

REGIONE SICILIA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
SIRACUSA  
**DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

N°

Data

**OGGETTO:** Approvazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024- 2026.

<p><b>Dimostrazione della compatibilità economica</b></p> <p><b>Bilancio 2024</b></p> <p>Centro di costo _____</p> <p>Conto economico _____</p> <p>Budget assegnato _____</p> <p>Budget già utilizzato _____</p> <p>Budget disponibile _____</p> <p>da cui prelevare la spesa prevista per il presente atto, pari ad € _____</p> <p>Disponibilità residua di budget € _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Visto Contabile</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Si attesta la copertura finanziaria come da prospetto allegato che fa parte integrante della presente delibera.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Il Direttore della U.O.C. Economico Patrimoniale Dott. Vincenzo Bastante</b></p> <p>Fondi vincolati <input type="checkbox"/></p> <p>Fondi PSN <input type="checkbox"/></p> <p>Fondi PO FESR <input type="checkbox"/></p> <p>Fondi PNRR <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><b>U.O.C. Coordinamento Uffici di Staff</b></p>  <p style="text-align: center;"><b>Il Direttore della U.O.C. Coordinamento Uffici di Staff Dott. Claudio Tinè</b> <i>firmato digitalmente</i></p> <p style="text-align: center;">_____</p>  <p style="text-align: center;"><b>Responsabile del procedimento Il Responsabile della Struttura Tecnica Permanente Dott.ssa Alessia Rubino</b></p> <p style="text-align: center;">_____</p>
--	--

ASPSR - protocollo n. ASPSR-2024-0011864 del 30/01/2024

Addì, nei locali della sede legale dell'Azienda, siti in Corso Gelone 17 – Siracusa – il Commissario Straordinario, Dott. Salvatore Lucio Ficarra, giusto DA n. 32/2023 GAB del 27/10/2023, coadiuvato dal Dott. Salvatore Lombardo, Direttore Amministrativo e dal Dott. Salvatore Madonia, Direttore Sanitario nonché con l'assistenza della Dott.ssa Maria Cristina Bolazzi con funzioni di segretario, ha adottato la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata:

## **Il Direttore della U.O.C. Coordinamento Uffici di Staff**

**Dott. Claudio Tinè**

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

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

VISTA la l. 241/90 smi;

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

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

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

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

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

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

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

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

- b) articolo 2, comma 594, lettera a), della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio);
- c) articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance);
- d) articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190 (Piano di prevenzione della corruzione);
- e) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Piano organizzativo del lavoro agile);
- f) articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Piani di azioni positive);

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

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

RITENUTO di poter approvare il Piano Integrato di Organizzazione e Attività 2024/2026, allegato al presente provvedimento;

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

#### PROPONE

Di adottare il seguente atto

APPROVARE il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026, nel testo allegato, parte integrante al presente provvedimento;

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

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

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

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

**Il Direttore della U.O.C. Coordinamento Uffici di Staff**

**Dott. Claudio Tinè**

*firmato digitalmente*

## **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**Dott. Salvatore Lucio Ficarra**

Preso atto della proposta di deliberazione che precede e che qui si intende di seguito riportata e trascritta;

Preso atto che il Direttore della U.O.C. Coordinamento Uffici di Staff che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo ed utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3 del D.L. 23 ottobre 1996, n. 543 coordinato con la legge di conversione 20 dicembre 1996, n. 639 e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della Legge 6 novembre 2012 n. 190 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella Pubblica Amministrazione – nonché nell'osservanza dei contenuti del PIAO-2023-2025 – sezione 2 “Valore pubblico, performance e anticorruzione” adottato con deliberazione n. 489 del 29 marzo 2023.

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

### **DELIBERA**

Secondo la superiore proposta formulata dal Direttore della UOC Coordinamento Uffici di Staff proponente e per i motivi espressi nella medesima:

APPROVARE il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026, nel testo allegato, parte integrante al presente provvedimento;

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

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

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

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

#### **IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Dott. Salvatore Lombardo  
*Firmato Digitalmente*

#### **IL DIRETTORE SANITARIO**

Dott. Salvatore Madonia  
*Firmato Digitalmente*

#### **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Dott. Salvatore Lucio Ficarra  
*Firmato Digitalmente*

#### **Il segretario verbalizzante**

Dott.ssa Maria Cristina Bolazzi  
*Firmato Digitalmente*

### CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

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

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

Siracusa, \_\_\_\_\_

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

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

### DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

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

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'approvazione con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Ha pronunciato l'annullamento con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
come da allegato.

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

### DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

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

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

### REVOCA/ANNULLAMENTO/ MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Modifica con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

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

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

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

Regione Siciliana  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
SIRACUSA

Corso Gelone n. 17 – 96100 Siracusa



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E  
ORGANIZZAZIONE

PIAO

**2024 - 2026**

**Il Commissario Straordinario**  
*Dott. Salvatore Lucio Ficarra*

**Il Direttore Amministrativo**  
*Dott. Salvatore Lombardo*

**Il Direttore Sanitario**  
*Dott. Salvatore Madonia*

## INDICE

<b>PREMESSA .....</b>	<b>Pag. 03</b>
<b>SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....</b>	<b>Pag. 05</b>
<b>Chi siamo.....</b>	<b>Pag. 05</b>
<b>Cosa facciamo.....</b>	<b>Pag. 06</b>
<b>Come operiamo.....</b>	<b>Pag. 06</b>
<b>Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni</b>	<b>Pag. 08</b>
<b>SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....</b>	<b>Pag. 09</b>
<b>Valore pubblico, Mandato istituzionale e mission .....</b>	<b>Pag. 09</b>
<b>Efficientamento energetico.....</b>	<b>Pag. 10</b>
<b>Performance.....</b>	<b>Pag. 14</b>
<b>Piano delle Azioni Positive .....</b>	<b>Pag. 55</b>
<b>Rischi corruttivi e Trasparenza.....</b>	<b>Pag. 58</b>
<b>SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....</b>	<b>Pag. 116</b>
<b>Struttura organizzativa.....</b>	<b>Pag. 118</b>
<b>Organizzazione del lavoro agile.....</b>	<b>Pag. 119</b>
<b>Piano del fabbisogno di personale.....</b>	<b>Pag. 126</b>
<b>Formazione del personale.....</b>	<b>Pag. 129</b>
<b>SEZIONE 4 MONITORAGGIO.....</b>	<b>Pag.173</b>

## PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione, PIAO, è un adempimento di recente introduzione per le Pubbliche Amministrazioni. È stato introdotto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113. Il PIAO prevede che le Amministrazioni con più di 50 dipendenti (esclusi gli istituti scolastici) e quindi anche l'Asp di Siracusa, debbano riunire in un unico atto tutta la programmazione finora inserita in piani differenti relativa alla gestione delle risorse umane, all'organizzazione dei dipendenti nei vari uffici, alla formazione e alle modalità di prevenzione della corruzione.

Gli obiettivi sono la semplificazione dell'attività amministrativa e una maggiore qualità e trasparenza dei servizi pubblici, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs 150/2009 e della Legge 190/2012.

Il PIAO in particolare definisce:

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

- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi;
- le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni del grado di soddisfazione degli stessi.

Il PIAO ha durata triennale e viene aggiornato annualmente. Viene approvato entro il 31 gennaio di ogni anno, salvo eventuali proroghe, pubblicato sul sito internet istituzionale ed inviato al Dipartimento della Funzione Pubblica per la pubblicazione sul portale dedicato.

Il presente PIAO è redatto nel rispetto dei dettati della normativa vigente ed in coerenza con il Regolamento adottato con il DPR n. 132 del 30 giugno 2022.

## SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

<b>Denominazione</b>	<b><i>Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa</i></b>
<b>Indirizzo</b>	<b><i>Corso Gelone n. 17 –96100 - Siracusa</i></b>
<b>Partita Iva/Codice Fiscale</b>	<b><i>01661590891</i></b>
<b>Sito internet istituzionale</b>	<b><i>ww.asp.sr.it</i></b>
<b>PEC</b>	<b><i>protocollo@pec.asp.sr.it</i></b>

### CHI SIAMO

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

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

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati mediante Atto Aziendale approvato con delibera n° 1006 del 30/12/2019 approvato con Decreto Assessoriale n. 163/2020.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ha come bacino di utenza la popolazione residente nella provincia di Siracusa costituita da 384.866 abitanti, distribuiti su un territorio di 2.190 km<sup>2</sup> che comprende 21 Comuni, divisi in 4 distretti sanitari.

I principali stakeholder dell'Azienda sono:

- pazienti/utenti;
- dipendenti;
- istituzioni;
- fornitori;
- terzo settore.

## **COSA FACCIAMO**

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

## **COME OPERIAMO**

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

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

Per il perseguimento della propria missione l'Azienda riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi. In tale ottica obiettivo prioritario è rappresentato dal servizio al cittadino e dal sistema di relazione e comunicazione con il cittadino stesso o rappresentato da associazioni.

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

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

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

Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

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

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

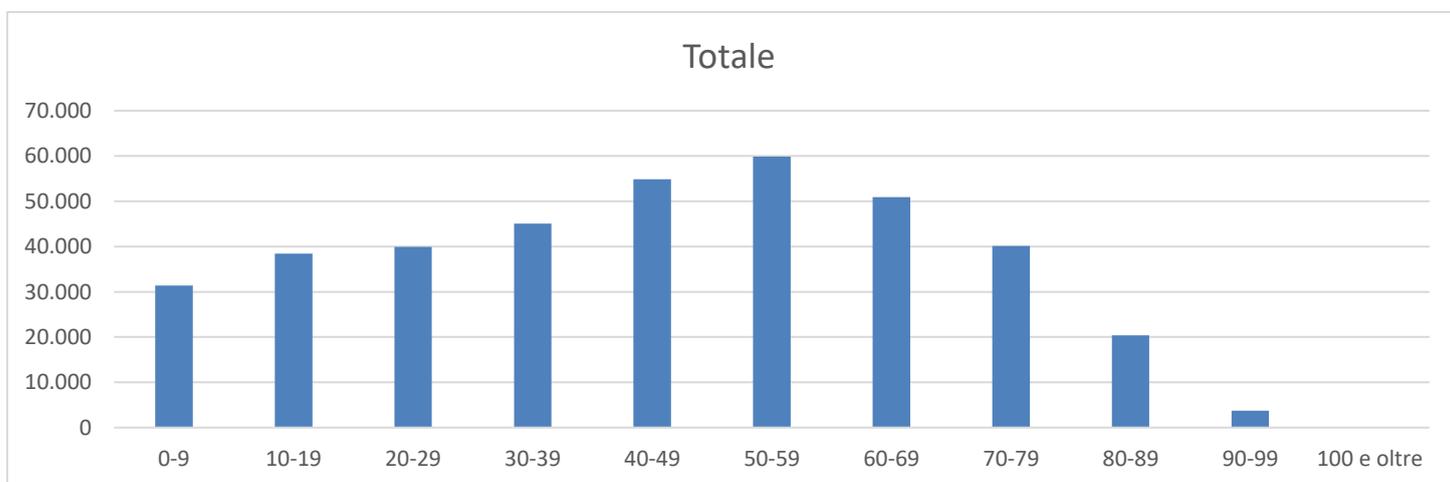
### IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa serve una popolazione di 384.866 abitanti al 01.01.2023, distribuiti su un territorio di 2.190 km<sup>2</sup> che comprende 21 Comuni.

