'utilizzo del diritto di accesso ivi disciplinato al fine di sottoporre l'Amministrazione a un controllo generalizzato.

"Il diritto di accesso generalizzato, oltre che quello civico, è riconosciuto allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico" (**art.5, comma 2 Decreto Trasparenza**).

In particolare il diritto all'accesso civico semplice, (**art.5, comma 1 del D.Lgs. n.33/2013**) è definito quale diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati per i quali è stato disatteso l'obbligo di pubblicazione.

Il diritto all'accesso civico generalizzato (**art. 5, comma 2 del D. Lgs. n. 33/2013**) è il diritto di chiunque di accedere ai dati, informazioni e documenti e detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione previsti dal **D. Lgs. n.33/2013**, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo previsto dall'**art. 5 bis** del decreto medesimo. Si traduce, pertanto, in un diritto, al pari dell'accesso civico non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed allo stesso tempo con la peculiarità di avere ad oggetto tutti i dati, i documenti e le informazioni detenute dall'IRCCS ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione. L'accesso civico costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, dati, informazioni interessati dall'inadempimento, l'accesso generalizzato si delinea come affatto autonomo ed indipendente dai presupposti obblighi di pubblicazione e come espressione, invece, di una libertà che incontra, quali unici limiti, da una parte, il rispetto della tutela degli interessi pubblici e/o privati indicati dall'**art.5 bis, commi 1 e 2** decreto trasparenza, e dall'altra, il rispetto delle norme che prevedono specifiche esclusioni (**art. 5 bis, comma 3**).

Per evitare comportamenti disomogenei tra Uffici della stessa Amministrazione, fornendo un quadro organico e coordinato dei profili applicativi delle tre tipologie di accesso previste nel nostro ordinamento, l'Ente si è dotato di apposito regolamento ed ha istituito il registro delle istanze di accesso.

Il Responsabile della Trasparenza svolge le seguenti funzioni:

1. **Aggiorna**, almeno con cadenza annuale, la sezione Trasparenza, all'interno della quale sono previste specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza ed ulteriori misure ed iniziative per la promozione della trasparenza in rapporto con il Piano anticorruzione.
2. **Controlla** la regolare attuazione dell'accesso civico in conformità del **d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.**
3. **Effettua** con il supporto dei Responsabili della Trasmissione e di concerto con l'OIV un monitoraggio periodico sui contenuti della sezione on-line Amministrazione Trasparente, segnalando gli eventuali casi riscontrati di inadempimento o parziale adempimento degli obblighi vigenti in materia di trasparenza al Direttore Generale/Commissario Straordinario dell'Amministrazione ed all'OIV, che valuteranno in

relazione alla gravità della fattispecie di trasmettere la relativa segnalazione all'Ufficio Procedimenti Disciplinari competente per l'attivazione di eventuale relativo procedimento ed all'ANAC.

Un ruolo fondamentale nell'individuazione dei contenuti del presente Programma è quello svolto dalle Strutture organizzative / Uffici deputati alla produzione dei dati. Infatti, ciascun dato viene prodotto a cura del Dirigente/Responsabile della Struttura/Ufficio, che ne attesta la veridicità, la correttezza, la completezza e congruenza. I Dirigenti delle Strutture / Ufficio garantiscono, **ex art. 43 del d.lgs. n.33/13 e s.m.i.**, il regolare e tempestivo flusso delle informazioni da pubblicare, nel rispetto dei termini *ex lege* previsti, ed a pena dell'applicazione delle sanzioni previste dall'**art.47** del medesimo decreto. Tali soggetti sono altresì responsabili dell'attuazione della parte del presente programma con riferimento alle informazioni di propria competenza. Il personale del SIA (Sistemi Informativi Aziendali) fornirà i necessari supporti informatici. I relativi flussi informativi rientrano nel processo di "*Valutazione della Performance della Dirigenza Aziendale*" con indicatori di misura e di risultati definiti nella scheda di budget.

Sono **coinvolti** nella individuazione dei contenuti del programma: a) Direzione Generale; b) Direzione Scientifica; c) Direzione Amministrativa; d) Direzione Sanitaria.

Il coinvolgimento riguarda **anche** le seguenti articolazioni organizzative: a) Staff Direzione Generale; b) Direzione Medica di Presidio; c) Economico Finanziario e Patrimoniale; d) Affari Generali e Risorse Umane; f) Provveditorato; g) Programmazione controllo di gestione e sistemi informativi; h) Servizio Legale; i) Servizio Tecnico; l) Sistemi Informativi; m) tutte le altre ulteriori strutture aziendali / Uffici aventi competenze in materia di trasparenza.

Per gli anni di **programmazione 2025-2027**, in analogia con quanto previsto per il Piano della Performance e stante la necessità di garantire un sistema di progressivo allineamento tra i due documenti di programmazione, per conseguire un circolo virtuoso della performance, è attivato un processo ascendente di programmazione e predisposizione dei documenti che tenga conto delle esigenze di raccordo tra il presente Programma ed il suddetto Piano. Per tale ragione, il Piano della Performance prevede il tema della trasparenza e dell'integrità quale macro obiettivo trasversale e permanente della struttura amministrativa di vertice. Poiché la pubblicazione di determinate notizie rende conto dell'andamento della performance dell'Istituto e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, occorre evidenziare che la presente sezione del PTPCT, da un lato, rappresenta uno degli aspetti essenziali della fase di pianificazione strategica all'interno del ciclo di gestione della performance, dall'altro consente di rendere pubblici agli *stakeholders* di riferimento i contenuti del Piano e della relazione sulla Performance, contribuendo in maniera incisiva a rafforzare la cultura dell'efficienza, del merito e della premialità.

La trasparenza si traduce nella possibilità per gli interessati di utilizzare tutti i dati resi pubblici. Infatti, se da un lato la pubblicazione dei dati ex se non è garanzia di realizzazione degli obiettivi di trasparenza, di contro la pubblicazione di troppi dati o di dati che siano criptici, può opacizzare l'informazione e disorientare gli interessati. Al fine di consentire ai soggetti interessati di utilizzare i dati, gli uffici competenti devono curare la qualità della pubblicazione, affinché i cittadini e gli *stakeholders* possano agevolmente accedere alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto.

La trasparenza, intesa come accessibilità totale ai dati ed alle informazioni pertinenti l'attività ed i servizi erogati dall'Istituto, viene perseguita mediante l'ausilio della pubblicazione dei dati di interesse sul sito istituzionale www.irccsme.it, al fine di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità. In particolare, lo scopo è quello di consentire ai cittadini di formulare domande ed osservazioni sul rendimento di questo IRCCS e dei propri dipendenti sulle decisioni che vengono prese e sui provvedimenti che vengono adottati. Il sito web dell'Ente è il mezzo primario di comunicazione, il più accessibile ed il meno oneroso, attraverso il quale l'Amministrazione garantisce un'informazione trasparente ed esauriente circa il suo operato, promuove nuove relazioni con i cittadini, le imprese le altre PA, pubblicizza e consente l'accesso ai propri servizi, consolida la propria immagine istituzionale. La **legge n. 69/2009** riconosce l'effetto di "pubblicità legale" soltanto alle pubblicazioni effettuate sui siti informatici delle PA. L'Amministrazione ha adempiuto al dettato normativo, dotandosi di un "*albo pretorio informatico*", il cui link è indicato nella home page del sito istituzionale. L'albo pretorio on-line è uno strumento finalizzato

ad aumentare la trasparenza nell'attività amministrativa, i documenti ivi inseriti sono liberamente accessibili in formato integrale e conforme all'originale da ogni cittadino per giorni quindici dalla data di pubblicazione.

Al fine di garantire il principio di trasparenza nella sezione on-line: Amministrazione Trasparente – sottosezione Provvedimenti, sono pubblicati ed ivi liberamente accessibili per l'utenza gli elenchi, contenenti gli estremi identificativi (numero, data ed oggetto) dei provvedimenti deliberativi. L'accesso degli atti amministrativi pubblicati nell'albo pretorio on-line è garantito, secondo le modalità previste dalla normativa vigente in materia ([legge n.241/90 ed sm.i.](#), [decreto n.33/2013 e s.m.i.](#)).

L'Ente è dotato altresì di posta elettronica ordinaria e certificata (P.E.C.), sul sito web sono indicati gli indirizzi di posta elettronica ordinaria e certificata di ciascun Ufficio, nonché gli altri consueti recapiti (telefono, fax, ecc.) per gli *stakeholders*, al fine di favorire la libera circolazione delle informazioni inerenti l'attività svolta, con particolare riferimento ai servizi erogati in materia di assistenza sanitaria e nell'ambito della ricerca scientifica, compresi nella *mission* dell'Istituto.

L'IRCCS deve intraprendere iniziative per garantire un adeguato livello di trasparenza, di legalità e sviluppo della cultura dell'integrità. Muovendo da questa accezione ed al fine di consolidare il proprio ruolo sociale, nella diffusione della cultura della trasparenza e nel perseguimento di standard più elevati, l'Ente, deve sapere indicare e valorizzare i feedback dei suoi principali portatori di interessi. In tal senso l'Ente promuoverà attività di confronto e di coinvolgimento attivo di soggetti istituzionali e delle società, mediante un calendario predisposto di incontri ed iniziative. L'Istituto incrementerà le modalità di consultazione, anche on line, già in essere per realizzare un concreto svolgimento dei diversi portatori di interesse nelle fasi di impostazione delle attività di competenza, di sviluppo delle linee programmatiche e della rendicontazione dei risultati raggiunti, secondo modalità semplici ed efficaci senza ulteriori aggravii procedurali. Per l'anno 2025 l'IRCCS Centro Neurolesi di Messina si propone, come già per il pregresso anno, di organizzare la Giornata della legalità e della trasparenza, eventualmente anche attraverso la partecipazione a progettualità con altre amministrazioni del territorio, per realizzare un momento di confronto e di ascolto.

Di seguito sono individuati i soggetti portatori di interesse (*stakeholders*) cui l'IRCCS deve rivolgere la propria attività ed i servizi resi, in conseguenza della propria *mission* istituzionale: dipendenti, organizzazioni sindacali, associazioni, cittadini, pazienti e familiari, Enti ed istituzioni, fornitori, imprese del territorio, associazioni di tutela dei diritti dei malati e degli interessi dei consumatori.

Con il Programma per la Trasparenza l'IRCCS fornisce informazioni utili a tutti gli *stakeholders* individuati, ma quale fornitore di servizi sanitari, l'Istituto ha focalizzato la propria attenzione principalmente sui cittadini, sugli utenti e sui familiari dei pazienti, nonché sui propri dipendenti.

L'Istituto ha già attivato iniziative di ascolto dei portatori di interesse che saranno implementate e integrate nel triennio. I cittadini e gli Utenti, singolarmente o in forma associata, vengono ascoltati tramite:

1. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico - L'URP è a disposizione dei cittadini che vogliono ricevere informazioni o fare segnalazioni o reclami. In particolare i compiti essenziali dell'URP sono: a) illustrare e favorire la conoscenza delle disposizioni normative al fine di facilitarne l'applicazione; -illustrare le attività dei servizi ed il loro funzionamento; b) favorire i processi interni di semplificazione delle procedure e di modernizzazione degli apparati; -attuare, mediante l'ascolto degli utenti e la comunicazione interna, i processi di verifica del gradimento dei servizi in termini di qualità percepita; c) gestire i reclami e le segnalazioni dei disservizi, in una prospettiva di miglioramento continuo della qualità; d) garantire la reciproca informazione tra l'URP e le altre strutture dell'Istituto; e) garantire la riservatezza dei dati personali.

2. Assistenza Sanitaria / Ufficio Ricoveri - L'attività assistenziale dell'IRCCS Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo" si pone come obiettivo principale quello di garantire i servizi appropriati per la tutela, la cura e il recupero della salute, assicurando uniformità nell'accesso e nella erogazione delle prestazioni e dei servizi nel rispetto dei tre principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale: universalismo dell'assistenza, uguaglianza di accesso, solidarietà. In collaborazione con il medico di famiglia o con la struttura ospedaliera di appartenenza, l'Ufficio ricoveri consente di avere un quadro clinico dettagliato sulle condizioni psico-fisiche del paziente, quale stakeholder privilegiato, acquisendo ogni informazione utile per la cura del paziente, in esito alla valutazione

della Commissione ricoveri. I contatti dell'Ufficio Ricoveri (ufficioricoveri@irccsme.it) sono pubblicati sul sito web istituzionale e vengono visualizzati con accesso al link: "Assistenza Sanitaria" presente sulla home page.

3. Posta Elettronica Certificata - L'Istituto è dotato di più indirizzi di Posta Elettronica certificata (PEC), che ogni cittadino / utente / soggetto interessato può utilizzare per tutte le comunicazioni o istanze di vario genere da inviare all'Amministrazione, con valore di notifica in conformità alle previsioni legislative (**ex art.34, legge n.69/2009 e s.m.i.**). L'area dedicata alle PEC aziendali è presente nella home page del sito istituzionale / link "contatti," ove sono pubblicati sia gli indirizzi PEC delle direzioni aziendali:

<https://www.irccsme.it/contatti/>

4. Questionario on line sull'utilizzo della sezione amministrazione Trasparente - E' redatto e pubblicato sul sito web a cura dell'Ufficio Sistemi Informativi un questionario per i cittadini che permette di conoscere le opinioni in merito all'utilizzo della sezione predetta, al grado di soddisfazione circa le informazioni in esso contenute, al grado di chiarezza delle informazioni ecc. Il questionario consente di avere un riscontro su quanto pubblicato e di apportare i necessari miglioramenti, anche in base ai suggerimenti forniti dagli utenti stessi.

5. Monitoraggio accesso alla sezione Amministrazione Trasparente - Al fine di consentire sia al personale interno all'ente che a qualunque utente esterno, il regolare e continuo accesso alla sezione on line Amministrazione Trasparente, così come imposto dalla normativa già richiamata nella materia de qua, il personale del SIA procederà al monitoraggio dell'accesso alla predetta sezione. Il personale del SIA ha altresì l'obbligo di comunicare tempestivamente alla Direzione Aziendale ed al Responsabile della Trasparenza ogni eventuale anomalia/disfunzione riscontrata, che impedisca il regolare accesso alla sezione Amministrazione Trasparente, proponendo ogni iniziativa/attuazione di misura tecnica per risolvere eventuali problematiche, che sarà adottata previa autorizzazione della Direzione Aziendale.