### Provincia di Siracusa - Popolazione per età, sesso e stato civile – al 01/01/2023

Età	Celibi/Nubili	Coniugati/e	Vedovi/e	Divorziati/e	Maschi	Femmine	Totale	%
0-9	31.402	0	0	0	16.221	15.181	31.402	8,16
10-19	38.413	15	0	1	20.093	18.336	38.429	9,99
20-29	37.135	2.751	4	37	20.720	19.223	39.943	10,38
30-39	24.853	19.536	54	589	22.851	22.222	45.073	11,71
40-49	14.337	37.661	433	2.390	27.561	27.306	54.867	14,26
50-59	8.244	46.191	1.700	3.712	29.626	30.240	59.866	15,56
60-69	3.981	40.134	4.528	2.233	24.469	26.426	50.895	13,22
70-79	2.088	28.037	9.089	933	18.666	21.485	40.151	10,43
80-89	961	9.256	9.922	259	8.431	11.968	20.399	5,30
90-99	201	725	2.787	24	1.176	2.561	3.737	0,97
100 e	9	12	83	0	24	80	104	0,03
<b>Totale</b>	<b>161.624</b>	<b>184.318</b>	<b>28.600</b>	<b>10.178</b>	<b>189.838</b>	<b>195.028</b>	<b>384.866</b>	<b>100</b>

### Grafico Età



## SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### VALORE PUBBLICO, MANDATO ISTITUZIONALE E MISSION

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

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

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

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

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

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

- h) diffusione dell'assistenza di primo livello, al fine di assicurare in modo generalizzato e coordinato la protezione e la promozione della salute, la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie, la riabilitazione dei pazienti, l'assistenza alle persone sofferenti, a quelle disabili ed ai malati terminali;
- i) sviluppo del sistema di emergenza - urgenza S.U.E.S. 118 anche in relazione alla presenza della Centrale Operativa 118 e dei presidi Ospedalieri Umberto I e Di Maria, DEA di 1° livello;
- j) miglioramento continuo nell'erogazione del prodotto e nel processo produttivo;
- k) appropriatezza delle performance cliniche e gestionali;
- l) valorizzazione delle risorse interne, integrazione delle professionalità e responsabilizzazione del personale sugli obiettivi aziendali;
- m) flessibilità organizzativa in relazione ai bisogni espressi dal territorio rilevati attraverso la rilevazione della qualità percepita, il processo di gestione dei reclami e le ricerche di Audit Civico.;
- n) partecipazione alla propria attività dei singoli cittadini e delle loro associazioni, nel rispetto delle norme vigenti attraverso il Comitato Consultivo, la Rete Civica e progetti che coinvolgono le associazioni di volontariato (Sportello Orientamento ai Servizi).

## **EFFICIENTAMENTO ENERGETICO**

Il Dipartimento della funzione pubblica, con la nota circolare n. 2/2022 ha evidenziato l'importanza del contributo che può essere apportato dalle amministrazioni pubbliche agli obiettivi legati al risparmio e all'efficientamento energetico, invitando le stesse a valutare l'opportuno inserimento, tra gli obiettivi della Sezione "Valore pubblico, performance, anticorruzione" del PIAO, quelli specifici legati all'efficientamento energetico.

## **OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI**

Gli obiettivi specifici aziendali rappresentano una serie di Azioni concrete che l'Azienda, seppure non obbligata a raggiungere, in quanto non inserite tra quelli assegnati dall'Assessorato, ha inteso attivare, per un uso più razionale dell'energia.

L'Obiettivo Generale è quello di intraprendere tutta una serie di misure volte al contenimento dei consumi energetici senza alterare tra l'altro il comfort microclimatico dei pazienti, dei dipendenti e degli utenti dell'ASP di Siracusa e di intraprendere tutte quelle azione volte all'efficientamento energetico delle infrastrutture sanitarie.

Gli Obiettivi Specifici che l'ASP di Siracusa si è prefissata durante l'anno 2023 e che interesseranno il triennio 2024-2026 si focalizzano sui seguenti punti:

1. Applicazione delle direttive nazionali e regionali riguardanti il contenimento dei consumi energetici e l'applicazione dei sistemi di efficientamento energetico;
2. Campagna di sensibilizzazione dei dipendenti e del cittadino / utente; sull'adozione di buone pratiche in tema di risparmio energetico;
3. Interventi di efficientamento energetico sulle infrastrutture sanitarie.

### **APPLICAZIONE DELLE DIRETTIVE NAZIONALI E REGIONALI**

I continui mutamenti socio-politici in atto in Europa e nel mondo, come la guerra Russo-Ucraina, hanno posto al Governo Nazionale la necessità di adottare misure per garantire la sicurezza degli approvvigionamenti nazionali e mitigare l'effetto della crisi energetica sul costo della vita.

Inoltre, la Commissione Europea ha avviato diverse azioni legislative per sostenere la transizione all'energia pulita e raggiungere i traguardi climatici al 2030, con obiettivi ancora più ambiziosi per le energie rinnovabili e la riduzione del consumo energetico, nel contesto del pacchetto Fit for 55.

Inoltre, nell'ambito di quanto stabilito dal *Piano per la sostenibilità ambientale dei consumi del settore della pubblica amministrazione (PAN GPP)* sono stati definiti i CAM (Criteri Minimi Ambientali) adottati in Italia grazie all'art. 18 della L. 221/2015 e, successivamente, all'art. 57 del D.Lgs. 36/2023 "Codice degli Appalti" che ne hanno reso obbligatoria l'applicazione da parte di tutte le stazioni appaltanti. L'applicazione dei Criteri Ambientali Minimi risponde anche all'esigenza della Pubblica amministrazione di razionalizzare i propri consumi energetici, riducendone ove possibile la spesa.

L'ASP di Siracusa nell'abito di nuovi acquisti e per l'affidamento dei servizi di progettazione e di lavori per gli interventi edilizi dispone l'applicazione dei Criteri Ambientali Minimi e in particolare orientare gli interventi ad un uso razionale dell'energia e ad un miglioramento di efficientamento energetico del sistema edificio-impianto.

### **CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE**

Nell'ottica di un uso razionale dell'energia e consequenziale riduzione dei consumi, l'ASP di Siracusa effettua una campagna di sensibilizzazione dei dipendenti e degli utenti anche con l'aiuto dei Direttori di Struttura Complessa, nell'adozione di best-practices in tema di risparmio energetico attraverso una diffusa comunicazione informativa.

Nell'anno 2023 l'ASP di Siracusa con nota prot. n. ASPSR-AMMTEC00-2023-0060557 del 07/07/2023 e nota prot. n. SPSR-AMMTEC00-2023-0103111 del 29/11/2023 ha inviato a tutti i Direttori Sanitari e Amministrative dei vari PP.OO. e dei distretti sanitari e a tutti i vademecum sulla corretta gestione e l'uso razionale degli impianti termici durante il periodo estivo ed invernale.

### **INTERVENTI DI EFFICIENTAMENTO ENERGETICO DELLE STRUTTURE SANITARIE**

Considerato che le strutture sanitarie sono realtà molto complesse, composte da più edifici caratterizzati da spazi e unità operative diverse, ciascuno ambiente deve poter garantire condizioni specifiche, in termini di riscaldamento e raffrescamento, alimentazione delle apparecchiature, fornitura di acqua calda sanitaria. Disporre di impianti e strutture che permettano di ottimizzare i consumi energetici è sicuramente un vantaggio per la sostenibilità economica dell'Azienda. In questa ottica gli interventi che l'ASP di Siracusa effettuerà sono volti all'efficientamento energetico delle strutture e degli impianti stessi.

Un ruolo fondamentale nell'ambito della efficienza energetica degli impianti lo svolge la manutenzione degli stessi, garantita dal servizio erogato dalla ditta Rekeep S.p.A. nell'ambito di quanto previsto dalla convenzione CONSIP MIES2 - Multiservizio tecnologico Integrato con fornitura di Energia per gli immobili adibiti ad uso Sanitario, in uso, a qualsiasi titolo, alle Pubbliche Amministrazioni Sanitarie. La Rekeep, nella qualità di Terzo Responsabile degli impianti termici, giusta suddetta convenzione ha l'onere dell'esercizio, della conduzione, del controllo e della manutenzione degli impianti termici. La suddetta convenzione ha una durata di sette anni è iniziata nel 2018 e terminerà nel 2025. Nell'ambito di suddetta convenzione la ditta Rekeep ha l'onere di garantire alcuni interventi di riqualificazione energetica atti a migliorare l'efficienza energetica del sistema edificio-impianto, al fine di contenere i consumi di energia, migliorare il comfort degli ambienti interni e ridurre le emissioni di inquinanti e il relativo impatto sull'ambiente. Tra gli interventi di efficientamento energetico si inquadrano i lavori di rifacimento delle Centrali Termiche del P.O. "Umberto I" e del P.O. "A. Rizza" di Siracusa, i quali interventi sono stati ultimati nel corso del 2023 con i seguenti risultati:

Presidio Interessato dall'Intervento	Descrizione intervento	Anno di conclusione dei lavori	Indice di prestazione energetica globale EPgl <i>Ante intervento</i>	Indice di prestazione energetica globale EPgl <i>Post intervento</i>
P.O. "Umberto I" di Siracusa	Riqualificazione centrale termica	2023	303,30 kWh/m <sup>2</sup>	203,76 kWh/m <sup>2</sup>

P.O. "A. Rizza" Di Siracusa	Riqualificazione centrale termica	2023	203,68 kWh/m <sup>2</sup>	173,32 kWh/m <sup>2</sup>
--------------------------------	---	------	---------------------------	---------------------------

Inoltre, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza energetica degli edifici più energivori facenti parte del patrimonio indisponibile dell'ASP di Siracusa, l'Azienda ha ottenuto dei finanziamenti nell'ambito del PO FESR 2014/2020 – Azione 4.1.1 – per l'efficientamento energetico di alcuni edifici dei quali si riporta il piano di realizzazione:

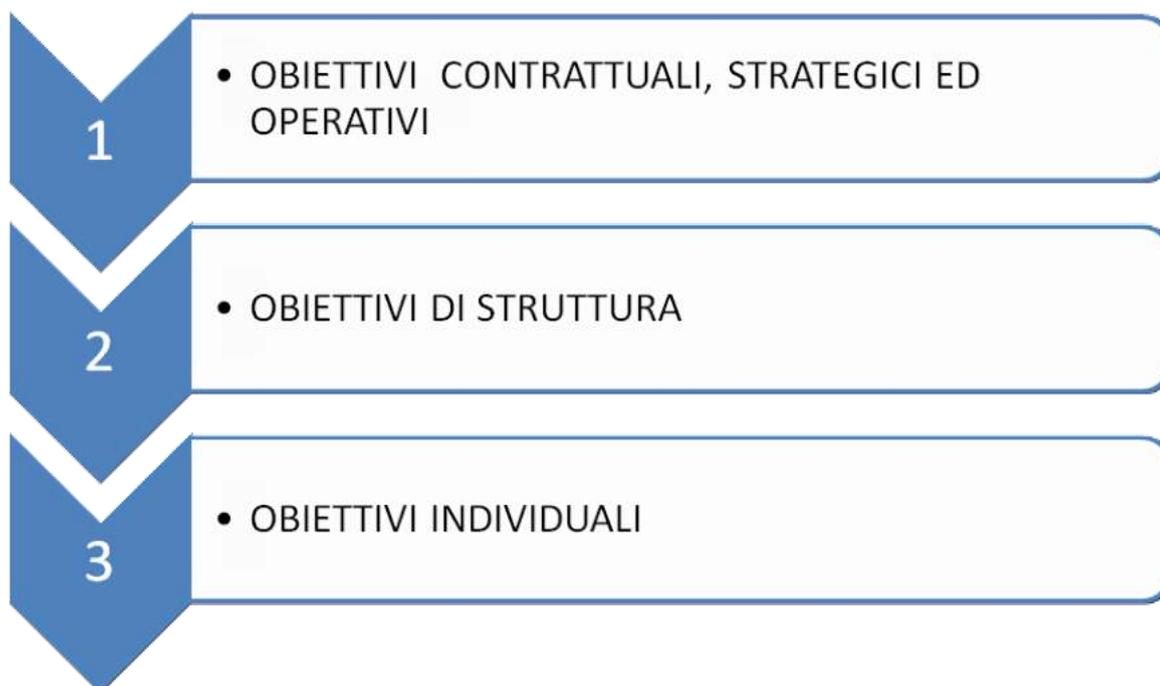
Presidio Interessato dall'Intervento	Descrizione dell'intervento	Anno di avvio previsto dell'intervento	Anno di conclusione dei lavori	Anno termine collaudo
PO di Lentini	Lavori di Efficientamento Energetico del Presidio Ospedaliero di Lentini	2021	2023	2024
Provveditorato Pad. 7 Ex ONP (Siracusa)	Lavori di Efficientamento Energetico dell'edificio denominato "Provveditorato" Ex ONP Pad. 7 - Siracusa	2021	2023	2024
PTE Pachino	Lavori di Efficientamento Energetico del Presidio Territoriale di Emergenza di Pachino	2021	2024	2024
P.O. Rizza (Siracusa)	Lavori di Efficientamento Energetico del Presidio Ospedaliero Rizza di Siracusa	2021	2023	2024

L'Obiettivo è quello di indirizzare gli investimenti in Edilizia Sanitaria al miglioramento dell'isolamento termico delle superfici disperdenti, alla sostituzione dei corpi illuminanti obsoleti con quelli a tecnologia led, alla sostituzione generatori di calore energivori con generatori efficienti dal punto di vista energetico e all'installazione di impianti fotovoltaici e impianti solari termici per la produzione della acqua calda sanitari.

## PERFORMANCE

### ALBERO DELLA PERFORMANCE

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



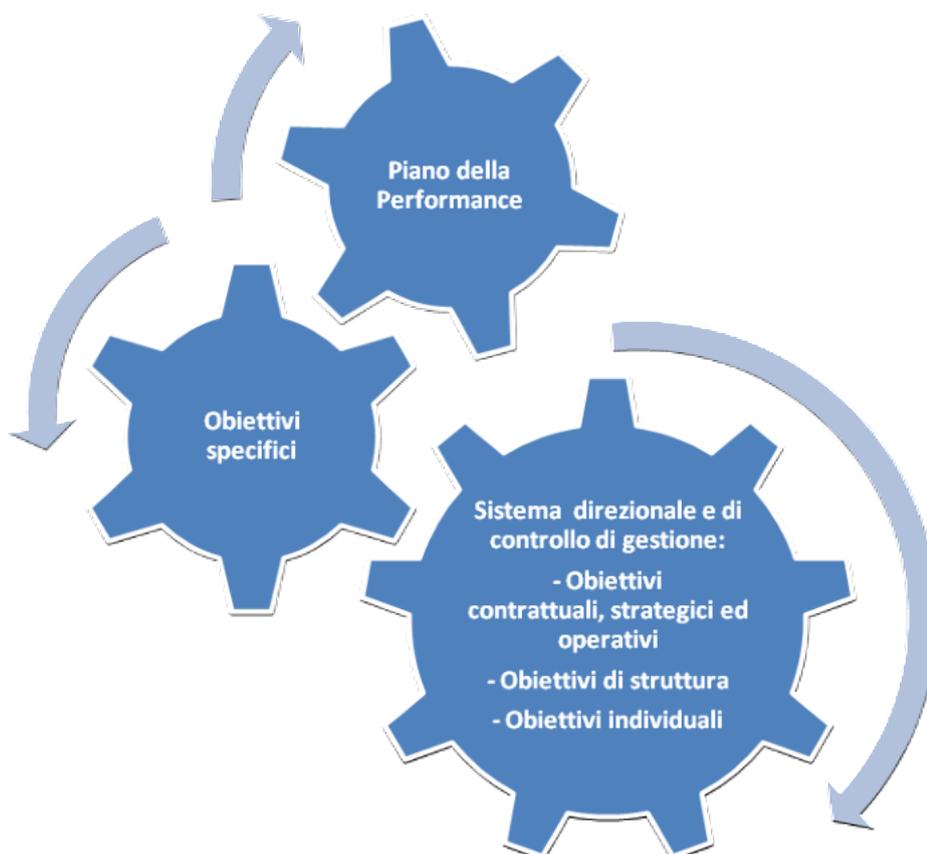
1 = Assegnati dall'Assessorato per la Salute alla Direzione Aziendale e a cascata alle varie strutture dell'Azienda.

2 = Assegnati dall'Azienda ai responsabili di Struttura.

3 = Assegnati dai Responsabili di Struttura al personale in forza all'Unità Operativa.

In ultima analisi i Dirigenti preposti alle varie UU.OO., nel loro ruolo di valutatori di prima istanza, sono chiamati ad inizio anno ad assegnare obiettivi individuali al personale assegnato alla propria U.O.

**SCHEMA DI PASSAGGIO A CASCATA DEL SISTEMA OBIETTIVO:**



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

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

Attraverso opportuna reportistica viene monitorato l'andamento della gestione confrontandola con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere, in caso di scostamenti e/o criticità, eventuali correttivi (allegati 2 e 3 al presente piano).

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

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

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

- la Direzione Aziendale con il supporto del Controllo di Gestione predispone specifiche schede di budget ed avvia la negoziazione con i dirigenti titolari di Centri di Responsabilità definendo le risorse necessarie, gli indicatori e la tempistica di raggiungimento degli obiettivi;
- i responsabili di Unità Operativa Complessa avranno cura di redigere, sulla base degli obiettivi assegnati, specifici piani annuali di lavoro coinvolgendo, in fase di elaborazione e di attuazione, tutti i responsabili di struttura semplice afferenti nonché tutto il personale in servizio della dirigenza e del comparto assegnato, **"performance individuale"**;
- nei piani di lavoro annuale vengono esplicitate le iniziative che si intendono avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici nel rispetto dei programmi e degli obiettivi strategici dell'Azienda.
- i piani di lavoro elaborati dai titolari di Centri di Responsabilità e trasmessi alla Direzione Aziendale (Controllo di Gestione);
- ciascun titolare di Centro di Responsabilità verifica il grado di coinvolgimento e di partecipazione del personale assegnato al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini della retribuzione di risultato;
- la Direzione Aziendale, attraverso gli uffici ed organi a ciò deputati, procede, secondo i tempi e le modalità previste, alla verifica e valutazione dei risultati raggiunti dalle U.O. rispetto ai contenuti dei piani annuali di lavoro ed agli obiettivi negoziati;

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

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

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

## GLI OBIETTIVI CONTRATTUALI GENERALI, STRATEGICI ED OPERATIVI

### Sistema obiettivi

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

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

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

### Articolazione

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

- 1) Contrattuali
- 2) Salute e funzionamento dei servizi

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

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

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

I suddetti obiettivi sono stati prorogati e risultano ancora in vigore.

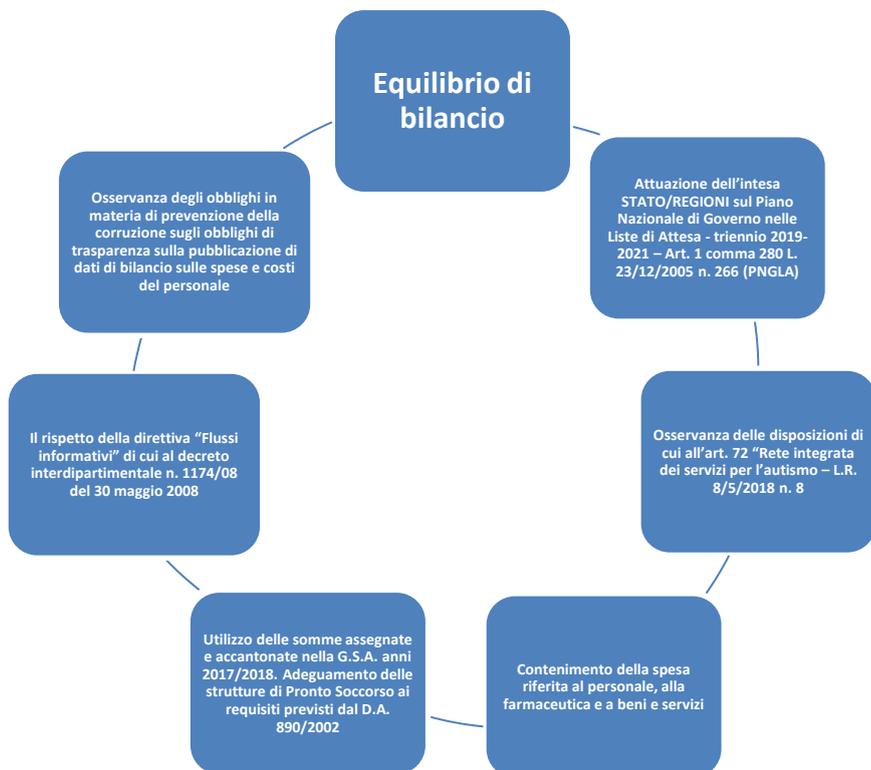
Oltre gli obiettivi assegnati dall'Assessorato alla Salute l'Azienda ha attivato obiettivi propri per migliorare la possibilità di erogazione dei servizi verso gli utenti.

Obiettivi contrattuali generali

Obiettivi di salute e  
funzionamento dei servizi

Obiettivi specifici Aziendali

Gli obiettivi contrattuali generali sono stati attribuiti ai Direttori generali in sede di sottoscrizione del contratto con validità dal 2019 e non ancora rinnovati.