6. Sito WEB istituzionale - Il sito web per l'IRCCS rappresenta il principale e più immediato strumento di comunicazione con la totalità degli utenti e dei cittadini in generale. Consente di fornire informazioni utili sui servizi offerti e sulle modalità di accesso agli stessi, sulle strutture dell'Ente e sulla relativa organizzazione. Inoltre consente di diffondere, in modo chiaro e aperto, notizie in merito alla gestione dell'IRCCS. In un Ente come l'IRCCS le notizie da comunicare sono molteplici e si modificano rapidamente, è proprio per questo è necessario aggiornare costantemente il sito internet istituzionale. Il Programma per la Trasparenza costituisce l'occasione per procedere ad una nuova analisi del sito attivo, al fine di migliorare i servizi offerti alla collettività.

7. Carta dei Servizi e Bilancio Sociale - Strumenti di conoscenza del servizio sanitario e di tutela per i cittadini, in quanto contengono tutte le informazioni sui valori dell'IRCCS nonché quelle utili ai cittadini e agli utenti (informazioni sul personale, sui recapiti telefonici, sulle sedi e modalità di raggiungimento, sugli orari, sui servizi che vengono forniti dalle strutture, sulle modalità in genere di erogazione dei servizi offerti ecc.) (in fase di aggiornamento).

8. Indagini di customer satisfaction - L'Ente procede ad analisi di *customer satisfaction* tramite la compilazione di appositi questionari, per misurare il grado di soddisfazione degli utenti circa i servizi offerti. Tali indagini permettono di conoscere le opinioni degli utenti al fine di poter apportare significativi miglioramenti sia nell'operato svolto che nei rapporti con i pazienti. Gli esiti di tali indagini sono accessibili dalla home- page del sito internet istituzionale, attraverso il link : " Qualità e Rischio clinico -Customer Satisfaction".

In particolare, l'ascolto dei Dipendenti passa attraverso i seguenti strumenti:

- **Indagini sul benessere organizzativo** - L'IRCCS si impegna, nel corso del triennio, ad attuare un percorso volto alla predisposizione di strumenti di indagine sul personale dipendente volti a rilevare il livello di benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema di valutazione nonché di rilevazione della valutazione del superiore gerarchico. Nella consapevolezza che la gestione delle risorse umane implica anche un'adeguata considerazione del lavoratore quale persona inserita nell'ambiente di lavoro, tali indagini potranno consentire un miglioramento della performance e dell'organizzazione oltre che dell'efficacia, dell'efficienza e della qualità dei servizi.

- *Sito intranet Aziendale* - Tramite questo strumento l'Istituto può comunicare con i dipendenti in modo diretto per fornire informazioni, strumenti di lavoro, condividere procedure.
- *Monitoraggio dei servizi offerti ai dipendenti* - Periodicamente l'IRCCS svolgerà indagini di *customer satisfaction* interne sui servizi offerti ai propri dipendenti.
- *Posta elettronica aziendale* - L'e-mail dell'Ente costituisce uno strumento efficace veloce e sicuro con cui l'Ente può diffondere capillarmente informazioni, circolari ed ogni altra notizia che interessi il personale. Tale strumento viene utilizzato anche per la diffusione delle iniziative di formazione.



Le **pratiche di confronto** e di coinvolgimento dei soggetti istituzionali e della società attivabili dall'Ente assumeranno differenti modalità:

- Indiretta, attraverso le segnalazioni pervenute al Responsabile della Trasparenza individuato dall'IRCCS;
- Diretta, attraverso i feedback ricevuti nella Giornata della Trasparenza;
- Diretta, tramite l'accesso civico, attraverso l'esame della tipologia di richieste;
- Diretta, attraverso possibilità di compilazione di un questionario on-line.

La sezione Trasparenza prevede una attività di **monitoraggio periodico**, sia da parte dei soggetti interni all'Amministrazione che da parte di soggetti esterni (Organismo Indipendente di Valutazione-OIV), in quanto attività necessaria a verificare la progressiva esecuzione delle attività programmate e la conseguente verifica del raggiungimento degli obiettivi. Con particolare riferimento al monitoraggio interno, ossia eseguito da soggetti interni all'Amministrazione, il monitoraggio è affidato ai Responsabili della Trasmissione dei dati per la pubblicazione (indicati nominativamente nell'allegata tabella) di concerto con il Responsabile della Trasparenza. Il monitoraggio avrà cadenza periodica e riguarderà il processo di attuazione della sezione Trasparenza attraverso la scansione delle attività ed indicando gli eventuali scostamenti dal Piano originario. Queste attività daranno origine a dei reports di monitoraggio, nei quali verrà sollecitata la rettifica, ove necessario, di dati, che dovessero non rispondere ai requisiti per la pubblicazione. A tale scopo ci si avvarrà anche del questionario on line e delle statistiche di accesso da parte dell'utenza alle diverse sezioni di "Amministrazione Trasparente". In aggiunta al monitoraggio periodico è comunque prevista la redazione di una Relazione annuale sullo stato di attuazione del Programma, redatta in uno a quella sulla prevenzione della Corruzione, secondo il format reso dall'ANAC e che sarà trasmessa all'OIV per la necessaria validazione e pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente." L'audit svolto dall'OIV è

funzionale all'attestazione relativa all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, la quale deve essere anch'essa pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente," e contestualmente trasmessa all'Autorità Nazionale Anticorruzione, secondo la tempistica e con le modalità prescritte, che la predetta Autorità rende note con cadenza annuale a mezzo formale comunicato del Presidente.

DATI ULTERIORI - In ottemperanza all'**art.1, comma 9, lettera f)** e dell'**art.7-bis, comma 3** del medesimo **d.lgs. 33/2013**, eventuali dati, informazioni e documenti ulteriori che l'IRCCS non ha l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente saranno pubblicate nella sottosezione : "Dati ulteriori" della sezione amministrazione trasparente, nel rispetto dei limiti posti a tutela degli interessi pubblici e privati indicati nell'**art.5-bis** del **d.lgs. 33/2013** e procedendo alla indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti, come precisato nel richiamato **comma 3 dell'art.7-bis**. Tali dati, come specificato dalla **delibera ex CIVIT n. 50/2013**, che richiama a sua volta la **delibera ex CIVIT n. 2/2012** "possono consistere anche in elaborazioni di secondo livello di dati ed informazioni obbligatori, resi più comprensibili per gli interlocutori che non hanno specifiche competenze tecniche".

Nella tabella sottostante si riportano le attività chiave, con relativi termini di scadenza, della Trasparenza:

attività	termini	responsabilità
Approvazione della sezione Trasparenza allegata alla parte PTPCT all'interno del PIAO	31.01.2025	Direttore Generale su proposta del RPCT
Diffusione dei contenuti della sezione Trasparenza del PTPCT	10.02.2025	Direttore Generale / RT / Referenti della Trasparenza / Direttori - Responsabili delle UU.OO.
Programmazione Formazione Trasparenza	30.05.2025	Direzione strategica / RT / Ufficio Formazione
Attuazione giornata della legalità	20.12.2025	Direzione strategica / RPT / Ufficio Formazione
Monitoraggio attuazione obblighi di pubblicazione	periodico	RPCT / Referenti della Trasparenza / OIV
Relazione annuale sull'attività espletata (al 31.12.2025) come da tabella ANAC – sezione Trasparenza	Termini fissati annualmente con comunicato del Presidente ANAC (data orientativa 15.01.2026)	RPCT
Proposta Aggiornamento 2025 sezione trasparenza all'interno del PTPCT-PIAO	15.01.2026	RPCT

Il presente paragrafo verrà adeguato alle indicazioni che verranno fornite dalla Autorità Nazionale Anticorruzione sia con l'aggiornamento annuale del Piano Nazionale Anticorruzione che con altri atti di indirizzo. Nel corso del corrente anno l'Istituto si riserva di poter attuare con motivato provvedimento eventuali successive revisioni della presente sezione Trasparenza, che si rendano necessarie.

La sezione in particolare potrà essere oggetto di aggiornamento per effetto di modifiche organizzative ed 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 Direttori / Responsabili delle articolazioni Aziendali far conoscere la presente sezione e tutte le eventuali successive modifiche della stessa a tutto il personale degli Uffici ai medesimi assegnato. I suddetti Responsabili, ai quali la normativa vigente in materia attribuisce obblighi di collaborazione, monitoraggio e di azione diretta nell'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza, dovranno curare l'effettiva conoscenza della sezione Trasparenza da parte di tutto il personale ad essi assegnato, con obbligo di informare tempestivamente il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e la Direzione Aziendale su eventuali inadempimenti riscontrati.

Si rammenta che tutto il personale dell'Istituto è tenuto al puntuale rispetto della presente sezione, allegata al PTPCT, costituendo la eventuale violazione degli obblighi di pubblicazione previsti una fattispecie di illecito disciplinare, sanzionabile *ex lege* e dai CCNL di categoria.

Per quanto non previsto nel Piano si rinvia alle norme di legge previste in materia.

Il presente Piano verrà pubblicato sul sito aziendale dell'IRCCS, nelle seguenti sotto-sezioni:

<https://www.irccsme.it/doc/amministrazione-trasparente//disposizioni-general/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza/2024.html>

<https://www.irccsme.it/doc/amministrazione-trasparente//disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/anno-2024.html>

06 Le misure ed il loro monitoraggio

Le **misure** di prevenzione della corruzione sono state contenute in **n. 35** e “concentrate” graficamente in un’unica tabella in un foglio A3, scorporabile anche come un allegato del PTPCT 2025-2027.

Le misure, **identificate**, come già detto, tramite codice alfa(MP).numerico(00), sono poi “agganciate” alle aree a rischio, indicate sia numericamente che, in base alla loro **ponderazione**, cromaticamente. Nella **descrizione** si evince l’elemento oggettivo (dati/informazioni all’interno di una nota protocollata, di una delibera, ...) per valutare se la misura sia stata raggiunta (valore indicatore = 1) o no (valore indicatore = 0). Il **cronoprogramma** è di immediata lettura (cerchi colorati in rosso) ed è stato scomposto nei 12 mesi del 2025. La colonna più a destra riporta il **responsabile** del raggiungimento di una data misura, in base alla funzione ricoperta.



Si ricorda che, secondo le indicazioni del **PNA 2019**, ad ogni processo è stata attribuita la **ponderazione più alta delle attività che lo compongono** e, analogamente, ad ogni **area** la ponderazione più alta dei processi che la compongono. Ecco una sintesi delle aree di rischio:

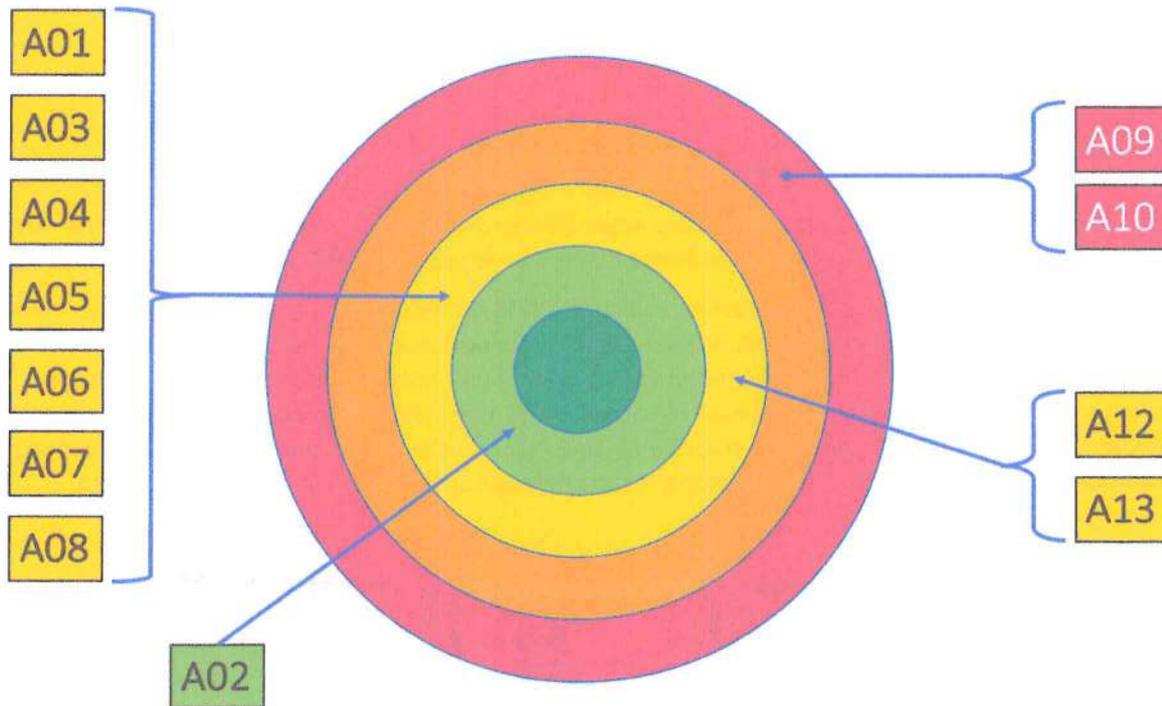
area	ID	ponderazione		n° misure 2024
		criteri PNA 2019	media*	
Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari <i>privi di effetto economico</i> diretto ed immediato per il destinatario	A01	medio	15	1,0
Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari <i>con effetto economico</i> diretto ed immediato per il destinatario	A02	basso	11	1,0
Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)	A03	medio	18	1,5
Acquisizione e gestione del personale	A04	medio	18	2,0
Gestione delle entrate, delle spese, del patrimonio	A05	medio	15	1,5
Controlli, verifiche, ispezioni, sanzioni	A06	medio	14	2,0
Incarichi e nomine	A07	medio	16	1,0
Affari legali e contenzioso	A08	medio	14	1,0
Attività libero-professionale	A09	molto alto	22	6,0
Liste d'attesa	A10	molto alto	23	8,0
Rapporti con soggetti (privati) erogatori (di prestazioni sanitarie)	A11	medio	15	1,0
Farmaceutica, dispositivi, tecnologie, trials	A12	medio	18	2,0
Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero	A13	medio	13	1,0
Attività extra-aree a rischio				6,0

*arrotondata per eccesso a 0 cifre decimali

Totale 35,0

Media 16

Di seguito viene riportata una rappresentazione a cerchi concentrici (*magnitudo*) (*classi di aggregazione*) della *ponderazione del rischio* per le 13 aree considerate.