001	GE	2	a		Raggiungimento equilibrio bilancio
002	GE	2	b		Adempimenti Piano Regionale Governo Liste d'Attesa
162	GE	2	c		Osservanza disposizioni art.72 l.r.8/2018 (Rete integrata di servizi per l'autismo)
004	GE	3	A	1	Tetto spesa personale (art.1 c.584 L.190/2014 - art.1 c. 71 e 72 L.191/2009)
005	GE	3	A	2	Programma riduzione spesa personale a T.D. (art.9 c.28 DL 78/2010)
007	GE	3	A	3a	Esclusivo ricorso a ConsipMePa (escl. gare CUC, Bacino e Beni/Serv ivi non presenti)
008	GE	3	A	3b	Eliminazione procedure negoziate e d'urgenza (salvo private industr)
009	GE	3	A	3c	Eliminazione fenomeno Rinnovo contratti in mancanza di programmazione

011	GE	3	A	4a	Area Emergenza Urgenza - Progettazione Esecutiva entro il 31/12/2019
013	GE	3	A	5	Assistenza Farmaceutica terri./osped. (rispetto risorse negoziate)
014	GE	3	B		Osservanza obblighi Flussi Informativi (tempi, qualità, coerenza e completezza)
015	GE	3	C		Osservanza obblighi ANAC (Pubbl. Bilancio e Costi Pers.)
016	GE	3	E		Osservanza disposizioni regionali ALPI

## OBIETTIVI GENERALI

Per ogni obiettivo verranno poste in essere le relative azioni oggetto di valutazione, utilizzando lo schema di autovalutazione che annualmente i Direttori Generali sono chiamati a compilare, e che riporteranno il risultato del punteggio raggiunto nel 2023. La relazione contenente il prospetto farà parte della relazione sulla Performance 2023.

Va detto subito che i risultati conseguiti continuano a risentire dell'impatto della pandemia COVID-19 e che, in mancanza di una adeguata revisione, i parametri di valutazione (fissati in epoca precedente alla pandemia) finiscono per apparire irrealistici ed incongrui.

Con Decreto del Presidente della Regione n.193 del 04/04/2019 è stato assegnato l'incarico di Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa. In data 21/05/2019 è stato sottoscritto il Contratto di Lavoro nel quale sono riportati gli obiettivi da raggiungere nel triennio. In data 11/03/2021 è stato sottoscritto un addendum al Contratto di lavoro inerente gli obiettivi emergenziali oggetto di approvazione con D.A. n.309 del 16/04/2021. Sulla scorta degli obiettivi assegnati, malgrado la pesantissima incidenza dell'emergenza Covid, sono state poste in essere tutte le azioni correlate.

### Risultati attesi da contratto:

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

#### **01 – Raggiungimento annuale dell'equilibrio di bilancio**

Raggiungimento in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore Regionale alla Salute.

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

Osservanza degli adempimenti prescritti a pene di decadenza automatica, ai sensi del comma 7 bis, dell'art. 3 bis del D.lg.s. 502/1992 e s.m.i. dal Piano Regionale di Governo delle liste di attesa (PRGLA), predisposto in attuazione dell'intesa Sato/Regioni sul Pian Nazione sulle liste d'attesa per il triennio 2019/2021 di cui

all'art. 1 comma 280 della Legge 23/12/2005 n. 266 (PNGLA) al fine del superamento delle criticità connesse ai lunghi tempi d'attesa.

### 03 - Osservanza disposizioni art.72 l.r.8/2018

Osservanza delle disposizioni di cui all'art. 72 "Rete integrata servizi per l'autismo" L.R. 8/5/2018 n. 8

### 04 - Osservanza politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa

Osservanza delle politiche Regionali e Nazionali di contenimento della spesa, con particolare riguardo:

- Al tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda ai sensi del comma 584 dell'art. 1 della L. 23/12/2014 n. 190 che modificando il comma 3 dell'art. 17 del D.L. 6/7/2011 n. 98, convertito con modificazioni della L. 15/7/2011 n. 111, ha reso fino al 2020 le misure di cui ai commi 71 e 72 dell'Art. 2 della L. n. 191/2009
- Al programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato, da redigere nel rispetto dell'art. 9 comma 28 del D.L. 31/5/2010 n. 78, convertito dalla L. 30/7/2010 n. 122, secondo percentuali e tempistiche individuati nel programma stesso che, corredato da apposita relazione, dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assessorato.
- All'acquisto di beni e servizi nel rispetto della normativa vigente di cui al codice dei contratti. In particolare, fatte salve le gare centralizzate programmate (CUC e/o di bacino) dovrà farsi ricorso esclusivamente alle procedure CONSIP e MEPA ai sensi dell'art. 15, comma 13, lettera d) della L. 7/8/2012 n. 135 di conversione con modificazioni del D.L. n. 6/2012 n. 95 per le categorie merceologiche ivi presti e quantitativamente prevalenti allo specifico fabbisogno e comunque nel rispetto delle normative regionali e nazionali e dei relativi atti regolamentari e/o attuativi nel caso in cui i prezzi siano competitivi rispetto a quelli forniti da altri operatori. Il ricorso a procedure negoziali d'urgenza con esclusione dei casi di privativa industriale non giustificato e sistematico ed il rinnovo di contratti in difetto di programmazione, potranno costituire causa di rescissione unilaterale da parte dell'Amministrazione.
- All'assistenza farmaceutica territoriale / ospedaliera sarà obbligo del rispetto delle somme definite in sede di negoziazione.

### 05 –Utilizzo somme assegnate per l'adeguamento dei PP.SS.

Per l'area di emergenza / urgenza e per il Pronto Soccorso, l'attivazione delle procedure connesso al completo utilizzo delle somme assegnate a valere sulle risorse residue accantonate nella G.S.A.

Si riporta una tabella riepilogativa del piano degli interventi con indicazione dello stato di avanzamento delle attività e la documentazione a comprova del completo raggiungimento dell'obiettivo.

Progetti	Importo Progetto	Target	Stato dell'arte
Lavori di realizzazione della nova U.O. Risonanza magnetica Nucleare presso il P.O. "E. Muscatello" di Augusta (SR)	€.1.500.000,00	Progettazione esecutiva entro il 31/12/2019 avvio lavori entro il 31/12/2020	Progettazione esecutiva definita entro i termini previsti, approvata con delibera n.185 del 05.06.2019. Lavori Ultimati e Collaudati in ultima visita in data 21.11.2019. Risonanza in Funzione.
Lavori di ristrutturazione ed ampliamento del Pronto Soccorso del PO Umberto I di Siracusa	€.840.000,00	Progettazione esecutiva entro il 31/12/2019 avvio lavori entro il 31/12/2020	Approvazione del Progetto esecutivo avvenuta in data 17.12.2018, giusta Delibera n.1427 di pari data. Contratto Stipulato in data 29.08.2019, rep.1630. Avvio Lavori avvenuto in data 23.12.2019. Reparto preso in consegna anticipatamente al collaudo ed attivato in data 19.11.2020.
Lavori di ristrutturazione ed ampliamento dell'UTIC del P.O. Umberto I di Siracusa	€.850.000,00	Progettazione esecutiva entro il 31/12/2019 avvio lavori entro il 31/12/2020	Approvazione del Progetto esecutivo avvenuta in data 17.12.2018, giusta Delibera n.1426 di pari data. Contratto Stipulato in data 02.09.2019, rep.1631. Avvio Lavori avvenuto in data 11.11.2019.

Lavori di ristrutturazione del Pronto Soccorso del P.O. "G. Di Maria" di Avola	Pronto Soccorso	€2.620.000,00	Progettazione esecutiva entro il 31/12/2019 avvio lavori entro il 31/12/2020	Approvazione del Progetto esecutivo avvenuta con Delibera n. 317 del 08/04/2019. Procedura di gara aperta conclusa. Contenzioso concluso con Delibera n. 1066 del 16/09/2020. Avvio lavori avvenuto in data 29/12/2020
--	-----------------	---------------	--	--

### 06 - Osservanza degli obblighi in materia di Flussi informativi

Osservanza degli obblighi in materia di flussi informativi di istituzione sia regionale che nazionale, con particolare riguardo al rispetto dei tempi di trasmissione, alla qualità del dato, anche in termini di coerenza con altre fonti informative e, di completezza, avuto riguardo tanto alle strutture di competenza dell'Azienda che alla periodicità di ciascun file, secondo i criteri di valutazione indicati dall'Assessorato.

### 07 - Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione

Con riferimento ai rischi corruttivi in Sanità nonché degli obblighi di trasparenza di cui al D.L. 14/3/2013 n. 33, come modificato dal D.L. 25/5/2016 n. 97, al fine di rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione dai cittadini, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese ed ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico.

### 08 - Osservanza disposizioni regionali in materia di Libera Professione Intramuraria

Ai sensi dell'art. 1 comma 7 della L. 3/8/2007 n. 120 e s.m.i.

### OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

Gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi fanno riferimento alla sottostante tabella ove, per ciascun obiettivo e sub obiettivo, sono specificate le modalità di valutazione / misurazione (criteri e indicatori, il valore atteso ed il relativo punteggio).

		Peso
1. Screening oncologici	- Tumore della cervice uterina	3
	- Tumore della cervice uterina	3
	- Tumore del colon retto	3
2. Esiti	- Frattura del femore	5
	- Parti cesarei	5
	- Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI	5
	- Colectomia laparoscopica	5
3. Liste d'attesa - Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa		10
4. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti di nascita		10
5. Pronto Soccorso - gestione del sovraffollamento		10
6. Donazione organi		3
7. Prescrizioni in modalità dematerializzata		5
8. Fascicolo Sanitario Elettronico		5
9. Percorso di Certificabilità		5
10. <i>Piani di efficientamento e riqualificazione</i>	<i>(solo per Aziende Ospedaliere / Univ)</i>	
11. Piani Attuativi Aziendali	- Area Sanità pubblica e prevenzione	5
	- Area qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti	9
	- Area assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria	9
	-	
Totale punteggio		100

<b>OBIETTIVO 1: Screening</b>	
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>Gli screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colon retto) sono posti fra i Livelli Essenziali di Assistenza in quanto efficaci nel ridurre la mortalità e devono essere garantiti a tutta la popolazione siciliana.</p> <p>Gli inviti devono raggiungere tutta la popolazione target (estensione 100%).</p> <p>I livelli di adesione richiesti dal Ministero della salute sono 50% per il tumore della cervice e del colon retto, 60% per il tumore della mammella.</p> <p>Per calcolare la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle ASP sarà utilizzato l'indicatore della griglia LEA «<b>n. di test eseguiti/popolazione target</b>», che tiene conto sia dell'estensione che dell'adesione.</p> <p>Nel caso delle AO (come pure delle ASP) sarà utilizzato l'adempimento alle prescrizioni della <b>Circolare n. 5 del 16.3.2016</b> e della <b>Circolare n. 18 del 4.10.2018</b>, nonché del <b>Piano Regionale Della Prevenzione</b>.</p>
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>9 PUNTI (3 per ogni screening) per le ASP</b>
<b>NOTA</b>	Per il calcolo della popolazione target si fa riferimento al dato ISTAT, diviso 3 per il tumore della cervice uterina, e diviso 2 per il tumore della mammella e del colon retto.
<p>I dati dell'Osservatorio Nazionale Screening e del sistema di sorveglianza PASSI mostrano che il ricorso alla diagnosi precoce è inferiore in Sicilia rispetto alla media del Paese. Nel 2010 il CCM ha approvato il "Progetto per il miglioramento degli screening oncologici nella Regione Sicilia" presentato dalla Regione nel 2009, consentendo così alla Regione Siciliana di implementare lo sviluppo degli screening a valere sui finanziamenti dedicati.</p> <p>Grazie agli sforzi profusi si è assistito ad un notevole miglioramento rispetto alla situazione di partenza, ma non sono stati ancora raggiunti gli standard nazionali richiesti, pertanto è necessario un ulteriore impegno per aumentare l'estensione reale dei programmi di screening e l'adesione della popolazione bersaglio.</p> <p>Con la <b>Circolare Assessoriale n. 5 del 16.3.2016</b>, pubblicata sulla GURS n. 14 dell'1.4.2016, e con la <b>Circolare Assessoriale n. 18 del 4.10.2018</b>, pubblicata sulla GURS n. 45 del 19.10.2018, sono state sottolineate le azioni necessarie ad ottenere il potenziamento degli screening oncologici, in accordo al <b>Piano Regionale della Prevenzione</b></p>	
	L'indicatore di risultato, per ciascuno dei 3 screening, è il numero di persone che hanno effettivamente eseguito il test in rapporto alla

<p><b>INDICATORI</b></p>	<p>popolazione target annuale (tutti quelli che avrebbero dovuto eseguirlo), cioè n. test/popolazione target annuale (indicatore LEA). La popolazione target annuale è:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per lo screening del cervico carcinoma, donne residenti 25-64 anni (dato ISTAT) / 3 (il test va fatto ogni 3anni);</li> <li>- per lo screening del tumore della mammella, donne residenti 50-69 anni (dato ISTAT) / 2 (il test va fatto ogni 2anni);</li> <li>- per lo screening del tumore del colon retto, uomini e donne residenti 50- 69 anni (dato ISTAT) / 2 (il test va fatto ogni 2anni).</li> <li>-</li> </ul> <p>Dalla popolazione target possono essere sottratte le persone con motivi, certificati dal MMG o eventualmente dai Registri Tumori, di esclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per lo screening del cervico carcinoma, donne isterectomizzate o con diagnosi di cervico carcinoma da meno di 5anni;</li> <li>- per lo screening del tumore della mammella, donne con mastectomia totale o con diagnosi di tumore della mammella da meno di 5anni;</li> <li>- per lo screening del tumore del colon retto, uomini e donne con malattia infiammatoria del colon (M. di Chron e rettocolite ulcerosa), con colectomia totale o con diagnosi di tumore del colon retto da meno di 5 anni.</li> </ul> <p>Oltre all'obiettivo di risultato vanno raggiunti anche gli obiettivi di processo contenuti nel <b>Piano Regionale della Prevenzione</b> e nelle <b>Circolari</b> citate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP(SI/NO)</li> <li>- Coinvolgimento e collaborazione MMG (% MMG con pulizia liste)</li> <li>- Aggiornamento banca dati anagrafica(SI/NO)</li> <li>- Presenza PDTA per ogni screening(SI/NO)</li> <li>- Utilizzo HPV-DNA come test primario(SI/NO)</li> </ul>																		
<p><b>VALORI OBIETTIVO</b></p>	<p>Il Ministero della Salute prevede che si raggiunga il 100% di estensione su tutti e 3 gli screening, con il 50% di adesione per il cervicocarcinoma e il tumore del colon retto, e il 60% per il tumore della mammella; ne consegue che i relativi indicatori LEA (che si ottengono moltiplicando adesione per estensione) sono 50% per il cervicocarcinoma e il tumore del colon retto, e 60% per il tumore della mammella.</p>																		
<p><b>SCALA</b> (per ogni screening)</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Indicatore LEA&lt;5% = 0</td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%; text-align: right;">30-34% =6</td> </tr> <tr> <td>5-9% =1</td> <td></td> <td style="text-align: right;">35-39% =7</td> </tr> <tr> <td>10-14% =2</td> <td></td> <td style="text-align: right;">40-44% =8</td> </tr> <tr> <td>15-19% =3</td> <td></td> <td style="text-align: right;">45-49% =9</td> </tr> <tr> <td>20-24% =4</td> <td></td> <td style="text-align: right;">50+% = 10</td> </tr> <tr> <td>25-29% =5</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Indicatore LEA<5% = 0		30-34% =6	5-9% =1		35-39% =7	10-14% =2		40-44% =8	15-19% =3		45-49% =9	20-24% =4		50+% = 10	25-29% =5		
Indicatore LEA<5% = 0		30-34% =6																	
5-9% =1		35-39% =7																	
10-14% =2		40-44% =8																	
15-19% =3		45-49% =9																	
20-24% =4		50+% = 10																	
25-29% =5																			

Il massimo punteggio ottenibile è quindi 30, e in rapporto alla percentuale di 30 raggiunta saranno assegnati in proporzione i 9 punti

<p><b>VALORIZZAZIONE OBIETTIVI DI PROCESSO</b></p>	<p>Il punteggio ottenuto tramite indicatore LEA sarà proporzionalmente aumentato (comunque fino a un massimo di 9) o ridotto in relazione al raggiungimento o meno degli obiettivi di processo: punti 0,5 per il primo, il terzo e il quarto, punti 2 (ridotti in proporzione alla percentuale di raggiungimento) per il secondo e punti 1 per il quinto (ridotto se non coperto tutto il territorio di competenza).</p>
<p><b>TRACKING</b></p>	<p>Monitoraggio con periodicità quadrimestrale attraverso l'invio da parte delle ASP dei files nominativi individuali, contenenti dati anagrafici, data di invito al test ed esecuzione del test, prodotti dai programmi gestionali degli screening – Relazione – Accertamenti ispettivi.</p>

**OBIETTIVO 2: Esiti**

<p><b>DESCRIZIONE</b></p>	<p>La Sicilia è una delle prime regioni italiane ad avere introdotto la valutazione dei Direttori Generali anche attraverso l'assegnazione a partire dagli anni 2011 di obiettivi operativi misurabili tramite indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti(PNE).</p> <p>Alla luce del buon risultato prodotto da tale modalità si propone per il periodo in esame di continuare ad impiegare i quattro sub obiettivi utilizzati in precedenza</p> <p><b>2.1 Frattura del femore:</b> tempestività dell'intervento per frattura femore <i>over</i> 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2giorni;</p> <p><b>2.2 Parti cesarei:</b> riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne nonprecesarizzate;</p> <p><b>2.3 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI:</b> tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1giorno;</p> <p><b>2.4 Colectomia laparoscopica:</b> proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni. Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi relativi a ciascun sub-obiettivo.</p>
<p><b>PUNTEGGIO</b></p>	<p><b>20 (5 per ogni sub obiettivo)</b></p>

***SUB-OBIETTIVO 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65***

Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore è di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale.

Poiché le SDO, ad oggi disponibili no presentano caratteristiche di validità tali da garantire l'ora del ricovero, **quale parametro proxy si adotta il numero di interventi chirurgici eseguiti entro il giorno successivo a quello del ricovero, facendo riferimento alla data del ricovero e alla data dell'intervento** (entro un intervallo ricovero/intervento di 0-2 giorni\* - cfrNote).

<b>INDICATORE</b>	<b>Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65** (compresi quelle sulle quali non c'è stato intervento chirurgico).</b>
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>Media delle migliori 10 strutture italiane (fonte PNE 2017): 94,3%</b>
<b>SCALA</b>	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto a partire da un valore minimo del 60% definibile come valore zero della scala di misura. Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore di partenza (60%), l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzionelineare.
<b>TRACKING</b>	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di auditing da parte dei servizi competenti e di Agenas.
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>5/20</b>
<b>NOTE</b>	L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente. Si evidenzia che le linee guida internazionali, cui deve uniformarsi la pratica clinica corrente da parte degli operatori, prevedono che l'intervento per frattura del collo del femore avvenga entro 48h dall'arrivo in presidio. Per il periodo in esame si continua a fare ricorso all'indicatore proxy <i>intervallo 0-2 giorni</i> in quanto il flusso informativo SDO non presenta caratteristiche di validità tali da rilevare l'informazione sul tempo espresso in minuti.  Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).

<b>SUB-OBIET 2.2: Riduz. incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo)</b>	
<p>La Regione Siciliana è riuscita nell'ultimo quinquennio a ridurre significativamente il ricorso alla procedura di Taglio cesareo al fine di rendere sempre più appropriata e allineata a parametri e evidenze nazionali e internazionali la pratica clinica di assistenza riferita al momento del parto.</p>	
<b>INDICATORE</b>	<p><b>Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo</b></p>
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<p><b>Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con &lt; 1000 parti anno = massimo 15%</b></p> <p><b>Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con &gt; 1000 parti anno = massimo 25%</b></p>
<b>SCALA</b>	<p>IL raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla media regionale dell'anno precedente rispettivamente : (26%/ e 28%) per ciascuno dei due livelli/soglia individuati e il rispettivo valore obiettivo. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Nel caso in cui le AO e le ASP abbiano sia maternità di I livello che maternità di II livello, il punteggio complessivo sarà applicato proporzionalmente al peso dei due differenti strati.</p>
<b>TRACKING</b>	<p>Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di <i>auditing</i> da parte dei servizi competenti e di Agenas.</p>
<b>PUNTEGGIO</b>	<p><b>5/20</b></p>
<b>NOTE</b>	<p>L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente.</p> <p>Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).</p>

**SUB-OBIETTIVO 2.3.1 : Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI**

<p>La tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di I.M.A. STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente stesso e pertanto deve essere fatta oggetto di monitoraggio.</p> <p>Quale indicatore è stato individuato, in coerenza con i programmi nazionali di monitoraggio, la percentuale di P.T.C.A. effettuate nel giorno successivo a quello del ricovero (data di ricovero) con diagnosi certa di I.M.A. STEMI (quindi entro un intervallo massimo ricovero/intervento di 0-1 giorno).</p>	
<b>INDICATORE</b>	<b>PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno* (cfr. note) dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI/ numero totale di I.M.A. STEMI**diagnosticati***</b>
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>Media delle migliori 10 strutture italiane (fonte PNE 2017 ): 91,8%</b>
<b>SCALA</b>	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente allo standard del DM 70 (60%) e il target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzionelineare.
<b>TRACKING</b>	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di auditing da parte dei servizi competenti e di Agenas.
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>5/20</b>
<b>NOTE</b>	L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente. Si evidenzia che le linee guida internazionali, cui deve uniformarsi la pratica clinica corrente da parte degli operatori, prevedono l'esecuzione della procedura PTCA sui casi di IMA-STEMI entro 90 minuti. Tuttavia poiché il flusso informativo SDO non consente per caratteristiche di completezza non ancora validate informazioni sul tempo espresso in minuti, si continua a fare ricorso all'indicatore proxy <i>intervallo 0-1giorno</i> .  Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).