Le misure previste si concentrano soprattutto sulle **due attività con più alta ponderazione per il rischio corruttivo**: l'ALPI e la gestione delle **liste d'attesa**. Sono state focalizzate le misure per il 2025, rimandando, eventualmente, al riesame previsto, l'eventuale individuazione di misure per il 2026 e 2027.

È stato dato particolare risalto all'attività di **internal auditing** e alla revisione condivisa delle procedure PAC.

Si è puntato molto sull'**informatizzazione** dei processi, sulla loro **trasparenza** ed **accessibilità** da parte di diversi attori, nonché sulla massima **segregazione delle funzioni**; il richiamo etico-comportamentale per tutti è relativo all'auto-riconoscimento di **conflitti di interesse**, anche potenziali.

Il compito del **monitoraggio** dell'attuazione delle misure, **non** è quello né "investigativo" né tanto meno "giudiziario" (che compete alla Magistratura), ma di **dare evidenza e trasparenza** su un operato quotidiano secondo le varie disposizioni legislative (come nella metafora del lavorare in un "ambiente tutto a vetri").

Il presente **PTPCT 2025-2027** si compone di **4 parti**: **1) corpo**; **2) le tabelle con le aree di rischio** e la loro ponderazione in funzione del rischio corruttivo; **3) la tabella con le misure** di prevenzione della corruzione; **4) la tabella con gli obblighi di pubblicazione**.

Sintesi delle aree di rischio

area	ID	ponderazione		n° misure 2025
		criteri PNA 2019	media*	
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari <i>privi di effetto economico</i> diretto ed immediato per il destinatario	A01	medio	15	1,0
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari <i>con effetto economico</i> diretto ed immediato per il destinatario	A02	basso	11	1,0
Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)	A03	medio	18	1,5
Acquisizione e gestione del personale	A04	medio	18	2,0
Gestione delle entrate, delle spese, del patrimonio	A05	medio	15	1,5
Controlli, verifiche, ispezioni, sanzioni	A06	medio	14	2,0
Incarichi e nomine	A07	medio	16	1,0
Affari legali e contenzioso	A08	medio	14	1,0
Attività libero-professionale	A09	molto alto	22	6,0
Liste d'attesa	A10	molto alto	23	8,0
Rapporti con soggetti (privati) erogatori (di prestazioni sanitarie)	A11	medio	15	1,0
Farmaceutica, dispositivi, tecnologie, trials	A12	medio	18	2,0
Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero	A13	medio	13	1,0
Attività extra-aree a rischio				6,0
Totale				35,0
Media				16

*arrotondata per eccesso a 0 cifre decimali

molto alto	25-30
alto	19-24
medio	13-18
basso	7-12
molto basso	0-6

Area di rischio 01

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari *privi* di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

processo	attività		rischio		ponderazione	azioni intraprese
P.01.01 Certificazioni	A.01.01.01	Rilascio certificazioni	R.01.01.01	Certificazioni non rispondenti al reale quadro clinico, o non correttamente registrate, al fine di ottenere una possibile utilità	medio	Protocollo certificazioni
P.01.02 Ausili	A.01.02.01	Prescrizione di ausili	R.01.02.01	Ausili o accessori di ausili non necessari, al fine di ottenere una possibile utilità	medio	Protocollo prescrizione ausili
P.01.03 Mappatura e valutazione dell'area 01	A.01.03.01	Mappatura e valutazione del rischio corruttivo dell'area 01	R.01.03.01	Inefficienza dei processi e delle attività dell'area e non adeguata evidenziazione del rischio corruttivo	medio	Parziale mappatura dei processi e dell'attività dell'area

PIAO-PTPCT 2025-2027

Handwritten signature and initials in blue ink, consisting of a large circle with a vertical line through it and the initials 'A. De'.

P.03.04 Selezione del contraente	A.03.04.01	Publicazione del bando di selezione , gestione delle informazioni complementari, fissazione delle modalità e dei termini per la ricezione delle offerte	R.03.04.01	Assente o insufficiente pubblicità sulla documentazione afferente a quella complementare; immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando, per favorire determinati operatori	medio	Procedure PAC
	A.03.04.02	Trattamento e custodia della documentazione di gara	R.03.04.02	Alterazione o sottrazione della documentazione di gara durante le fasi procedurali di gara, sia preventive che successive alla celebrazione, nonché nelle fase successiva di controllo	medio	Procedure PAC
	A.03.04.03	Nomina della Commissione giudicatrice	R.03.04.03	Mancato rispetto delle specifiche disposizioni vigenti (formalizzazione della nomina prima della scadenza del termine di presentazione delle offerte, nomina di commissari esterni senza previa adeguata verifica dell'assenza di professionalità interne, omessa verifica dell'assenza di cause di conflitto di interessi o incompatibilità)	medio	Procedure PAC
	A.03.04.04	Valutazione delle offerte	R.03.04.04	Assenza di criteri valutativi adeguati per una chiara / giustificata / trasparente attribuzione dei punteggi di valutazione dell'offerta	medio	Procedure PAC
	A.03.04.05	Verifica di eventuali anomalie delle offerte	R.03.04.05	1) Valutazione non adeguata del RUP o dell'apposita commissione di verifica (per non necessarie competenze tecniche). 2) Assenza di adeguata motivazione sulla non congruità dell'offerta (nonostante la sufficienza e pertinenza delle giustificazioni addotte dal concorrente o accettazione di giustificazioni non verificate)	medio	Procedure PAC
	A.03.04.06	.Annullamento della gara. Revoca del bando	R.03.04.06	Adozione di un provvedimento di ritiro (revoca/annullamento) del bando senza congrua motivazione al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario	medio	Procedure PAC
P.03.05 Verifica dell'aggiudicazione. Stipula del contratto	A.03.05.01	Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto, formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva, stipula del contratto	R.03.05.01	Alterazione / omissione controlli e verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo di requisiti . Immotivato ritardo nella formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva e/o nella stipula del contratto (che possono indurre l' aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto)	medio	Procedure PAC
	A.03.05.02	Individuazione del Direttore Esecutivo del Contratto (DEC)	R.03.05.02	Nomina di DEC in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza	medio	Procedure PAC

P.03.06 Esecuzione del contratto	A.03.06.01	Autorizzazione al subappalto	R.03.06.01	1) mancato / insufficiente controllo della stazione appaltante sull'esecuzione del subappalto; 2) mancata valutazione dell'impiego di manodopera o incidenza del costo della stessa (impropria qualificazione dell'attività come subappalto); 3) mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore; 4) accordi collusivi tra le imprese partecipanti	medio	Procedure PAC
	A.03.06.02	Verifiche in corso di esecuzione del contratto	R.03.06.02	Mancata o insufficiente verifica effettivo stato di esecuzione del contratto / cronoprogramma (evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o ingiustificato pagamento anticipato).	medio	Procedure PAC (delibera 1204 del 31.10.2017)
	A.03.06.03	Gestione delle controversie / rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	R.03.06.03	Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore	medio	Procedure PAC
	A.03.06.04	Pagamenti in corso di esecuzione	R.03.06.04	1) pagamenti indebiti; 2) ritardo nell'erogazione dei compensi dovuti; 3) liquidazione di fatture senza adeguata verifica della prestazione; 4) sovrappagamento o fatturazione di prestazioni non svolte; 5) effettuazione di registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette / non veritiere; 6) pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture (favoritismi di trattamento tra i creditori)	medio	Procedure PAC
P.03.07 Rendicontazione del contratto	A.03.07.01	1) verifica della corretta esecuzione; 2) rilascio dei certificati di collaudo e di verifica di conformità ovvero dell'attestato di regolare esecuzione (per gli affidamenti di servizi e forniture); 3) rendicontazione dei lavori in economia (responsabile del procedimento)	R.03.07.01	1) alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante; 2) effettuazione di pagamenti ingiustificati o sottratti alla tracciabilità dei flussi finanziari; 3) rilascio del certificato di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici; 4) mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera	medio	Procedure PAC
P.03.08 Mappatura e valutazione dell'area 03	A.03.08.01	Mappatura e valutazione del rischio corruttivo dell'area 03	R.03.08.01	Inefficienza dei processi e delle attività dell'area e non adeguata evidenziazione del rischio corruttivo	medio	Avvio mappatura dei processi e dell'attività dell'area

PTPCT 2025-2027

Area di rischio 03

Contratti pubblici

processo	attività		rischio	ponderazione	azioni intraprese
P.03.01 Misure generali	A.03.01.01	Quadro generale aggiornato del contesto specifico	R.03.01.01 Mancata rendicontazione, con processi e contesto fuori controllo , con possibili utilità private	medio	Trasmissione dati in base alle norme vigenti ed agli obblighi di pubblicazione
P.03.02 Programmazione	A.03.02.01	Analisi e definizione dei fabbisogni e dell'oggetto dell'affidamento	R.03.02.01 Fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/ efficacia/ economicità, ma ad interessi particolari. Programmazione inadeguata per rendere necessarie acquisizioni in urgenza o frazionare artificialmente il bisogno, per favorire interessi di privati	medio	Programmazione formalizzata dei fabbisogni, procedure PAC
P.03.03 Progettazione	A.03.03.01	Individuazione del responsabile unico del procedimento (RUP) e del supporto tecnico	R.03.03.01 Nomina del RUP e dei componenti il gruppo tecnico in rapporto di contiguità con operatori economici privi dei requisiti idonei ed adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza	medio	Procedure PAC
	A.03.03.02	Individuazione dello strumento / istituto di affidamento	R.03.03.02 Elusione delle regole di affidamento degli appalti tramite (utilizzo improprio sistemi di affidamento o tipologie contrattuali, abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto, al fine di favorire operatori per una possibile utilità privata	medio	Procedure PAC
	A.03.03.03	Scelta della procedura di aggiudicazione (procedura negoziata, acquisti in economia)	R.03.03.03 Elusione regole di affidamento degli appalti mediante: a) improprio utilizzo della procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire una specifica impresa; b) abuso dell'affidamento diretto, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire un'impresa.	medio	Procedure PAC
	A.03.03.04	Appalti di importo inferiore alla soglia di € 40.000 (d.lgs 50/2016, ex art.32, comma 2 e art.36)	R.03.03.04 Frazionamento dell'appalto per favorire interessi privati	medio	Procedure PAC
	A.03.03.05	Predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato	R.03.03.05 Requisiti tecnici ed economici calibrati , prescrizioni del bando e clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti	medio	Procedure PAC
	A.03.03.06	Definizione dei criteri di partecipazione / requisiti di qualificazione	R.03.03.06 Requisiti economici calibrati per favorire un'impresa	medio	Procedure PAC
	A.03.03.07	Definizione di criterio di aggiudicazione e di attribuzione dei punteggi	R.03.03.07 Criteri che possono avvantaggiare il fruitore uscente o determinati operatori economici	medio	Procedure PAC

4

Area di rischio 02

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari *con* effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

processo	attività		rischio		ponderazione	azioni intraprese
P.02.01 Rilascio documentazione per rimborsi legati a non erogabilità regionale di prestazioni	A.02.01.01	Rilascio documentazione per rimborso contributi spese viaggio e soggiorno per ricoveri o prestazioni nei centri altamente specializzati in Italia	R.02.01.01	Prestazione impropriamente non dichiarata erogabile in Sicilia , al fine di ottenere un'utilità privata	basso	Protocollo dichiarazioni
P.02.02 Mappatura e valutazione dell'area 02	A.02.02.01	Mappatura e valutazione del rischio corruttivo dell'area 02	R.02.02.01	Inefficienza dei processi e delle attività dell'area e non adeguata evidenziazione del rischio corruttivo	basso	Avvio mappatura dei processi e dell'attività dell'area

PTPCT 2025-2027

Area di rischio 04

Acquisizione e gestione del personale

processo	attività	rischio		ponderazione	azioni intraprese
P.04.00 Reclutamento	Reclutamento	<i>(Si veda Area 07 Incarichi e nomine)</i>			
P.04.01 Progressioni di carriera ed economica orizzontale. Fasce	A.04.01.01 Corresponsioni economiche	R.04.01.01	Illegittime corresponsioni economiche scaturenti da progressioni di carriera accordate allo scopo di agevolare dipendent i/ candidati particolari, per una possibile utilità	basso	1) Applicazione norme di legge, CC.CC.NN.LL., C.I.A., contratti individuali e norme negoziali. 2) Predisposizione procedure tramite avvisi interni e definizione di criteri oggettivi di selezione
P.04.02 Rilevazione presenze	A.04.02.01 Rilevazione presenze ed appropriato inserimento dei giustificativi	R.04.02.01	Irregolarità, per una possibile utilità, per: 1) utilizzo del sistema automatico di rilevazione presenze; 2) inserimento dei giustificativi (per favorire / danneggiare i dipendenti); 3) superamento del limite orario previsto dalla L. 161/2014	basso	1) Verifiche a campione sull'applicazione dei singoli istituti contrattuali. 2) Predisposizione periodica di circolari esplicative sulla vigente normativa. 3) Controllo a campione delle autocertificazioni rilasciate dai dipendenti a giustificazione della presenza e delle assenze. 4) Verifiche a campione sull'applicazione legge 161/2014 e CCNL. 5) Predisposizione elenco da mettere a disposizione dei Direttori UOC / responsabili UOSD, UOS / referenti reparti
P.04.03 Controllo assenze per malattia	A.04.03.01 Tenuta sotto controllo delle assenze per malattia	R.04.03.01	Prolungamento improprio del periodo di malattia, per una possibile utilità (percezione stipendio senza svolgimento del lavoro)	basso	Controlli episodici e generici
P.04.04 Controlli sulla fruizione dei diritti previsti dalla legge 104/1992	A.04.04.01 Controlli sulla fruizione dei diritti previsti dalla legge 104/1992	R.04.04.01	Utilizzo improprio, per una possibile utilità, della fruizione dei diritti previsti dalla legge 104/1992	basso	Controlli sporadici e generici
P.04.05 Predisposizione stipendi	A.04.05.01 Stipendi e trattamento accessorio adeguato e verificato	R.04.05.01	Illegittimo inserimento di valori di retribuzione accessoria, per una possibile utilità	basso	1) Monitoraggio della consistenza e dell'utilizzo dei fondi del trattamento accessorio. 2) Monitoraggio del rispetto del tetto di spesa e del budget annuale assegnato. 3) Predisposizione, con atto deliberativo, di pagamento degli emolumenti mensili al personale dipendente