***SUB-OBIETTIVO 2.4: Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni***

La colelitiasi è una condizione molto diffusa caratterizzata dalla presenza di calcoli nella colecisti e/o nelle vie biliari; interessa maggiormente le donne, con un rapporto femmine/maschi di 2 a 1. La colecistite acuta è un'infezione acuta della parete della colecisti, accompagnata da una colelitiasi nel 95% dei casi; la forma cronica è spesso caratterizzata da coliche ricorrenti e da una colecisti contratta, fibrotica, a pareti ispessite. La colelitiasi con o senza colecistite costituisce una importante causa di ricorso alla chirurgia addominale. L'intervento può essere effettuato in laparoscopia o a cielo aperto (laparotomia). La colecistectomia per via laparoscopica è oggi considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una recente revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomica. La prima è tuttavia associata ad una degenza e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto.

<b>INDICATORE</b>	<b>Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.**</b>
<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>Media delle migliori 10 strutture in Italia Fonte PNE 2017:95,3%</b>
<b>SCALA</b>	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente al valore medio regionale attestabile al 70%. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
<b>TRACKING</b>	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso e attraverso attività di auditing da parte dei servizi competenti e di Agenas.
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>5/20</b>
<b>NOTE</b>	L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente. Per le ASP l'obiettivo è calcolato sulla base della popolazione residente (logica di tutela della salute).

**OBIETTIVO 3 : Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA**

La Regione Siciliana provvederà ad adottare il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (**PRGLA**) entro 60 giorni dalla stipula dell'Intesa Stato Regioni sul Piano Nazionale Governo delle Liste d'Attesa 2019-2021 (**PNGLA**). Entro 60 giorni dall'adozione del PRGLA, le Aziende Sanitarie provvederanno ad adottare i propri **Programmi Attuativi Aziendali**, in coerenza con quanto definito in ambito regionale.

Attraverso questo obiettivo l'Assessorato della Salute effettuerà il monitoraggio della garanzia dei tempi di attesa e degli interventi attuati dalle Aziende Sanitarie nell'ambito Programma Attuativo Aziendale.

Nel PRGLA saranno considerati i seguenti monitoraggi:

- Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali
- Monitoraggio ex post delle attività diricovero
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP;
- Monitoraggio dell'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, come strumento di governo della domanda. Il modello RAO: i) prevede il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e soggetti erogatori; ii) indica i criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni facendo riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" già condiviso dalla Regione Siciliana.

	PUNTEGGI	SUB OBIETTIVI	INDICATORI
	4	Monitoraggio ex ante	$\Sigma$ NumPrestaz. Richieste (da 1 a 69) / Tot Prestaz. Prenotate in classe B
		<b>(dati riferiti alle settimane indice)</b>	$\Sigma$ NumPrestaz. Richieste (da 1 a 69) / Tot Prestaz. Prenotate in classe D
		Monitoraggio ex post	$\Sigma$ NumPrestaz. Richieste (da 1 a 69) / Tot Prestaz. Prenotate in classe P $\Sigma$ NumPrestaz. Garantite (da 1 a 8) entro tempi B / Tot Prestaz. classe B
	2	<b>(dati riferiti alla media del periodo)</b>	$\Sigma$ NumPrestaz. Garantite (da 1 a 8) entro tempi D / Tot Prestaz. classe D
	2	Monitoraggio Ricoveri	$\geq$ al valore mediano osservato della distribuzione (II quartile) 2016
	2	CheckList IGD IGO	Realizzazione di <b>tutte</b> le attività previste nella Check-List nei termini ivi indicati

**OBIETTIVO 4 : *garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR***

**Referente obiettivo: DASOE - Servizio 8**

**L'obiettivo viene declinato in due sub obiettivi:**

**4.1) Puntinascita**

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

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

**4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali**

Al fine di monitorare le modalità organizzative predisposte per migliorare il livello di appropriatezza e di sicurezza delle prestazioni erogate dai Punti Nascita di 1° e di 2° livello (come previsto dal Accordo CSR 16/12/2010, recepito dal DA 2/12/2011 e s.m.i.) sono stati previsti indicatori di monitoraggio dedicati:

**a) nei PN senza UTIN**

- Garantire che venga data assistenza alla gravidanza e al parto esclusivamente a partire da età gestazionale  $\geq$  a 34 settimane compiute.
- Se con età gestazione inferiore a 34 settimane ricovero inferiore a 24 ore (appropriatezza organizzativa)
- Garantire la corretta selezione della tipologia e del livello assistenziale della casistica in ingresso e ridurre il tasso di trasferimento dei neonati dal punto nascita verso UTIN di riferimento

**b) nei PN con UTIN**

- Predisporre un modello organizzativo che contemperi appropriatezza clinica e corretto utilizzo delle risorse, attraverso il trasferimento dei neonati da Terapia Intensiva a Patologia Neonatale nel corso del ciclo di cura.
- Definire i criteri di ricovero in TIN (cod. 73) e Patologia Neonatale (62) e gli indicatori per il monitoraggio dell'effettiva attuazione.

<p><b>INDICATORI</b></p>	<p><b>4.1) Puntinascita</b></p> <p>Numero requisiti garantiti/ Totale requisiti previsti dalla Checklist</p> <p><b>Pre-requisito per il calcolo dell'indicatore 1</b></p> <p>Costituisce pre-requisito l'obbligatorietà dei requisiti relativi alla presenza del personale ostetrico, ginecologico, della guardia attiva H24 anestesiologicala e pediatrico/neonatologica H24, della garanzia degli esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini e la disponibilità di emotrasfusioni h24 e della presenza di una sala operatoria che deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel bloccotravaglio-parto</p> <p><b>4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</b></p> <p><b>4.2.1) Nei PN senza(TIN):</b></p> <p>4.2.1.1) Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1giorno)</p> <p>VALORI OBIETTIVO: 0 (Fonte: SDO e CEDAP)</p> <p>4.2.1.2) Percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore divita Numeratore: neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita Denominatore: totale neonatiricoverati</p> <p><b>4.2.2) Nei PN (contIN):</b></p> <p>4.2.2.1) Elaborazione di un Report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio</p> <p>VALORI OBIETTIVO SI</p> <p><i>[Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali.</i></p> <p><i>Il controllo dovrà verificare la coerenza tra cartelle clinica e rispetto dei criteri di ricovero del presente documento.</i></p> <p><i>Il report trimestrale dovrà prevedere le seguenti informazioni</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73</i></li> </ul>
--------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice73</i></li><li>- <i>Numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice73]</i></li></ul> <p><b>4.2.2.2) Percentuale di neonati dimessi direttamente da Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730).</b></p> <p>Numeratore: Numero neonati direttamente dimessi (modalità dimissione: codice 2 dimissione ordinaria a domicilio del paziente) da TIN (Cod. 73) Denominatore: Totale dei neonati ricoverati (accettati) nella TIN (cod.73) al netto dei deceduti (modalità dimissione: codice1)</p>
--	---

<p><b>VALORI OBIETTIVO</b></p>	<p><b>4.1) Puntinascita</b></p> <p><b>Livello I - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 100%</b></p> <p>Soddisfacimento del 100% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</p> <p><b>Livello II - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 90%</b></p> <p>Soddisfacimento del 95% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</p> <p><b>Livello III - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 75%</b></p> <p>Soddisfacimento del 85% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</p> <p><b>4.2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</b></p> <p>4.2.1.1)0 (Fonte: SDO e CEDAP)</p> <p>4.2.1.2)&lt; 8% (Fonte SDO)</p> <p>4.2.2.1) SI</p> <p><i>[Controllo analitico su un campione del 15% delle cartelle cliniche dei neonati dimessi da codice 73 a cura dei NOC aziendali. Il controllo dovrà verificare la coerenza tra cartelle clinica e rispetto dei criteri di ricovero del presente documento. Il report trimestrale dovrà prevedere le seguenti informazioni</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Numero totale di cartelle cliniche di neonati ricoverati (accettati) da codice 73</i></li> <li>- <i>Numero di cartelle cliniche controllate di neonati ricoverati (accettati) da codice73</i></li> <li>- <i>Numero di cartelle cliniche non conformi di neonati ricoverati (accettati) da codice73]</i></li> </ul>
	<p>4.2.2.2)</p> <p>&lt;10% (2016);</p> <p>&lt; 7%(2017)</p> <p>&lt; 5%(2018)</p>

<p><b>SCALA</b></p>	<p><b>1) Puntinascita</b></p> <p><b>Livello I</b> SI/NO. (SI = 100% del valore dell'obiettivo) Nel caso di NO si passa al Livello II</p> <p><b>Livello II</b> SI/NO. (SI = 90% del valore dell'obiettivo) Nel caso di NO si passa al Livello III</p> <p><b>Livello III</b> SI/NO. (SI = 75% del valore dell'obiettivo) Nel caso di NO l'obiettivo non è raggiunto</p> <p>L'assenza del pre-requisito non consente il raggiungimento dell'obiettivo.</p> <p><b>2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali</b></p> <p>SI/NO</p>
<p><b>TRACKING</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio intermedio</li> <li>- Monitoraggio finale a fin mandato</li> </ul>
<p><b>PUNTEGGIO</b></p>	<p><b>10</b></p> <p><b>4.1)</b> Punti nascita – punteggio <b>5</b></p> <p><b>4.2)</b> Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali – punteggio <b>5</b></p>

**OBIETTIVO 5: Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento (Scheda aggiornata – sostituisce integralmente la precedente)**

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

L’obiettivo principale delle linee di indirizzo è quello di contrastare il sovraffollamento attraverso il monitoraggio continuo, l’analisi delle criticità e l’attuazione degli specifici interventi volti alla riduzione del fenomeno, da attivare in rapporto alla gravità delle situazioni (Non sovraffollamento, Sovraffollamento, Sovraffollamento severo) attraverso i Piani Aziendali per la Gestione del Sovraffollamento.

Con Direttiva Assessoriale n. 9348/19 è stata richiamata l’attenzione delle Direzioni strategiche aziendali al problema del sovraffollamento dei PS e alla effettiva attuazione delle suddette linee di indirizzo, che rivestono carattere di assoluta priorità per il S.S.R., garantendo in modo sistematico le seguenti attività:

- il monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento;
- l’attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;
- l’adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento.

Per la valutazione del presente obiettivo saranno considerati l’indicatore di efficienza operativa (indicatore di outcome) e l’attuazione degli attività previste dal D.A. 1584/2018 per la gestione del sovraffollamento (indicatore di processo).

**A. Miglioramento annuale e progressivo dell’indicatore di efficienza operativa–D.A.1584/2018**

L’indicatore di efficienza operativa, approvato con D.A. 1584/2018, misura la capacità da parte del Pronto Soccorso di dimettere/ricoverare i pazienti entro le 24 ore, al di là del numero dei posti tecnici presidiati ovvero a prescindere dalla capacità di ricezione del PS. L’indicatore è costruito rapportando i pazienti "oltre le 24 h" sui pazienti "entro le 24h".

Il valore ideale dell’indicatore è zero, in quanto non dovrebbe essere presente alcun paziente con una permanenza maggiore di 24h. Tuttavia, vista la frequenza dei pazienti con permanenze elevate nei nostri PS e considerata la necessità di dover includere anche la quota di pazienti che accedono all’OBI (dato non tracciabile dal flusso EMUR) appare opportuno fissare a un livello  $\leq 0,05$  il valore atteso di accettabilità (come comunicato con la direttiva assessoriale 9348/19).