P.04.06 Autorizzazioni incarichi ex art. 53 D.Lgs. n.165/01	A.04.06.01	Autorizzazione di incarichi ex art. 53 compatibili con l'attività istituzionale	R.04.06.01	Svolgimento di attività / incarichi incompatibili con l'attività istituzionale	basso	1) <i>Regolamento di accesso degli informatori scientifici e dei fornitori di presidi sanitari, partecipazione ad eventi formativi sponsorizzati e non sponsorizzati, retribuiti e non retribuiti</i> (revisionato con delibera n. 1470 del 8.12.2019). 2) Autorizzazione delle Direzioni Scientifica o Amministrativa o Sanitaria o, per gli eventi retribuiti, Generale
P.04.07 Attribuzione incarichi ex art. 27, co.1 lett.C, dei CCNNLL area Dirigenza Medica e Veterinaria, ed SPTA	A.04.07.01	Attribuzione di incarichi ex art. 27/CCNNLL area dirigenza	R.04.07.01	Irregolare attribuzione dell'incarico	medio	1) Individuazione profilo professionale nel rispetto delle previsioni d'organico e adeguatezza rispetto all'incarico da ricoprire. 2) Conferimento incarico al 100% dei dirigenti. 3) Verifica del 100% delle autocertificazioni / dichiarazioni rese dai dirigenti incaricati per incompatibilità / inconfiribilità / conflitto di interesse
P.04.08 Rotazione del personale	A.04.08.01	Rotazione "ordinaria" nelle aree a rischio corruttivo	R.04.08.01	Situazioni "ambientali" interne potenzialmente favorenti fenomeni corruttivi in aree già a rischio	medio	Personale dirigente, nelle aree a rischio, con contratto a tempo determinato o mancante, sostituito
	A.04.08.02	Rotazione "ordinaria" nelle aree non a rischio corruttivo, ma con contesti a rischio	R.04.08.02	Situazioni "ambientali" interne potenzialmente favorenti fenomeni corruttivi	medio	Ad oggi non è stata giudicata necessaria e non è stata applicata
	A.04.08.03	Rotazione "straordinaria"	R.04.08.03	Matenimento di situazione ad alto rischio corruttivo	medio	Ad oggi non si sono verificate condizioni per cui fosse necessario applicarla
P.04.09 Vigilanza sul post- employment (pantouflage)	A.04.09.01	Vigilanza per evitare fenomeni di <i>post- employment</i> (<i>pantouflage</i>)	R.04.09.01	Interessi privati per i dirigenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali presso l'IRCCS , nello svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri	medio	Applicazione del divieto di post-employment (pantouflage) (legge 190/2012, art. 1, comma 42, lettera l; d.lgs. 165/2001, art. 53, comma 16-ter). Monitoraggio non definito
P.04.10 Mappatura e valutazione dell'area 04	A.04.10.01	Mappatura e valutazione del rischio corruttivo dell'area 04	R.04.10.01	Inefficienza dei processi e delle attività dell'area e non adeguata evidenziazione del rischio corruttivo	medio	Avvio mappatura dei processi e dell'attività dell'area

PTPCT 2025-2027

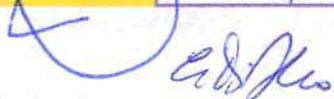
Area di rischio 05

Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio*

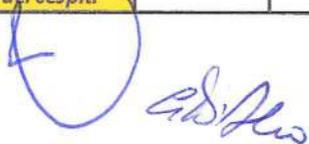
processo	attività		rischio		ponderazione	azioni intraprese
P.05.01 Gestione degli incassi	A.05.01.01	Corretta registrazione degli ordinativi di riscossione (reversali)	R.05.01.01	Non corretta registrazione , al fine di ottenere utilità per se o terzi	basso	Procedura PAC "Ciclo tesoreria"
	A.05.02.01	Verifica del CIG	R.05.02.01	CIG errato per conseguire un'utilità per se o terzi	medio	Procedura PAC "Ciclo tesoreria"
P.05.02 Gestione dei pagamenti (check-list)	A.05.02.02	Verifica corretto IBAN associato ai dati interni della Azienda relativi al soggetto da pagare	R.05.02.02	IBAN errato per conseguire un'utilità per se o terzi	medio	Procedura PAC "Ciclo tesoreria"
	A.05.02.03	Verifica del DURC	R.05.02.03	DURC errato per conseguire un'utilità per se o terzi	medio	Procedura PAC "Ciclo tesoreria"
	A.05.02.04	Verifica dell'esisto della Richiesta ad Equitalia (per pagamento superiore a € 5.000 di imponibile)	R.05.02.04	Mancata verifica ad Equitalia per conseguire un'utilità per se o terzi	medio	Procedura PAC "Ciclo tesoreria"
	A.05.02.05	Pagamento dei compensi dovuti nei tempi contrattualmente previsti	R.05.02.05	Compensi dovuti pagati in ritardo rispetto ai tempi contrattualmente previsti	medio	Procedura PAC "Ciclo tesoreria"
	A.05.02.06	Liquidazione delle fatture previa adeguata verifica della prestazione	R.05.02.06	Liquidazione delle fatture senza adeguata verifica della prestazione	medio	Procedura PAC "Ciclo tesoreria"
	A.05.02.07	Corretta fatturazione di prestazioni effettivamente svolte	R.05.02.07	Sovra-fatturazione o fatturazione di prestazioni non svolte	medio	Procedura PAC "Ciclo tesoreria"
	A.05.02.08	Registrazioni di bilancio corrette e veritiere	R.05.02.08	Registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette e/o non veritiere	medio	Procedura PAC "Ciclo tesoreria"
	A.05.02.09	Pagamenti nel rispetto della cronologia nella presentazione della fattura	R.05.02.09	Pagamenti senza il rispetto della cronologia nella presentazione delle fatture	medio	Procedura PAC "Ciclo tesoreria"
	A.05.02.10	Anticipazioni di cassa ordinarie e straordinarie	R.05.02.10	Anticipazioni non tenute sotto controllo per ottenere utilità per se o terzi	medio	Procedura PAC "Ciclo tesoreria"
	A.05.02.11	Acquisizioni degli estratti conto bancari e/o postali	R.05.02.11	Utilizzo improprio dei conti bancari e/o postali per ottenere utilità per se o terzi	medio	Procedura PAC "Ciclo tesoreria"
	A.05.02.12	Monitoraggio e chiusura dei conti transitori	R.05.02.12	Utilizzo improprio dei conti transitori per ottenere utilità per se o terzi	medio	Procedura PAC "Ciclo tesoreria"
	A.05.02.13	Gestione della cassa economale: modalità e valutazione di richiesta	R.05.02.13	Fazionamento , al fine di ottenere un'utilità per se o per terzi	medio	Procedura PAC "Ciclo tesoreria"
	A.05.02.14	Gestione della cassa economale: tenuta del registro di cassa	R.05.02.14	Non adeguata tenuta sotto controllo del registro per ottenere utilità per se o terzi	medio	Procedura PAC "Ciclo tesoreria"
	A.05.02.15	Gestione della cassa economale: rendicontazione mensile e contabilizzazione	R.05.02.15	Non adeguata tenuta sotto controllo rendicontazione per ottenere utilità	medio	Procedura PAC "Ciclo tesoreria"

4
E.D. Plus

	A.05.02.16	Gestione contabile cassa ticket	R.05.02.16	Non adeguata tenuta sotto controllo cassa ticket con appropriazione incassi	medio	Procedura PAC " Ciclo tesoreria "
P.05.03 Gestione del patrimonio immobiliare. <i>Piano degli investimenti (check-list)</i>	A.05.03.01	Ricognizione dei fabbisogni	R.05.03.01	Fabbisogni non reali, incrementati , per ottenere utilità	medio	Procedura PAC " Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto "
	A.05.03.02	Valutazione strategica e razionalizzazione dei fabbisogni	R.05.03.02	Fabbisogni non razionalizzati , per ottenere utilità	medio	Procedura PAC " Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto "
	A.05.03.03	Attuazione del piano degli investimenti	R.05.03.03	Non attuazione piano degli investimenti, per ottenere utilità	medio	Procedura PAC " Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto "
	A.05.03.04	Monitoraggio degli investimenti	R.05.03.04	Investimenti non tenuti sotto controllo , per ottenere utilità	medio	Procedura PAC " Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto "
	A.05.03.05	Acquisto di beni mobili o lavori non previsti dal piano degli investimenti	R.05.03.05	Incremento immotivato degli investimenti non previsti, per ottenere utilità	medio	Procedura PAC " Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto "
P.05.04 Gestione del patrimonio immobiliare. <i>Dismissione e alienazione beni</i>	A.05.04.01	Dismissione ed alienazione beni mobili e immobili	R.05.04.01	Dismissione ed alienazione beni non necessarie , per ottenere utilità	medio	Procedura PAC " Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto "
P.05.05 Gestione del patrimonio immobiliare. <i>Inventari periodici beni già in uso</i>	A.05.05.01	Inventario beni mobili ed immobili già in uso	R.05.05.01	Non inventario beni , al fine di ottenere utilità	medio	Procedura PAC " Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto "
P.05.06 Gestione del patrimonio immobiliare. <i>Inventari periodici beni</i>	A.05.06.01	Acquisto beni immobili, lavori e mobili, registrati e non registrati, da fornitori	R.05.06.01	Non tenuta sotto controllo dei beni provenienti da fornitori, favorendone la sottrazione indebita	medio	Procedura PAC " Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto "
	A.05.06.02	Acquisizione a mezzo donazioni, conferimenti e lasciti	R.05.06.02	Non tenuta sotto controllo dei beni provenienti da donazioni, conferimenti, lasciti, favorendon la sottrazione indebita	medio	Procedura PAC " Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto "
	A.05.06.03	Immobilizzazioni in corso alla data di chiusura del bilancio	R.05.06.03	Non inventario beni , al fine di ottenere utilità	medio	Procedura PAC " Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto "
P.05.07 Gestione del patrimonio	A.05.07.01	Beni ricevuti in donazione	R.05.07.01	Contabilità fuori controllo , con rischio di appropriazione indebita dei beni ricevuti in donazione	medio	Procedura PAC " Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto "
	A.05.07.02	Beni ricevuti in conferimento	R.05.07.02	Contabilità fuori controllo , con rischio di appropriazione indebita dei beni ricevuti in conferimento	medio	Procedura PAC " Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto "
	A.05.07.03	Beni acquisiti in leasing	R.05.07.03	Contabilità fuori controllo , con rischio di appropriazione indebita dei beni acquisiti in leasing	medio	Procedura PAC " Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto "



immobiliare. <i>Regole contabili interne su eventi e casi particolari</i>	A.05.07.04	Beni acquisiti in project financing	R.05.07.04	Contabilità fuori controllo, con rischio di appropriazione indebita dei beni ricevuti in project financing	medio	Procedura PAC "Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto"
	A.05.07.05	Acquisizione di beni con precedenti manutenzioni incrementative	R.05.07.05	Contabilità fuori controllo, con rischio di appropriazione indebita dei beni con precedenti manutenzioni incrementative	medio	Procedura PAC "Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto"
	A.05.07.06	Rivalutazioni	R.05.07.06	Rivalutazioni indebite e fuori controllo, per ottenere indebita utilità	medio	Procedura PAC "Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto"
	A.05.07.07	Suddivisione di immobile	R.05.07.07	Suddivisione impropria di un immobile, per ottenere indebita utilità	medio	Procedura PAC "Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto"
P.05.08 Gestione del patrimonio immobiliare. <i>Protezione e salvaguardia dei beni</i>	A.05.08.01	Protezione e salvaguardia dei beni	R.05.08.01	Non adeguata salvaguardia del bene, per ottenere indebita utilità	medio	Procedura PAC "Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto"
P.05.09 Gestione del patrimonio immobiliare. <i>Tenuta del libro cespiti</i>	A.05.09.01	Tenuta del libro dei cespiti	R.05.09.01	Cespiti fuori controllo, favorendo indebite utilità	medio	Procedura PAC "Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto"
P.05.10 Gestione del patrimonio immobiliare. <i>Manutenzioni straordinarie</i>	A.05.10.01	Requisiti per la capitalizzazione delle manutenzioni straordinarie	R.05.10.01	Capitalizzazione delle manutenzioni straordinarie fuori controllo, favorendo indebite utilità	medio	Procedura PAC "Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto"
	A.05.10.02	Ammortamento delle manutenzioni straordinarie	R.05.10.02	Ammortamento delle manutenzioni straordinarie fuori controllo, favorendo indebite utilità	medio	Procedura PAC "Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto"
	A.05.10.03	Verifica periodica dei costi di manutenzione capitalizzati	R.05.10.03	Costi di manutenzione capitalizzati fuori controllo, favorendo indebite utilità	medio	Procedura PAC "Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto"
P.05.11 Gestione del patrimonio immobiliare. <i>Identificazione della fonte di finanziamento utilizzata per l'acquisizione dei cespiti</i>	A.05.11.01	Identificazione della fonte di finanziamento utilizzata per l'acquisizione dei cespiti	R.05.11.01	Opacità nel processo di finanziamento utilizzato per l'acquisizione dei cespiti, favorendo indebite utilità	medio	Procedura PAC "Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto"



P.05.12 Gestione del patrimonio immobiliare. <i>Patrimonio netto</i>	A.05.12.01	Azioni di controllo e relative responsabilità	R.05.12.01	Patrimonio netto fuori controllo , favorendo indebite utilità	medio	Procedura PAC "Ciclo immobilizzazioni e patrimonio netto"
P.05.13 Mappatura e valutazione dell'area 05	A.05.13.01	Mappatura e valutazione del rischio corruttivo dell'area 05	R.05.13.01	Inefficienza dei processi e delle attività dell'area e non adeguata evidenziazione del rischio corruttivo	medio	Avvio mappatura dei processi e dell'attività dell'area

* Tali misure si aggiungono agli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 30 del d. lgs. 33/2013, anche come modificato dal d. lgs. 97/2016, ovvero la pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili (ad es. tipo, dimensione, localizzazione, valore) a qualsiasi titolo posseduti o detenuti (ad es. proprietà ed altri diritti reali, concessione, ecc.), dei canoni di locazione o di affitto versati o percepiti dalle amministrazioni

PTPCT 2025-2027

Handwritten signature and initials in blue ink, consisting of a stylized 'A' and 'D' followed by 'A.D.' and 'A.L.'.