Per quanto sopra ci si attende che le aziende sanitarie migliorino progressivamente il valore di tale indicatore nel triennio 2019 - 2021 con l’obiettivo finale di raggiungere quanto più vicino al valore atteso ottimale di 0,05. A tal fine viene di seguito presentato il criterio del “miglioramento relativo annuale dell’efficienza operativa” sia per le aziende con un unico PS, sia nelle aziende con più PS.

**B. Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive**

Saranno altresì considerati come indicatori di processo gli adempimenti al D.A. 1584/2018, quali il

- il monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento (Azione1);
- l’attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento (Azione2);
- l’adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento (Azione3);
- la relazione annuale del PAGES sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori (Azione 4);

<b>INDICATORI</b>	<p><b>Indicatore A. Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa (outcome)</b></p> $Efficienza operativa(t) = Eff(t) = \frac{\frac{n. pz con permanenze > 24}{H al PS al tempo t} + K2(t)}{\frac{n. pz con permanenze > 24}{H al PS al tempo t} + K1(t)}$ <p><i>[valore di accettabilità ≤ 0,05 – come da Direttiva Assessoriale n.9348/19]</i></p> <p>L'indicatore sarà calcolato considerando le misurazioni di K1, K2 e K3 alle ore 6:00 di ogni giorno nel 2019 (dalla data di conferimento degli obiettivi), nel 2020 e nel 2021.</p> <p>Sulla base dei risultati l'Assessorato si riserverà tramite apposita direttiva di apportare modificare sul calcolo dell'indicatore qualora dovessero emergere criticità.</p>
	<p><b>Indicatore B. Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo)</b></p> <p>Evidenza dell'attuazione dei seguenti adempimenti</p> <p>Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018 ;</p> <p>Azione 2: l'attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;</p> <p>Azione 3: l'adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento;</p> <p>Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori;</p>

<p><b>VALORI OBIETTIVO</b></p>	<p><b>Indicatore A</b></p> <p>Per l'indicatore <math>Eff(t)</math> sarà considerato il "miglioramento relativo annuale dell'efficienza operativa", come di seguito indicato:</p> $\Delta = \frac{Eff(t) - Eff(t+1)}{Eff(t)}$ <p>Il miglioramento dell'indicatore <math>Eff(t)</math> sarà valutato confrontando lo stesso con il valore dell'anno successivo <math>Eff(t+1)</math>, considerando la variazione relativa tra due anni che è data dalla seguente formula:</p> $\Delta = \frac{Eff(t) - Eff(t+1)}{Eff(t)}$ <p>"t" rappresenta l'anno di partenza "t+1" rappresenta l'anno successivo.</p> <p>Nell'allegato 1 si riporta una simulazione dell' <math>\Delta Eff(t+1)</math> applicato con diversi valori di partenza di efficienza operativa e differenti livelli di miglioramenti. Il valore ideale di <math>\Delta Eff(t+1)</math> è 0,05</p>
	<p><b>Indicatore B</b></p> <p>le evidenze documentali dovranno dimostrare l'adempimento delle azioni seguenti (SI/NO) per singolo PS:</p> <p>Azione 1: avvenuto monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento;</p> <p>Azione 2: attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento;</p> <p>Azione 3: effettiva adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento;</p> <p>Azione 4: Relazione annuale del PAGES sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento lavori.</p>

<p style="text-align: center;"><b>SCALA</b></p>	<p><b>Indicatore A</b></p> <p><b>[per singolo pronto soccorso]</b> Per la valutazione dell'obiettivo saranno considerate le seguenti categorie che sono applicate solo per i valori di <math>Eff(t)</math> superiori a 0,25</p> <p><i>Se <math>\Delta Eff(t+1) &lt; 30\%</math> = mancatoraggiungimentodell'obiettivo</i></p> <p><i>Se <math>30\% \leq \Delta Eff(t+1) &lt; 65\%</math> obiettivoaggiuntoal50%</i></p> <p><i>Se <math>\Delta Eff(t+1) \geq 65\%</math> obiettivoaggiuntoal100%</i></p> <p>Nei casi in cui i valori di <math>\Delta Eff(t)</math> risultassero inferiori a 0,25 sarà sufficiente ottenere un miglioramento tra i due anni consecutivi di almeno il 25% come indicato nell'allegato 1.</p> <p><b>[Nelle aziende con più pronto soccorso]</b> Nelle aziende che hanno più di un pronto soccorso sarà calcolata la media aritmetica dei valori raggiunti secondo la scala di valutazione sopra indicata. A titolo esemplificativo si riporta una simulazione applicata ad una azienda sanitaria con 6 PS.</p> <p><i>Se <b>mediadei</b> <math>\Delta Eff &lt; 30\%</math> = mancatoraggiungimentodell'obiettivo</i></p> <p><i>Se <math>30\% \leq</math> <b>mediadei</b> <math>\Delta Eff &lt; 65\%</math> obiettivoaggiuntoal50%</i></p> <p><i>Se <b>mediadei</b> <math>\Delta Eff \geq 65\%</math> obiettivoaggiuntoal100%</i></p> <p><b>Indicatore B</b></p> <p>SI = 100% (Azione 1+ Azione 2 + Azione 3+ Azione 4) NO = 0%</p>
<p><b>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE</b></p>	<p>80% del punteggio per l'Indicatore A</p> <p>20% del punteggio per Indicatore B</p>

### **OBIETTIVO 6: DONAZIONE ORGANI E TESSUTI**

Nell'anno 2018 la donazione d'organi e tessuti in Sicilia ha subito un notevole decremento rispetto ai traguardi raggiunti nell'anno 2017. Infatti, nel 2018 il numero di accertamenti di morte con metodo neurologico è stato di 27,8 pmp contro i 30,5 dell'anno 2017 e gli oltre 43 pmp della media nazionale. Inoltre, il numero di donatori procurati del 2018 è stato di 11,2 pmp contro 18,1 pmp del 2017 e gli oltre 27 della media nazionale. Infine, il tasso di opposizione registrato nel 2018 è stato pari al 47% contro il 37% del 2017 e circa il 28% della medianazionale.

Parimenti, per quanto concerne il procurement del tessuto corneale è stata registrata nell'anno 2018 una contrazione rispetto all'anno precedente attestandosi su 104 cornee prelevate contro 118 del 2017 in un contesto che prevede un fabbisogno regionale stimato di oltre 600 cornee/anno.

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

Gli indicatori e i valori target sono relativi all'anno 2019; per l'anno 2020 verranno definiti anche in base ai risultati conseguiti nell'anno precedente

<b>INDICATORE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma nazionale donazioni 2018 – 2020) (PESO10%)</li> <li>2. Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2019 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2018. (PESO 30%)</li> <li>3. Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% (PESO 30%)</li> <li>4. Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO20%)</li> <li>5. Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. (PESO10%)</li> </ol>
-------------------	---

<p><b>VALORI OBIETTIVO e SCALA</b></p>	<p>1. SI / NO</p> <p>2. L'obiettivo sarà raggiunto al 100% se l'incremento del numero di accertamenti dell'anno 2019 sarà pari o superiore al 20% rispetto all'anno 2018. L'obiettivo sarà raggiunto all'80% se l'incremento del numero di accertamenti 2019 sarà non inferiore al 15%. L'obiettivo sarà raggiunto all'50% se l'incremento del numeri di accertamenti 2019 sarà non inferiore al 10%. L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se l'incremento registrato nell'anno 2019 sarà inferiore al 10%.</p> <p>3. L'obiettivo sarà raggiunto al 100% se, nell'anno 2019, il tasso di opposizione sarà non superiore al 38%. L'obiettivo sarà raggiunto all' 80% se nell'anno 2019 il tasso di opposizione sarà non superiore al 41%. L'obiettivo sarà raggiunto al 50% se nell'anno 2019 il tasso di opposizione sarà non superiore al 45%. L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se il tasso di opposizione registrato nell'anno 2019 sarà superiore al 45%.</p>
	<p>4. L'obiettivo sarà considerato raggiunto al 100% se nell'anno 2019 l'incremento del numero di cornee procurate sarà maggiore o uguale al 30% rispetto all'anno 2018. L'obiettivo sarà raggiunto all'80% se l'incremento del numero di cornee procurate nel 2019 sarà non inferiore al 25%. L'obiettivo sarà raggiunto al 50% se l'incremento del numero di cornee procurate nel 2019 sarà non inferiore al 20 %. L'obiettivo sarà considerato non raggiunto se l'incremento del numero delle cornee procurate nell'anno 2019 sarà inferiore al 20%.</p> <p>5. SI/NO</p>
<p><b>PUNTEGGIO</b></p>	<p><b>3</b></p>

**OBIETTIVO 7: PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE**

I medici dipendenti pubblici (ospedalieri, specialisti ambulatoriali interni, etc), sono individuati dal DA 12/08/2010 (GURS 27/08/2010) come prescrittori di farmaci e prestazioni specialistiche. Il DA 2234/2015 (disposizioni inerenti le prescrizioni medicinali) ha imposto l'obbligo di assolvere alla prescrizione di farmaci. Tuttavia molti medici non si sono ancora adeguati. Al fine di dare attuazione alle disposizioni contenute nei predetti decreti, volte a semplificare a favore degli utenti le procedure di prescrizione e ridurre la conflittualità con MMG e PLS, è necessario che:

- aumenti il numero di medici dipendenti abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata
- aumenti in maniera significativa il numero delle prescrizioni dagli stessi effettuate

<b>INDICATORE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. % di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità de materializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale deimedici</li> <li>2. numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette DEM prescritte / mediciabilitati)</li> </ol>
<b>VALORI OBIETTIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ASP: &gt;30% nel 2019 e &gt;35% nel 2020</li> <li>2. &gt;100 nel 2019 e &gt;120 nel 2020</li> </ol>
<b>SCALA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SI / NO</li> <li>2. SI / NO</li> </ol>
<b>PUNTEGGIO</b>	5 per ASP

### OBIETTIVO 8: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è lo strumento digitale regionale attraverso il quale il cittadino può consultare e gestire i propri documenti clinici, che potranno essere disponibili agli operatori sanitari, in caso di necessità, per finalità di cura.

È evidente come i benefici che ne possono trarre sia i cittadini che gli operatori sanitari siano strettamente correlati al suo utilizzo su larga scala ed alla sua alimentazione in modo continuo da tutti gli erogatori di prestazioni sanitarie.

Anche nel 2020, in linea con quanto già fatto nel 2019, viene perseguito l'obiettivo di aumentare la platea dei cittadini coinvolti e dare concretezza al FSE attraverso il conferimento di un numero significativo di referti di laboratorio in formato CDA2-HL7.

Per quanto riguarda il coinvolgimento dei cittadini, poiché il decreto rilancio prevede la creazione automatica del FSE per tutti i cittadini, l'obiettivo sarà misurato sull'acquisizione del consenso informato alla consultazione (l'acquisizione del consenso all'alimentazione è ancora necessario sino a nuove disposizioni successive all'emanazione del decreto attuativo).