Area di rischio 06

Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

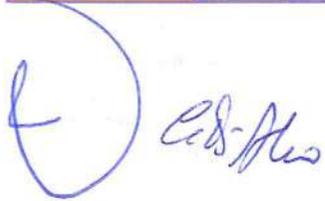
processo	attività		rischio	ponderazione	azioni intraprese	
P.06.01 Distribuzione documentazione rilevante (leggi, decreti, note, pec, accesso civico)	P.06.01.01	Assegnazione e distribuzione leggi, decreti, note agli uffici / unità operative e personale competenti	R.06.01.01	Inadempimenti e/o riduzione dei tempi di predisposizione di una corretta applicazione di quanto oggetto dell'attività	basso	Invio generico agli uffici / unità operative e personale competenti
	P.06.01.02	Assegnazione e distribuzione pec agli uffici / unità operative e personale competenti	R.06.01.02	Inadempimenti e/o riduzione dei tempi di predisposizione di una corretta applicazione di quanto oggetto dell'attività	basso	Invio generico agli uffici / unità operative e personale competenti
	P.06.01.03	Invio pratiche relative all' accesso civico "semplice" al RT	R.06.01.03	Inadempimenti e/o riduzione dei tempi di predisposizione di una corretta applicazione di quanto oggetto dell'attività	basso	Invio generico agli uffici / unità operative e personale competenti
	P.06.01.04	Invio pratiche relative all' accesso civico "generalizzato" al RPC e RT	R.06.01.04	Inadempimenti e/o riduzione dei tempi di predisposizione di una corretta applicazione di quanto oggetto dell'attività	medio	Invio generico agli uffici / unità operative e personale competenti
P.06.02 Controlli interni	P.06.02.01	Scelta dei componenti / auditor per controlli relativi all' internal audit e alle verifiche previste dal PTPCT	R.06.02.01	Conflitto di interessi rispetto all'oggetto di controllo	basso	Scelta secondo il buon senso
	P.06.02.02	Internal audit	R.06.02.02	Conflitto di interessi rispetto all'oggetto di controllo	medio	Scelta secondo il buon senso
	P.06.02.03	Verifiche previste dal PTPCT	R.06.02.03	Conflitto di interessi rispetto all'oggetto di controllo	basso	Scelta secondo il buon senso
P.06.03 Piano Annuale Controllo Cartelle Cliniche (PACA) (interne)	A.06.03.01	Individuazione NOC	R.06.03.01	NOC non adeguatamente individuati	medio	Nota protocollata su nuova composizione NOC
	A.06.03.02	Formazione NOC	R.06.03.02	NOC non adeguatamente formati e non in grado di valutare tutti i tipi di cartelle dell'IRCCS, non consentendo una rotazione interna	medio	Scelta estemporanea dei fisiatri. NOC non interscambiabili (tra ricoveri riabilitativi e non riabilitativi)
	A.06.03.03	Controlli NOC	R.06.03.03	Controlli cartelle cliniche non adeguati , omettendo alcune penalizzazioni, al fine di ottenerne un'utilità	medio	Non controlli specifici
P.06.04 Sanzioni	A.06.04.01	Sanzioni disciplinari , sia per la dirigenza che per le professioni sanitarie ed il personale amministrativo	R.06.04.01	Discrezionalità nei casi non specificatamente previsti nel Regolamento disciplinare	medio	Regolamento disciplinare , in alcuni punti generico
P.06.05 Mappatura e valutazione dell'area 06	A.06.05.01	Mappatura e valutazione del rischio corruttivo dell'area 06	R.06.05.01	Inefficienza dei processi e delle attività dell'area e non adeguata evidenziazione del rischio corruttivo	medio	Non approfondita mappatura dei processi e dell'attività dell'area

PTPCT 2025-2027

Area di rischio 07

Incarichi e nomine

processo	attività		rischio	ponderazione	azioni intraprese	
P.07.01 Definizione del fabbisogno e procedure di assegnazione dell'incarico	A.07.01.01	Verifica della coerenza della richiesta di avvio della procedura concorsuale con quanto previsto dall'Atto aziendale	R.07.01.01	Assenza dei presupposti programmatori e di pianificazione, nonché di effettive carenze organizzative. Frammentazione di unità operative e aumento artificioso del numero di posizioni ricoperte	medio	Regolamento per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali
	A.07.01.02	Messa a bando della posizione dirigenziale negli adeguati tempi tecnici	R.07.01.02	Mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi <i>ad interim</i> o utilizzando lo "strumento" del " <i>facente funzione</i> ".	medio	Regolamento per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali
P.07.02 Definizione dei profili dei candidati	A.07.02.01	Individuazione del profilo professionale adeguato, fornendo alla commissione giudicatrice uno strumento trasparente ed idoneo a condurre il processo di valutazione nel modo più rispondente possibile alle necessità rilevate	R.07.02.01	Requisiti eccessivamente dettagliati o generici, con un uso improprio della discrezionalità.	medio	Regolamento per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali
P.07.03 Definizione e costituzione della commissione giudicatrice	A.07.03.01	Pubblicazione dei criteri di selezione (competenze, conflitti di interesse, profili di incompatibilità, rotazione, sorteggio, intervallo minimo per poter partecipare ad una nuova commissione) e della composizione della commissione	R.07.03.01	Conflitto di interesse dei componenti della commissione giudicatrice per l'attribuzione di incarichi.	medio	Applicazione delle disposizioni di legge, con relative generalizzazioni
P.07.04 Procedure di conferimento	A.07.04.01	Pubblicazione in modo trasparente della redazione della graduatoria dei partecipanti, in base a criteri chiari e predefiniti	R.07.04.01	Carente o mancata osservanza delle norme in materia di trasparenza	medio	Misure di trasparenza previste dall'art. 41, co. 2 del d.lgs. 33/2013 e ss. mm. ii.
P.07.05 Incarichi di Direzione di Dipartimento / Struttura Complessa	A.07.05.01	Scelta del candidato conforme alle previsioni dell'atto aziendale, agli indirizzi di programmazione regionale, ai criteri predeterminati conseguenti, e non "ad personam" (<i>tailor made</i>), resa trasparente con esplicitazione e pubblicazione degli stessi	R.07.05.01	Uso non trasparente e non adeguatamente motivato dell'esercizio del potere discrezionale di scelta	medio	Regolamento per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali



P.07.06 Incarichi di Responsabilità di Struttura Semplice / Dipartimentale	A.07.06.01	Scelta del candidato conforme alle previsioni dell' atto aziendale , agli indirizzi di programmazione regionale , ai criteri predeterminati conseguenti, e non "ad personam" (<i>tailor made</i>), resa trasparente con esplicitazione e pubblicazione degli stessi	R.07.06.01	Uso non trasparente e non adeguatamente motivato dell'esercizio del potere discrezionale di scelta. Conflitto di interesse dei componenti della commissione giudicatrice per l'attribuzione di incarichi.	medio	Regolamento per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali (delibera n. 3/CS del 02/01/2018) (riferimento generico)
P.07.07 Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo	A.07.07.01	Conferimento degli incarichi secondo criteri di sussistenza, predefiniti e trasparenti	R.07.07.01	Uso distorto della discrezionalità , mancato o carente uso dei criteri di imparzialità e di trasparenza per l'affidamento o revoca degli incarichi di natura professionale. Attribuzione di incarichi professionali a non aventi diritto o persistenza di incarichi per attività non più effettivamente svolte . Non adeguata verifica della sussistenza e della persistenza dei criteri di attribuzione	medio	Documento sulla Graduazione delle funzioni dirigenziali . Pesatura degli incarichi professionali e affini
P.07.08 Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 septies del D.Lgs. 502/1992	A.07.08.01	Conferimento degli incarichi nel pieno rispetto della normativa vigente	R.07.08.01	Uso distorto della discrezionalità nella procedura di affidamento dell'incarico; elusione del blocco delle assunzioni e di conferimento con conseguente instabilità dell'organizzazione; uso opportunistico e distorto della normativa vigente , anche in considerazione del prevalere della natura fiduciaria dell'incarico.	medio	Regolamento per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali
P.07.09 Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria	A.07.09.01	Definizione dei posti oggetto di sostituzione e relative procedure concorsuali	R.07.09.01	Possibile messa in atto di condotte elusive delle ordinarie procedure di selezione. Ritardo o mancato avvio delle procedure concorsuali per la copertura del posto vacante con la sostituzione oppure, a sostituzione avvenuta, prolungamento intenzionale dei tempi occorrenti per l'avvio delle procedure ordinarie di conferimento al titolare dell'incarico, con conseguente prolungamento del periodo di sostituzione	medio	Regolamento per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali
P.07.10 Mappatura e valutazione dell'area 07	A.07.10.01	Mappatura e valutazione del rischio corruttivo dell'area 07	R.07.10.01	Inefficienza dei processi e delle attività dell'area e non adeguata evidenziazione del rischio corruttivo	medio	Avvio mappatura dei processi

Area di rischio 08

Affari legali e contenzioso

processo	attività		rischio	ponderazione	azioni intraprese
P.08.01 Istruzione atti giudiziari	A.08.01.01	Avvio tempestivo dell'istruttoria dell'atto giudiziario	R.08.01.01	medio	Buona prassi
	A.08.01.02	Difesa dell'IRCCS	R.08.01.02	medio	Buona prassi
P.08.02 Mappatura e valutazione dell'area 08	A.08.02.01	Mappatura e valutazione del rischio corruttivo dell'area 08	R.08.02.01	medio	Mappatura e valutazione dei processi avviata, anche se vanno dettagliate le varie attività

PTPCT 2025-2027

Attività libero professionale (ALPI)

processo	attività	rischio	ponderazione	azioni intraprese		
P.09.01 Accesso del paziente alla richiesta / prenotazione di prestazioni sanitarie	A.09.01.01	Informatizzazione, pubblicazione e aggiornamento, sul sito web aziendale , in modo immediatamente visibile, delle agende di prenotazione	R.09.01.01	Violazione del diritto di libera scelta del paziente con induzione all' accesso per prestazioni sanitarie in ALPI per incompleta informazione	alto	Pubblicazione mensile delle liste e dei tempi d'attesa , delle prestazioni ambulatoriali erogate, da SovraCUP ed Aziendali in due file separati. Agende di prenotazione elettroniche, generazione automatica delle liste di attesa (attività ambulatoriali istituzionali ed ALPI), e pubblicazione trimestrale di liste e tempi di attesa (regolamento ALPI interaziendale). Pubblicare agende ALPI.
	A.09.01.02	Separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale ed ALPI	R.09.01.02	Violazione del diritto di libera scelta del paziente con induzione all' accesso per prestazioni sanitarie in ALPI per commistione dei percorsi	alto	Sono operative agende elettroniche separate per la prenotabilità dell' attività ambulatoriale istituzionale e ALPI . L'attività istituzionale per i primi accessi è prenotabile da numero verde dedicato. Prenotabilità degli accessi successivi o controlli dallo sportello ticket e dal personale sanitario.
	A.09.01.03	Unificazione del sistema di gestione delle agende di prenotazione nell'ambito del Centro Unico di Prenotazione (CUP) su base regionale provinciale, facilmente accessibile (call center, sportelli aziendali)	R.09.01.03	Violazione del diritto di libera scelta del paziente con induzione all' accesso per prestazioni sanitarie in ALPI per incompleta informazione sulla possibilità di effettuare la stessa prestazione in altra azienda pubblica o privati convenzionati	alto	In atto è utilizzato un sistema di prenotabilità SovraCUP Provinciale per i primi accessi. Prenotabilità e disdetta attraverso i CUP aziendali, le farmacie, SovraCUP (numero verde), attraverso una piattaforma web dedicata messa a disposizione dal call center, che gestisce il numero verde; questo utilizza un sistema di email di richiesta e risposta prenotazione e disdetta. Unificate le agende delle 4 aziende sanitarie e dei privati convenzionati.
	A.09.01.04	Utilizzo classi di priorità clinica per l'accesso alle liste di attesa differenziate per tempo di attesa (specificando anche se si tratta di prima visita o controllo), secondo le norme vigenti	R.09.01.04	Violazione del diritto di libera scelta del paziente con induzione all' accesso per prestazioni sanitarie in ALPI per non corretto utilizzo delle classi di priorità	alto	Nel Piano Attuativo Aziendale del Governo delle Liste di Attesa sono state deliberate le nuove linee di guida RAO .
	A.09.01.05	Attivazione sul sito aziendale di sezione per invio di reclami all'URP di pazienti registrati in fase di richiesta ALPI . Pubblicazione relazione URP su reclami ricevuti e monitoraggio .	R.09.01.05	Violazione del diritto di libera scelta del paziente con induzione all' accesso per prestazioni sanitarie in ALPI per non adeguata presa in carico dei reclami	alto	Pubblicazione della relazione periodica dell' URP sui reclami ricevuti
	A.09.01.06	Monitoraggio sulla corretta classificazione (prima visita e controllo)	R.09.01.06	Errata classificazione tipologia di visita e priorità, con possibile induzione all'accesso in ALPI	medio	Monitoraggi trimestrali trasmessi all'Assessorato alla Salute (attività istituzionale) e ad Agenas (ALPI)



	A.09.01.07	Recall o SMS o reminder, pre- appuntamento, per non consentire opportunistici allungamenti tempi di attesa	R.09.01.07	Drop-out (prenotazioni non eseguite per assenza del paziente), con allungamento delle liste d'attesa ed induzione in ALPI	alto	Recall del sovra-CUP. Attività tracciata informaticamente. Le agende di controllo per le ultraspecialistiche gestite direttamente dalle UU.OO
	A.09.01.08	Divieto di sospensione delle prenotazioni	R.09.01.08	Violazione legge n. 266/2005: allungamento liste d'attesa e possibile induzione accesso in ALPI	medio	Monitoraggi semestrali sulla sospensione attività di tutte le prestazioni.
	A.09.01.09	Archiviazione dei casi di sospensione erogazione delle prestazioni e delle relative motivazioni (Legge 266/2005)	R.09.01.09	Ricorso improprio alla sospensione delle prestazioni (violazione Legge 266/2005): allungamento delle liste d'attesa e induzione in ALPI	alto	Monitoraggi semestrali sospensione attività di tutte le prestazioni, trasmissione alla Regione, pubblicazione sul sito aziendale. Regolamento aziendale su attività ambulatoriale e sospensioni
P.09.02 Richiesta autorizzazione, da parte di un professionista, allo svolgimento di ALPI	A.09.02.01	Presentazione di domanda con richiesta di autorizzazione , da parte di un professionista dell'azienda, a svolgere ALPI	R.09.02.01	Domande con informazioni troppo generiche	molto basso	Predisposto un modulo per richiesta di autorizzazione a svolgere attività ALPI
P.09.03 Autorizzazione del personale dipendente allo svolgimento dell'ALPI	A.09.03.01	Verifica della sussistenza di tutti i requisiti ed autorizzazione	R.09.03.01	False dichiarazioni ai fini dell'ottenimento dell'autorizzazione. Non sussistenza dei requisiti	alto	Verifiche periodiche attraverso l' internal auditing . Visto di autorizzazione in calce alla domanda (anche se vago e non supportato da documentazione di supporto di avvenuta verifica di tutti i requisiti). Indicazione (generica). Documentazione trasmessa al responsabile dell'ALPI (carente), anche ai ai fini della liquidazione.
P.09.04 Svolgimento dell'ALPI	A.09.04.01	Svolgimento dell'ALPI entro i volumi dell'attività istituzionale	R.09.04.01	Violazione dell'obbligo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	alto	Le agende attività istituzionale e ALPI sono separate ed informatizzate, l'attività è tracciata (dati non sempre completi). Carenza di informazioni che permettono il collegamento tra utente, prestazione prenotata, prestazione pagata, prestazione erogata, medico specialista erogante, data e ora di ogni processo, sia per l'attività istituzionale che ALPI. Impossibilità di tracciare i volumi individuali di attività istituzionale.
	A.09.04.02	Svolgimento dell'ALPI ambulatoriale fuori dell'orario di servizio	R.09.04.02	ALPI durante gli orari di servizio	alto	Verifiche a campione da parte delle Direzioni Sanitaria e Medica di Presidio
	A.09.04.03	Svolgimento dell'ALPI per i ricoveri	R.09.04.03	Ricoveri in ALPI non sotto controllo	alto	Nel 2024 non ricoveri in ALPI . Prevista tale possibilità
	A.09.04.04	Trattamento non discriminatorio verso i pazienti che non richiedono prestazioni in ALPI o non visitati in extra-moenia	R.09.04.04	Discriminazione verso i pazienti visitati in attività istituzionale	molto alto	Misure insufficienti sul controllo dell'eventuale attività di ricovero istituzionale che proviene da attività svolta in extramoenia da professionisti non in esclusività di contratto (non prevista dall'attuale Regolamento aziendale)



P.09.05 Fatturazione della prestazione erogata in ALPI	A.09.05.01	Fatturazione della prestazione erogata in ALPI	R.09.05.01	Fatturazione per una prestazione non erogata secondo le disposizioni vigenti ed il Regolamento aziendale	medio	Misure di controllo proceduralizzate, anche se non informatizzate
P.09.06 Mappatura e valutazione dell'area 09	A.09.06.01	Mappatura e valutazione del rischio corrottivo dell'area 09	R.09.06.01	Inefficienza dei processi e delle attività dell'area e non adeguata evidenziazione del rischio corrottivo	medio	Mappatura e valutazione dei processi sufficienti , ma suscettibili di un'ulteriore dettaglio sulle varie attività che fanno parte dell'area

PTPCT 2025-2027

f
Ad. Flus

Area di rischio 10

Liste d'attesa

processo	attività		rischio		ponderazione	azioni intraprese
P.10.01 Gestione liste relative a prestazioni ambulatoriali	A.10.01.01	Prenotazione attività ambulatoriale	R.10.01.01	Prenotazione mancante o non rispettante il codice di priorità	alto	Utilizzato software che traccia la prenotazione (medico prescrittore, priorità, date, prenotante)
	A.10.01.02	Esecuzione di prestazione ambulatoriale	R.10.01.02	Esecuzione di prestazioni non prenotate, al fine di ricavarne un'utilità	molto alto	Utilizzato software che traccia l'esecuzione della prestazione ambulatoriale
P.10.02 Gestione liste di attesa relative a ricoveri non riabilitativi	A.10.02.01	Definizione delle attività di prericovero e ricovero non riabilitativo (esclusi quelli in urgenza)	R.10.02.01	Prericoveri e ricoveri non tenuti sotto controllo , permettendo condotte atte a trarre una personale utilità , con particolare riferimento all'ALPI e a prestazioni extra-moenia	molto alto	Disposizioni della Direzione Medica di Presidio, distribuite in incontro ad hoc. Assenza di un Regolamento deliberato
	A.10.02.02	Verifica della correttezza del percorso, secondo Regolamento aziendale	R.10.02.02	Regolamento specifico non applicato, prericoveri-ricoveri fuori controllo , condotte atte a trarre una personale utilità	alto	Verifiche , ma non adeguatamente codificate
P.10.03 Gestione liste relative a ricoveri riabilitativi	A.10.03.01	Definizione delle attività di ricovero riabilitativo	R.10.03.01	Ricoveri non adeguatamente tenuti sotto controllo , permettendo condotte atte a trarre una personale utilità , con particolare riferimento all'ALPI e a prestazioni extra-moenia	molto alto	Regolamento aziendale con scheda di valutazione a punteggi e pubblicazione sul sito aziendale. Processo parzialmente informatizzato
	A.10.03.02	Verifica della correttezza del percorso, secondo Regolamento aziendale	R.10.03.02	Regolamento specifico non applicato, ricoveri riabilitativi fuori controllo , condotte atte a trarre una personale utilità	alto	Verifiche , ma non adeguatamente codificate
P.10.04 Gestione liste di attesa relative a ricoveri su posti letto di ricerca clinica	A.10.04.01	Definizione delle attività di ricovero su posti letto di ricerca clinica	R.10.04.01	Regolamento specifico non applicato, ricoveri per ricerca clinica fuori controllo , far passare per ricovero di ricerca un ricovero che tale non è, condotte atte a trarre una personale utilità	alto	Regolamento aziendale , identico a quello per i ricoveri riabilitativi, con scheda di valutazione a punteggi e pubblicazione sul sito aziendale. Processo parzialmente informatizzato
	A.10.04.02	Verifica della correttezza del percorso, secondo Regolamento aziendale	R.10.04.02	Regolamento specifico non applicato, ricoveri per ricerca clinica fuori controllo , condotte atte a trarre una personale utilità	alto	Verifiche , ma non adeguatamente codificate
P.10.05 Mappatura e valutazione dell'area 10	A.10.05.01	Mappatura e valutazione del rischio corruttivo dell'area 10	R.10.05.01	Inefficienza dei processi e delle attività dell'area e non adeguata evidenziazione del rischio corruttivo	medio	Mappatura e valutazione dei processi sufficienti , ma suscettibili di un'ulteriore dettaglio sulle varie attività che fanno parte dell'area

Area di rischio 12

Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

processo	attività	rischio	ponderazione	azioni intraprese		
P.12.01 Gestione farmaci	A.12.01.01	Richiesta farmaci	R.12.01.01	Richiesta non appropriata al fine di trarre una personale utilità, per se o per terzi	medio	PG 18.01 (Farmacia, riconciliazione farmacologica, Prescrizione antibiotici) (delibera n. 1611 del 1.1.2020). Identificazione informatizzata del prescrittore
	A.12.01.02	Dispensazione / preparazione farmaci non ad alto costo	R.12.01.02	Dispensazione non appropriata al fine di trarre una personale utilità, per se o per terzi	medio	PG 18.01 (Farmacia, riconciliazione farmacologica, Prescrizione antibiotici) (delibera n. 1611 del 1.1.2020). Identificazione informatizzata del dispensatore
	A.12.01.03	Dispensazione / preparazione farmaci ad alto costo	R.12.01.03	Dispensazione non appropriata o non effettuata al fine di trarre una consistente personale utilità, per se o per terzi	medio	Criteri di appropriatezza AIFA da inseriresull'apposita piattaforma / modulistica . Apposizione di etichette. Non identificazione del dispensatore.
	A.12.01.04	Smaltimento farmaci	R.12.01.04	Incremento delle scorte, tale da portare alla scadenza del farmaco , al fine di trarre una personale utilità, per se o per terzi	medio	Procedura PAC su ciclo rimanenze (delibera n. 1484 del 11.12.2019)
P.12.02 Gestione dispositivi medici	A.12.02.01	Richiesta dispositivo	R.12.02.01	Richiesta non appropriata al fine di trarre una personale utilità, per se o per terzi	medio	PG 18.01 (Farmacia, riconciliazione farmacologica, Prescrizione antibiotici) (delibera n. 1611 del 1.1.2020): in modo estensivo, la richiesta del dispositivo viene effettuata con le stesse modalità. Identificazione informatizzata del prescrittore
	A.12.02.02	Utilizzo dispositivo	R.12.02.02	Utilizzo non appropriato o non effettuato del dispositivo, al fine di trarre una consistente personale utilità, per se o per terzi	medio	PG 18.01 (Farmacia, riconciliazione farmacologica, Prescrizione antibiotici) (delibera n. 1611 del 1.1.2020). Apposizione generica delle etichette
	A.12.02.03	Smaltimento dispositivo	R.12.02.03	Incremento delle scorte, tale da portare alla scadenza del dispositivo , al fine di trarre una personale utilità, per se o per terzi	medio	Procedura PAC su ciclo rimanenze (delibera n. 1484 del 11.12.2019?)
P.12.03 Sperimentazioni cliniche (soprattutto trials)	A.12.03.01	Autorizzazione da parte del Comitato Etico dell'IRCCS	R.12.03.01	Conflitto di interessi dei componenti del Comitato Etico al momento della nomina dei componenti e della presentazione e valutazione della sperimentazione clinica / trial	medio	Regolamento Comitato Etico

Area di rischio 11

Rapporti con soggetti privati erogatori di prestazioni sanitarie

processo	attività	rischio	ponderazione	azioni intraprese
P.11.01 Valutazione del fabbisogno	Attività non applicabili all'IRCCS			
P.11.02 Autorizzazione alla realizzazione rilasciata dall'Azienda sanitaria	Attività non applicabili all'IRCCS			
P.11.03 Autorizzazione all'esercizio rilasciata dall'Azienda sanitaria	Attività non applicabili all'IRCCS			
P.11.04 Accreditamento istituzionale	Attività non applicabili all'IRCCS			
P.11.05 Negoziazione, stipula ed esecuzione degli accordi / contratti di attività	Attività non applicabili all'IRCCS			
P.11.06 Mappatura e valutazione dell'area 11	A.11.06.01 Mappatura e valutazione del rischio corruttivo dell'area 11 (rapporti con privati da parte dell'area sanitaria)	R.11.06.01 Processo in atto non presente, non mappato né valutato, non tenuto sotto controllo qualora si verificassero condizioni previste dall'area di rischio 11 (area sanitaria)	medio	Verifiche non standardizzate
	A.11.06.02 Mappatura e valutazione del rischio corruttivo dell'area 11 (rapporti con privati da parte dell'area scientifica) (SARS)	R.11.06.02 Processo in atto non presente, non mappato né valutato, non tenuto sotto controllo qualora si verificassero condizioni previste dall'area di rischio 11 (area scientifica) (SARS)	medio	Verifiche non standardizzate

PTPCT 2025-2027

clinici, sponsorizzati, con farmaci) e ripartizione dei relativi proventi	A.12.03.02	Svolgimento del trial	R.12.03.02	Svolgimento delle attività di sperimentazione clinica durante gli orari di servizio (pagati da altra fonte) non previsti per il trial	medio	Rendicontazione come da Regolamento Comitato Etico. Organi di controllo ministeriali (site visit, CIV)
	A.12.03.03	Attribuzione dei proventi	R.12.03.03	Auto- o non corretta attribuzione dei proventi di un trial sponsorizzato	medio	Rendicontazione come da Regolamento Comitato Etico. Organi di controllo ministeriali (site visit, CIV)
P.12.04 Regolazione dei rapporti con gli informatori scientifici ed i fornitori di presidi sanitari	A.12.04.01	Ricevimento informatori scientifici e fornitori di presidi sanitari per un'informazione appropriata e trasparente	R.12.04.01	Prescrizione di farmaci o di presidi sanitari al fine si conseguire un'utilità per sé o terzi	medio	Adozione di un Regolamento di accesso degli informatori scientifici e dei fornitori di presidi sanitari , partecipazione ad eventi formativi sponsorizzati e non sponsorizzati, retribuit e non retribuiti (revisionato con delibera n. 1470 del 8.12.2019). Controlli non ben codificati
P.12.05 Mappatura e valutazione dell'area 12 (escluso il processo relativo ai trials)	A.12.05.01	Mappatura e valutazione del rischio corruttivo dell'area 10	R.12.05.01	Inefficienza dei processi e delle attività dell'area e non adeguata evidenziazione del rischio corruttivo	medio	Mappatura e valutazione dei processi sufficienti , ma suscettibili di un'ulteriore dettaglio sulle varie attività che fanno parte dell'area
P.12.06 Mappatura e valutazione dell'area 12 (processo relativo ai trials)	A.12.06.01	Mappatura e valutazione del rischio corruttivo dell'area 10	R.12.06.01	Inefficienza dei processi e delle attività dell'area e non adeguata evidenziazione del rischio corruttivo	medio	Mappatura e valutazione dei processi sufficienti , ma suscettibili di un'ulteriore dettaglio sulle varie attività che fanno parte dell'area