Per quanto riguarda i referti, avendo già sviluppato i web service per la trasmissione al sistema FSE-INI dei referti in formato CDA2-HL7 (obiettivo 2019), nel 2020 si punta all'alimentazione del FSE da parte del maggior numero di erogatori. L'obiettivo terrà conto di tutte le transazioni effettuate (sia alimentanti un FSE che non) in vista della creazione automatica del FSE per tutti i cittadini.

Per la trasmissione di altre tipologie di referto nel corso del 2020 saranno emanate specifiche direttive in coerenza con le disposizioni ministeriali

<b>INDICATORE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. % dei consensi alla consultazione trasmessi al sistema FSE-INI rispetto al numero dei pazienti ricoverati</li> <li>2. % delle strutture invianti a regime referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 nell'ultimo trimestre 2020, a prescindere dall'esito della transazione per FSE aperto</li> </ol>
<b>VALORI OBIETTIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &gt; 5% per il 2020</li> <li>2. Per le ASP <math>\geq 60\%</math> (arrotondato per eccesso o per difetto a seconda che la prima cifra decimale sia <math>\geq 5</math> o <math>&lt;5</math>);</li> </ol>
<b>SCALA</b>	SI / NO

**OBIETTIVO 9: Sviluppo PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (P.A.C.)**

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

L'obbligo della certificabilità dei dati, come disposto dall'art.2 del Decreto Certificabilità, impone agli enti del SSR, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art.1, comma 291, della legge 23 dicembre 2005, n.266 e dall'art.11 del Patto per la Salute 2010-2012, di garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento della Regione, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

L'implementazione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità ha impegnato le Aziende Sanitarie negli anni 2016-2018, nel corso dei quali sono state effettuate anche le verifiche di audit volte ad accertare il reale stato di attuazione delle procedure aziendali.

All'esito delle predette verifiche, sono emerse criticità che hanno indotto l'Amministrazione regionale, sulla scorta delle conformi indicazioni ministeriali rese in merito, ad adottare il D.A. n. 10/2019, con il quale è stato differito al 31.12.2019 il termine entro il quale definire il percorso di consolidamento del PAC regionale.

L'obiettivo intende assicurare che le Aziende del SSR provvedano entro il termine del 31.12.2009 alla piena realizzazione degli adempimenti che consentano di addivenire alla certificabilità dei bilanci aziendali, in coerenza alle previsioni del P.A.C.

INDICATORE	Implementazione, funzionalità e affidabilità delle azioni PAC
<p><b>VALORI OBIETTIVO</b></p>	<p><u>AL 31.12.2019</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.</li> <li>• Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".</li> </ul> <p><u>AL 31.12.2020</u>                      Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento</p>
<p><b>SCALA</b></p>	<p>SI / NO</p>
<p><b>PUNTEGGIO</b></p>	<p>5 5 per ASP 6</p>

## OBIETTIVO 11: PIANO ATTUATIVO AZIENDALE(P.A.A.)

Il Piano Attuativo Aziendale si articola in tre Aree per le Aziende Sanitarie Provinciali e in due Aree per le Aziende Ospedaliere ed Universitarie, come di seguito.

### 1. AREA SANITA' PUBBLICA EPREVENZIONE

ASP – Peso obiettivo 5

- 1.1. Sanità veterinaria
- 1.2. Igiene degli alimenti
- 1.3. Vaccinazioni
- 1.4. Tutela ambientale
- 1.5. Prevenzione luoghi di lavoro

### 2. AREA QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI

ASP - Peso obiettivo 9

- 2.1. Sicurezza dei pazienti
- 2.2. Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza
- 2.3. PDTA
- 2.4. Appropriatelyzza
- 2.5. Outcome
- 2.6. Trasfusionale

### 3. AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

ASP – Peso obiettivo 9

- Cronicità
- 3.2 Fragilità
- 3.3. Disabilità e non autosufficienza
- 3.4 Privacy

Per il triennio 2019/2021 (prorogato per gli esercizi successivi), l'Assessorato per la Salute ha individuato 3 Aree di Intervento per la predisposizione del documento di sintesi e la successiva formalizzazione degli obiettivi.

<b>INDICATORE</b>	Implementazione e completa realizzazione di tutte le attività previste dal PAA per gli anni 2019 e 2020
<b>VALORI OBIETTIVO</b>	100%
<b>SCALA</b>	% di sviluppo delle azioni previste a PAA e relativi pesi indicati nel documento di PAA

<b>PUNTEGGIO</b>	Realizzazione delle azioni previste dal PianoAttuativo Aziendale: peso <b>23 per ASP</b>
------------------	--

Gli obiettivi, in assenza di nuova assegnazione, si intendono prorogati anche per l'anno in corso.

Le linee di intervento individuate sono le seguenti:

<p><b>Intervento 1</b> <b>SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sanità veterinaria</li> <li>Sicurezza alimentare</li> <li>Copertura vaccinale e sorveglianza malattie infettive</li> <li>Tutela ambientale</li> <li>Prevenzione luoghi di lavoro</li> </ul>
<p><b>Intervento 2</b> <b>QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sicurezza dei pazienti</li> <li>Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma da destinare alla preparazione di medicinali</li> <li>Coinvolgimento dei cittadini pazienti</li> <li>PDTA</li> <li>Appropriatezza</li> <li>Outcome</li> </ul>
<p><b>Intervento 3</b> <b>ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cronicità</li> <li>Fragilità</li> <li>Disabilità e non autosufficienza</li> <li>Privacy</li> </ul>

032	Paa	1	1	A	Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)
033	Paa	1	1	B	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina
034	Paa	1	1	C	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina
035	Paa	1	1	D	Controllo anagrafico aziende bovine e ovi-caprine (Reg. Ce n. 1082/2003 e n. 1505/2006)
036	Paa	1	1	E	Riduzione della prevalenza di brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto al 2015
038	Paa	1	2	A	Garantire la disponibilità di Laboratori accreditati per controlli di alimenti e acque
039	Paa	1	2	B	Attuazione Piani di Controllo sugli alimenti (Piano residui e monitoraggio molluschi)
040	Paa	1	2	C	Piena funzionalità del Sistema informativo regionale Demetra

042	Paa	1	3	A	Implem.della copertura vaccinale (D.A. N. 1965/2017) ed attuazione Piano Vaccinazione Covid
043	Paa	1	3	B	Programma comunicazione corretta informazione sui vaccini (D.A. N. 1965/2017)
044	Paa	1	3	C	Registrazione vaccinazioni su Cruscotto regionale Anagrafe vaccinale
045	Paa	1	3	D	Offerta attiva vaccinazioni a extracomunitari (nota 71734 del 28.09.2018)
046	Paa	1	3	E	Notifica casi di Morbillo, Rosolia e Ros. Congenita in tempo utile per accertamenti lab.
047	Paa	1	3	F	Notifica delle malattie infettive

049	Paa	1	4	A	Sorveglianza Malformazioni Congenite
050	Paa	1	4	B	Raggiungimento standard del PRP Linea 2.8 Ambiente e Salute
051	Paa	1	4	C	Raggiungimento standard previsti dal Piano straordinario interventi Aree a Rischio
052	Paa	1	4	D	Esecuzione interviste a esposti amianto
053	Paa	1	4	E	Avvio interventi di promozione salute su corretto uso cellulari e prevenzione raggi UV
054	Paa	1	5		Area 1 - Sanità Pubblica e Prevenz,- 1.5 (A-B) Prev.: luoghi di lavoro -Sorv.ex Esposti
057	Paa	2	1	A	SIMES: Monitoraggio eventi sentinella e attuazione azioni correttive nei piani di migl.
058	Paa	2	1	B	SIMES: Implementaz. raccomandazioni ministeriali per prevenzione eventi sentinella
059	Paa	2	1	C	Corretta applicazione della checklist di sala operatoria
060	Paa	2	1	D	Applicazione Piano Nazionale Azioni di contrasto all' Antibioticoresistenza
061	Paa	2	1	E	Adempimenti Legge 24/2017 (Sicurezza delle cure e della persona assistita - resp. Profess.)
063	Paa	2	2	A	Umanizzazione - Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale
064	Paa	2	2	B	Umanizzazione - Valutazione qualità Strutture Ospedaliere secondo prospettiva cittadino
065	Paa	2	3		2.3 Implementazione Linee guida cliniche attraverso i PDTA
072	Paa	2	4		Appropriatezza PACA (Piano Ann. Controlli Analit.)
073	Paa	2	5		Outcome : Auditing in strutture piattaforma PNE
075	Paa	2	6	A	Trasfusionale: Rispetto della previsione di raccolta delle EC già programmata per 2019

076	Paa	2	6	B	Trasfusionale: Incremento quantità di plasma da destinare all'emoderivazione
078	Paa	3	1		Cronicità: Diabetici e Scompensati Cardiaci Arruolati
079	Paa	3	2		Fragilità: Attuazione Piano Regionale Autismo
081	Paa	3	3	A	Realizzazione procedura per accesso facilitato ai front-office distrettuali per disabili
082	Paa	3	3	B	Liquidazione indennità per i disabili nei tempi e modi previsti dalla Regione
083	Paa	3	3	C	Attuazione valutazioni delle UVM a domicilio dell'utenza
084	Paa	3	4		Applicazione Regolamento Europeo Protezione Dati

Per il raggiungimento dei risultati e dei target richiesti dall'Assessorato l'Azienda, per gli anni 2020/2021, ha individuato Azioni di intervento, assegnando gli obiettivi alle UU.OO. interessate. I Target e le Azioni sono stati confermati anche per gli anni successivi al triennio.

Il sistema attivato ha previsto l'inserimento delle linee di Azioni all'interno delle schede di budget sottoscritte dai responsabili delle UU.OO.CC..

I responsabili, per il raggiungimento del target delle varie linee di azioni hanno a loro volta declinato gli obiettivi ai Dirigenti ed al personale del comparto con l'attivazione delle schede individuali.

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

**OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI**

085	DG	Ge	1		Rispetto del Budget assegnato
086	DG	Ge	2		Adempimenti Delega Datore di Lavoro
087	DG	Ge	3		Adempimenti Delega Trattamento dei Dati e Privacy
088	DG	Ge	4		Adempimenti Obblighi Prevenzione Corruzione e Trasparenza
089	DG	Ge	5		Adempimenti Gestione ALPI
161	DG	Ge	6		Adempimenti altre eventuali Deleghe ed attuazione Decentramento attività delegate
091	DG	H	1		Incremento mobilità attiva
092	DG	H	2		Mantenimento / Incremento valore di produzione (Flusso A, SDAO, Flusso C, SPI, etc.)
093	DG	H	3		Mantenimento / Incremento delle Prestazioni assicurate ad altre UO Interne
094	DG	H	4		Tempestività delle Prestazioni (o referti) assicurate ad altre UO Interne
095	DG	H	5	a	Indicatori Attività Ospedalieri: Indice di Occupazione
163	DG	H	5	b	Indicatori Attività Ospedalieri: Indice di Occupazione (SPDC)
164	DG	H	5	c	Indicatori Attività Ospedalieri: Ricoveri ripetuti 0-1 Giorno
096	DG	H	6		Indicatori Attività