PTPCT 2025-2027

4

Edoardo

Area di rischio 13

Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero

processo	attività		rischio	ponderazione	azioni intraprese	
P.13.01 Gestione decesso intraospedaliero e camere mortuarie	A.13.01.01	Comunicazione del decesso ai parenti, da parte del medico o dell'infermiere di unità operativa	R.13.01.01	Comunicazione, in anticipo , del decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri, in cambio di una quota sugli utili	basso	Riferimento indiretto, ad astenersi dal dare tali comunicazioni in anticipo, nel Codice di comportamento ed etico (art. 4) (delibera n. 520 del 23.3.2018)
	A.13.01.02	Vestizione della salma	R.13.01.02	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità , in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti	basso	Riferimento indiretto, a non richiedere o accettare impropriamente regali o altra utilità, nel Codice di comportamento ed etico (art. 4) (delibera n. 520 del 23.3.2018)
	A.13.01.03	Vigilanza della salma in camera mortuaria	R.13.01.03	Segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifico impresa di onoranze funebri , in cambio di una quota sugli utili	medio	Riferimento indiretto, ad astenersi dal dare informazioni improprie, nel Codice di comportamento ed etico (art. 4) (delibera n. 520 del 23.3.2018)
	A.13.01.04	Consegna della documentazione alla ditta di onoranze funebri da parte del Direttore Medico di Presidio	R.13.01.04	Non adeguata attenzione ad eventuale anomala netta prevalenza o incremento di una determinata impresa di onoranze funebri	basso	Nessuna formalizzazione di una tenuta sotto controllo dell'attività
P.13.02 Mappatura e valutazione dell'area 13	A.13.02.01	Mappatura e valutazione del rischio corruttivo dell'area 13	R.13.02.01	Inefficienza dei processi e delle attività dell'area e non adeguata evidenziazione del rischio corruttivo	medio	Avvio mappatura dei processi e dell'attività dell'area

NOTA: il servizio non è esternalizzato

PTPCT 2025-2027

Misure di prevenzione del rischio corruttivo

misure		aree	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	
MP.01	Publicazione della parte del PIAO 2025-2027, relativa al PTPCT, nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale, in https://www.irccsme.it/doc/amministrazione-trasparente/disposizioni-generali/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza/2024.html e in https://www.irccsme.it/doc/amministrazione-trasparente/disposizioni-generali/atti-generali/atti-amministrativi-generali/anno-2024.html		●												RPCT
MP.02	Distribuzione, tramite nota protocollata e mail aziendale, della parte PTPCT del PIAO 2025-2027 e del Codice Comportamentale, a tutto il personale dell'IRCCS			●											RPCT
MP.03	Presentazione operativa della parte PTPCT del PIAO 2025-2027, anche tramite webinar, a tutti i responsabili dell'attuazione delle varie misure			●											RPCT
MP.04	Monitoraggio dell'applicazione delle misure, con segnalazione di eventuali inadempienze, tramite nota protocollata, al Direttore Generale / Commissario e all'OIV				●			●			●			●	RPCT
MP.05	Riesame del PTPCT 2025-2027							●							RPCT
MP.06	Mappatura del processo relativo ai provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (certificazioni, prescrizione di ausili, ...); proposte di misure da adottare relativamente alle azioni a maggiore rischio corruttivo (invio di nota protocollata al RPCT)	01						●							Direttore Sanitario o delegato con nota protocollata
MP.07	Mappatura del processo relativo ai provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (rimborso per ricoveri o prestazioni in centri altamente specializzati in Italia, ...); proposte di misure da adottare relativamente alle azioni a maggiore rischio corruttivo (invio di nota protocollata al RPCT)	02						●							Direttore Sanitario o suo delegato con nota protocollata
MP.08	Adozione con delibera del Piano Annuale 2025 di Internal Audit	03, 05, 06		●											Direzione Generale
MP.09	Coordinamento del Gruppo di Lavoro Internal Auditing e predisposizione dei documenti per lo svolgimento dei vari audit	03, 05, 06		●											Team leader del Gruppo di Lavoro Internal Auditing
MP.10	Svolgimento degli Internal Audit, previsti dal relativo Piano, su tutte le aree previste dal PAC, con reports scritti da inoltrare per conoscenza anche al RPCT	03, 05, 06		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Internal Auditor
MP.11	Formazione del Internal Auditor, del Gruppo di Lavoro Internal Audit e del Referente PAC	03, 05, 06		●											Direzione Generale
MP.12	Revisione ed adozione con delibera di tutte le procedure PAC	03, 05, 06									●				Referente PAC
MP.13	Applicazione del divieto di post-employment (pantouflage) (legge 190/2012, art. 1, comma 42, lettera l; d.lgs. 165/2001, art. 53, comma 16-ter). Monitoraggio semestrale con report, tramite nota protocollata, da inviare per conoscenza anche al RPCT	04						●						●	Direttore UOC Risorse umane
MP.14	Ricognizione (nota protocollata al RPCT) sulla possibilità di rotazione del personale nelle aree sensibili	04				●									Direttore UOC Risorse umane
MP.15	Mappatura del processo sull'assegnazione di incarichi e nomine; proposte di misure da adottare relativamente alle azioni a maggiore rischio corruttivo (invio di nota protocollata al RPCT)	07													Direttore UOC Risorse umane
MP.16	Mappatura del processo sugli affari legali ed il contenzioso; proposte di misure da adottare relativamente alle azioni a maggiore rischio corruttivo (invio di nota protocollata al RPCT)	08						●							Responsabile / Referente Ufficio Legale
MP.17	Report, tramite nota protocollata indirizzata alla Direzione Sanitaria e al RPCT, su tutto il personale in atto autorizzato a svolgere attività in ALPI, indicando anche le tariffe, i giorni della settimana, gli orari e le aree ove è previsto lo svolgimento di tale attività; indicare, inoltre, se vi siano richieste di ALPI non evase da oltre 30 giorni e se alcune non fossero state autorizzate, indicandone, in entrambi i casi, i motivi; verificare se le relative informazioni, previste per legge, siano state pubblicate sul sito aziendale	09		●											Responsabile Ufficio Alpi aziendale
MP.18	Valutazione, da parte della Commissione Paritetica Alpi, del Regolamento Alpi	09		●											Commissione Paritetica Alpi
MP.19	Report semestrale (nota protocollata al Direttore Sanitario e al RPCT), entro i tre mesi successivi al periodo di riferimento, sulla verifica campionaria (su tutto il personale interessato) che le prestazioni svolte in ALPI non abbiano superato la percentuale, prevista dalle disposizioni legislative vigenti, rispetto a quelle svolte in regime ordinario	09			●						●				Responsabile Ufficio Alpi aziendale
MP.20	Report semestrale (nota protocollata indirizzata alla Direzione Sanitaria e al RPCT), entro i tre mesi successivi al periodo di riferimento, sulla verifica campionaria (su almeno il 10% del personale interessato) che le prestazioni svolte in ALPI: 1) siano avvenute nei tempi e nei luoghi autorizzati; 2) siano avvenute con ripescatura dei costi di utilizzo dei materiali per tale attività, considerando un auspicabile aggiornamento annuale; 3) siano erogate dopo aver verificato se siano garantiti i LEA e, in caso contrario, perché non sia stata eventualmente bloccata l'attività in ALPI; 4) siano avvenute con una prenotazione non avvenuta nello stesso giorno (ipotesi vietata e da segnalare); 5) siano avvenute solo dopo pagamento del relativo ticket; 6) siano state registrate, da parte del professionista che le ha erogate, nell'apposito applicativo aziendale, firmandole digitalmente; 6) siano state effettuate con orari di timbratura e stimolatura congrui rispetto alle prestazioni erogate; 7) sia certificata la presenza nominativa, ove prevista, del personale di supporto; 8) le prestazioni in ALPI siano state pagate dopo tutte le suddette verifiche	09			●						●				Responsabile Ufficio Alpi aziendale
MP.21	Report (nota protocollata), entro i tre mesi successivi al periodo di riferimento, da parte della Commissione Paritetica Alpi, sull'attività svolta nel semestre precedente	09			●						●				Commissione Paritetica Alpi
MP.22	Adozione con delibera del Regolamento Alpi	09						●							Direzione Generale
MP.23	Individuazione con delibera, del responsabile aziendale delle liste d'attesa	10		●											Direttore Sanitario
MP.24	Report (nota protocollata indirizzata al Direttore Sanitario e al RPCT) sul recupero straordinario delle prestazioni non erogate e pubblicazione dei compensi erogati, nel 2024, per singolo operatore sanitario	10			●										Responsabile liste d'attesa (RLA)
MP.25	Pubblicazione online sul sito istituzionale dei tempi di attesa delle varie prestazioni	10			●										RLA
MP.26	Definizione con atto deliberativo ed informatizzazione dell'intero processo da una visita, al prelievo, al ricovero in unità operative non riabilitative	10						●							RLA
MP.27	Adozione con delibera di un regolamento sull'erogazione delle prestazioni riabilitative (ambulatoriali, in regime di day-hospital e di ricovero ordinario).	10						●							RLA
MP.28	Informatizzazione del processo relativo all'erogazione delle prestazioni riabilitative	10						●							RLA
MP.29	Report (nota protocollata indirizzata al Direttore Sanitario e al RPCT) sulla verifica campionaria (almeno il 5%) sul corretto inserimento in lista d'attesa per ricoveri non riabilitativi e prestazioni / ricoveri riabilitativi	10									●		●		RLA
MP.30	Report (nota protocollata indirizzata al Direttore Sanitario e al RPCT) sulla verifica campionaria (almeno il 5%) sull'appropriatezza dei ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso (esclusione fenomeno "salta lista")	10									●		●		RLA
MP.31	Mappatura del processo relativo ai rapporti con soggetti privati erogatori di prestazioni sanitarie; proposte di misure da adottare relativamente alle azioni a maggiore rischio corruttivo (invio di nota protocollata al RPCT)	11						●							Direttore Sanitario o suo delegato con nota protocollata
MP.32	Censimento delle prescrizioni (terapeutiche e devices) ad alto costo, con indicazione delle linee guida adottate per definire l'appropriatezza e a cui fare riferimento con specifiche annotazioni nelle relative cartelle cliniche o schede ambulatoriali; il tutto andrà indicato in una nota protocollata da inviare alla Direzione Sanitaria e al RPCT	12						●							Tutti i Direttori / Responsabili di Unità Operative sanitarie
MP.33	Controllo su almeno il 10% di ciascuna delle prestazioni ad alto costo; ove previsto, verificare anche la corretta apposizione dei fustelli; il report di tali controlli va inviato con nota protocollata al RPCT	12									●	●	●	●	Direttore Sanitario o suo delegato con nota protocollata
MP.34	Mappatura del processo relativo al decesso in ambito ospedaliero; proposte di misure da adottare relativamente alle azioni a maggiore rischio corruttivo (invio di nota protocollata al RPCT)	13						●							Direttore Sanitario o suo delegato con nota protocollata
MP.35	Organizzazione di eventi formativi sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza. Giornata della Legalità, con il coinvolgimento di tutte le Unità Operative							●						●	RPCT

SEZIONE "Schedario di attività amministrative" - Elenco degli obblighi di pubblicazione*

Determinazione sottotecnica livello 1 (Macro famiglia)	Determinazione (art. - sezione - 1° livello) (Tipologia di dati)	Riferimento normativo	Determinazione del singolo obbligo	Contenuto dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile**
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (Ani, alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	RPTC
		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 "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
			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)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministeriali, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPTC
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenziario obblighi amministrativi	Scadenziario 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	non di pertinenza
		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 e certificatori, nonché 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)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 10/2016	
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del d.lgs. n. 33/2013 (da pubblicare in tabella)	Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non di pertinenza
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. 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 di pertinenza
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non di pertinenza
		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 di pertinenza
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non di pertinenza
		Art. 14, c. 1, lett. e), 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 di pertinenza
		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 di pertinenza
		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 di pertinenza
		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 di pertinenza
		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 di pertinenza
		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 di pertinenza
		Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del d.lgs. n. 33/2013		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 d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
	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)		Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
	Art. 14, c. 1, lett. e), 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)		Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
	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)		Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del d.lgs. n. 33/2013	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)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
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	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
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)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
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	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	

SEZIONE **Incumbenti** - Elenco degli obblighi di pubblicazione*

Descrizione della sotto-sezione (Codice ISTAT)	Descrizione della sotto-sezione (2° livello ISTAT) (Codice ISTAT)	Riferimento normativo	Descrizione delle dati in generale (collegio)	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabilità**
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali
		Art. 14, c. 1, lett. e), 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	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali
		Art. 14, c. 1, lett. g), 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	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali
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 supera 5.000 €)	Nessuno	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali			
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982	4) dichiarazioni 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)	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali			
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'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali	
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 di pertinenza	
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)	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali	
		Organigramma	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali	
Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali	
		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)	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali	
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 o soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti perceptor, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali
		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)	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali	
		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)	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali	
		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)	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali	
		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)	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali	
Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali			
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incumbenti amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico: Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali
		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)	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali
		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)	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali
		Art. 14, c. 1, lett. e) 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)	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali
		Art. 14, c. 1, lett. f) 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)	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali
		Art. 14, c. 1, lett. g) 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, società di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula avul mica onere 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).	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali
		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 dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali
		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	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfidenzialità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Risorsa Umane ed Affari Generali

SEZIONE - Elenco degli obblighi di pubblicazione*

Denominazione sottosezione livello 3 (Materie/teme)	Denominazione sottosezione 2° livello (Categorie di dati)	Riferimenti normativi	Denominazione del soggetto obbligato	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile**				
Personale		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)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali				
		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)					
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	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 distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuali discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico:					
			Art. 14, c. 1, lett. b) 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)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali			
			Art. 14, c. 1, lett. c) 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)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali			
			Art. 14, c. 1, lett. d) 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 e legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali			
			Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali			
			Art. 14, c. 1, lett. f) 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)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali			
			Art. 14, c. 1, lett. g) 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)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali			
			Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		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).	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali			
			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 dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali			
			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	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali			
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali			
			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)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali			
			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)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali			
			Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 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	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali		
			Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004		Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali		
			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	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
						Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno		Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali						
Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno		Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali						
Art. 14, c. 1, lett. e), 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		Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali						
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno		Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali						
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'assunzione della carica	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 e 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	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali				
				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).	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali				
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)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali					
Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	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)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali				
				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)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali		
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	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali				
				Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	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)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali			
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)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali					

SEZIONE - Elenco degli obblighi di pubblicazione*							
Denominazione sotto-sezione livello 2 (Uscienze)	Organizzazione sotto-sezione 2° livello (Tipologia di dati)	Riferimento normativo	Denominazione dell'obbligo	Contenuto dell'obbligo	Aggiornamenti	Responsabile**	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014	Provedimenti	Dichiarazione sulla sussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2014)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
		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 regolamentari 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)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socio flessano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
Enti di diritto privato controllati	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Bilancio 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. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Per ciascuno degli enti:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla sussistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
Rappresentazione grafica	Rappresentazione grafica	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Rappresentazione grafica	Dichiarazione sulla sussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
		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)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
		Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		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)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali	
Dati aggregati attività amministrative	Dati aggregati attività amministrative	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenze degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016			
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
				Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
				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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
				Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
				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 riguardano	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
				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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
				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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
				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 o i modi per attivarli	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
				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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
				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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
				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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
				Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Per i procedimenti ad istanza di parte:		
				Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
				Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012	2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
Monitoraggio tempi procedurali	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016			
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti dell'ufficio responsabile	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile SIA		
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	Bilancio 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 sottosezione "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)	Direttore UOC Provveditorato Responsabile SARS	
		Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Bilancio 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		

SEZIONE **Obblighi di pubblicazione** - Elenco degli obblighi di pubblicazione*

Denominazione sottosezione livello 3 (Infrastrutture)	Denominazione attività / prima 2° livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile**
		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.	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Economico-Finanziario e Patrimoniale
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del d.lgs. n. 91/2011 - Art. 18-bis del d.lgs. n. 118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultante 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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Economico-Finanziario e Patrimoniale
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC 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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Economico-Finanziario e Patrimoniale
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione o 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 dell'Ente A.N.AC	Segreteria OIV
				Documento dell'OIV di validazione della relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Temporaneo	Segreteria OIV
				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)	Temporaneo	Segreteria OIV
	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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria Collegio sindacale
Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria Collegio sindacale	
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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile UOS Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico
	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	Temporaneo	Direttore UOC Provveditorato Responsabile SARS
				Sentenza di definizione del giudizio	Temporaneo	Direttore UOC Provveditorato Responsabile SARS
				Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Temporaneo	Direttore UOC Provveditorato Responsabile SARS
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati	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)	Direttore UOC Economico-Finanziario e Patrimoniale
	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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Sanitario
	Servizi in rete	Art. 7, c. 3 d.lgs. 91/2005 modificato dall'art. 8, c. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete nei confronti dell'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Temporaneo	Responsabile UOS Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico
Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Direttore UOC Economico-Finanziario e Patrimoniale	
Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Direttore UOC Economico-Finanziario e Patrimoniale	
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)	Direttore UOC Economico-Finanziario e Patrimoniale	
			Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Economico-Finanziario e Patrimoniale	
			Ammontare complessivo dei debiti	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Economico-Finanziario e Patrimoniale	
IBAN e pagamenti informativi	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informativi	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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Economico-Finanziario e Patrimoniale	
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative 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)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non di pertinenza
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 23, c. 7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Temporaneo (art. 8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Provveditorato Responsabile SARS
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Temporaneo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Provveditorato Responsabile SARS
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio	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	Temporaneo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non di pertinenza
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non di pertinenza
			Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non di pertinenza
			Stato dell'ambiente	3) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli hotspot, 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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non di pertinenza

SEZIONE "Altri contenuti" - Elenco degli obblighi di pubblicazione*						
Denominazione attività (Tabella 1)	Prospettiva di pubblicazione (Tabella 2)	Referimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile**
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni ed 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 di pertinenza
			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 di pertinenza
			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 di pertinenza
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non di pertinenza
			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 di pertinenza
			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 di pertinenza
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuali (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	non di pertinenza
			(da pubblicare in tabelle)	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuali (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	non di pertinenza
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroghe, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti (fornitori, acquisti/contratti, donazioni, bonus economici)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Provveditorato Responsabile SARS
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Provveditorato Responsabile SARS
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Provveditorato Responsabile SARS
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuali ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOS 231)	Annuale	RPCT
		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	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	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)	RPCT
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'ANAC, ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'ANAC, ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	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	RPCT
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9 bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, 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	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
		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	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
		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	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
Altri contenuti	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.ndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidatit.agid.gov.it/catalogo-gestito-da-AGID	Tempestivo	Responsabile SA
		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 salvo i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
		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)	Direttore UOC Risorse Umane ed Affari Generali
Altri contenuti	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	---	Direzione Generale

* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, solo modificati dal dlgs 97/2016, è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del precedente testo del dlgs 33/2013).

** I responsabili indicati, posso delegare un'altra persona, nei limiti previsti dalle disposizioni legislative vigenti, tramite nota protocollata da inviare alla Direzione Generale, al RPCT e all'FOIV.

PTPCT 2025-2027

Elaborato prodotto il 19 dicembre 2024

Codice	Profilo Gestionale	Dotazione organica vigente al 9 Dicembre 2024	Presenti al 10 Dicembre 2024 a Tempo indeterminato	Presenti al 10 Dicembre 2024 a Tempo determinato su posto vacante	Cessazioni entro il 31 Dicembre 2024 del tempo indeterminato	Cessazioni entro il 31 Dicembre 2024 del tempo determinato su posto vacante	Presenti al 1 gennaio 2025 a TD e TI	Posti disponibili al 1 gennaio 2025	ASSUNZIONI						Totale Assunzioni nel 2025-2027 (a)	2025					2026		2027						
									Per Stabilizzazione	Per Concorso a TI	Per Concorso a TD su posto vacante	Per Concorso a TD su posto occupato	Per Mobilità	DA UPL		Posti Disponibili al 31 Dicembre 2025 - escluse cessazioni	Cessazioni dal 1 gennaio 2025 al 31 dicembre 2025 (b)	Posti Vacanti al 31 Dicembre 2025	Costo medio ponderato unitario (c)	Costo medio ponderato complessivo delle assunzioni annualizzato (a)*(c)	Quota annuale assunzioni 2025 (d)	N° teste in fle assumibili nel 2025	E QUOTA Costo medio ponderato complessivo delle assunzioni (a)*(c)*(d)	F Costo medio ponderato complessivo delle cessazioni (b)*(c)	DELTA E - F	Quota annuale assunzioni 2026	N° teste in fle assumibili nel 2026 A parità di condizioni	Quota annuale assunzioni 2027	N° teste in fle assumibili nel 2027 A parità di condizioni
SDDMM01	Dirigente Medico	145	126	5	1	3	127	18	2	11	3	0	0	0	16	2	1	3	115.196,08 €	1.843.137,21 €	0,08	1,33	153.594,77 €	115.196,08 €	38.398,69 €	0,00	0,00	0,00	0,00
SCCII01	Infermiere	283					277	6						0	6	2	8	48.382,84 €	- €	0,50	0,00	- €	96.725,67 €	- 96.725,67 €	0,00	0,00	0,00	0,00	
TCCMT01	Operatore socio sanitario	139					134	5						0	5	6	11	40.476,18 €	- €	0,50	0,00	- €	242.857,08 €	- 242.857,08 €	0,00	0,00	0,00	0,00	
TCCMTA03	Ausiliario specializzato	3					3	0						0	0	1	1	40.617,44 €	- €	0,50	0,00	- €	40.617,44 €	- 40.617,44 €	0,00	0,00	0,00	0,00	
SCCFTP01	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e	1	0	0			0	1						1	0	0	0	44.845,72 €	44.845,72 €	0,50	0,50	22.422,86 €	- €	22.422,86 €	0,00	0,00	0,00	0,00	
SCCDDR03	Fisioterapista	59					53	6						1	5	5	5	46.658,58 €	46.658,58 €	0,50	0,50	23.329,29 €	- €	23.329,29 €	0,00	0,00	0,00	0,00	
SCCDDR04	Logopedista	27					27	0						0	0	0	0	47.552,91 €	- €	0,50	0,00	- €	- €	- €	0,00	0,00	0,00	0,00	
SCCIIA03	Dietista	1					0	1						1	1	0	0	44.845,72 €	44.845,72 €	0,50	0,50	22.422,86 €	- €	22.422,86 €	0,00	0,00	0,00	0,00	
SCCEAT06	Tecnico di neurofisiopatologia	6					6	0						0	0	0	0	48.620,75 €	- €	0,50	0,00	- €	- €	- €	0,00	0,00	0,00	0,00	
SCCETD01	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	10					9	1						0	1	1	1	50.172,21 €	- €	0,50	0,00	- €	- €	- €	0,00	0,00	0,00	0,00	
SCCETD02	Tecnico sanitario di radiologia medica	16					14	2						2	0	0	0	49.695,40 €	99.390,81 €	0,50	1,00	49.695,40 €	- €	49.695,40 €	0,00	0,00	0,00	0,00	
TCCMTS01	Assistente sociale	2					1	1						1	0	0	0	44.187,12 €	44.187,12 €	0,50	0,50	22.093,56 €	- €	22.093,56 €	0,00	0,00	0,00	0,00	
TCCMTA01	Assistente tecnico	12					12	0						0	0	0	0	42.982,47 €	- €	0,50	0,00	- €	- €	- €	0,00	0,00	0,00	0,00	
TCCMTA04	Collaboratore tecnico	3					2	1						0	1	1	1	44.187,12 €	- €	0,50	0,00	- €	- €	- €	0,00	0,00	0,00	0,00	
TCCMTA05	Operatore tecnico	23					24	-1						0	-1	2	1	39.970,63 €	- €	0,50	0,00	- €	79.941,25 €	- 79.941,25 €	0,00	0,00	0,00	0,00	
SDBBAA01	Dirigente Psicologo	1					1	0						0	0	0	0	102.689,21 €	- €	0,50	0,00	- €	- €	- €	0,00	0,00	0,00	0,00	
SDBBAA02	Dirigente Biologo	7					5	2						2	0	1	1	102.689,21 €	205.378,41 €	0,50	1,00	102.689,21 €	102.689,21 €	- €	0,00	0,00	0,00	0,00	
SDBBAA06	Dirigente delle professioni sanitarie	1					1	0						0	0	0	0	102.689,21 €	- €	0,50	0,00	- €	- €	- €	0,00	0,00	0,00	0,00	
SDBBAA07	Altro Dirigente Sanitario	2					2	0						0	0	0	0	102.689,21 €	- €	0,50	0,00	- €	- €	- €	0,00	0,00	0,00	0,00	
SDBBAF01	Dirigente Farmacista	2					2	0						0	0	0	0	109.687,11 €	- €	0,50	0,00	- €	- €	- €	0,00	0,00	0,00	0,00	
ADDNAD01	Dirigente amministrativi	7					2	5						4	1	1	1	98.453,52 €	393.814,09 €	0,50	2,00	196.907,05 €	- €	196.907,05 €	0,00	0,00	0,00	0,00	
ACCOAC01	Assistente amministrativo	21					20	1						1	0	0	0	44.105,38 €	44.105,38 €	0,50	0,50	22.052,69 €	- €	22.052,69 €	0,00	0,00	0,00	0,00	
ACCOAC02	Commesso	0					0	0						0	0	0	0	- €	- €	0,50	0,00	- €	- €	- €	0,00	0,00	0,00	0,00	
ACCOAC03	Coadiutore amministrativo	9					9	0						0	0	0	0	38.399,98 €	- €	0,50	0,00	- €	- €	- €	0,00	0,00	0,00	0,00	
ACCOAC04	Collaboratore amministrativo	15					14	1						1	0	0	0	45.174,61 €	45.174,61 €	0,50	0,50	22.587,30 €	- €	22.587,30 €	0,00	0,00	0,00	0,00	
PCCIPC01	Assistente religioso	1					1	0						0	0	0	0	44.187,12 €	- €	0,50	0,00	- €	- €	- €	0,00	0,00	0,00	0,00	
PCCIPC03	Specialista della comunicazione istituzionale	0					0	0						0	0	0	0	- €	- €	0,50	0,00	- €	- €	- €	0,00	0,00	0,00	0,00	
PDDHPD02	Dirigente Ingegnere	3					2	1						1	0	0	0	98.453,52 €	98.453,52 €	0,50	0,50	49.226,76 €	- €	49.226,76 €	0,00	0,00	0,00	0,00	
PDDHPD03	Dirigente Architetto	0					0	0						0	0	0	0	98.453,52 €	- €	0,50	0,00	- €	- €	- €	0,00	0,00	0,00	0,00	
TOTALE		799	747	24	7	16	748	51	8	13	8	1	0	1	31	20	13	33				8,83				0,00	0,00	0,00	0,00

* + 1 in Aspettativa per incarico DA

2.909.991,17 €	687.021,75 €	678.026,72 €	8.995,03 €
COSTO TOTALE DEL PERSONALE IN SERVIZIO AL 31/12/2024 (AL NETTO DEGLI IMPORTI DA DETRARRE PER IL TETTO DI SPESA)			
			38.558.476,90 €
COSTO PIANO ASSUNZIONALE 2025			
			38.567.471,93 €
TETTO DI SPESA			
			38.599.000,00 €
			31.528,07 €

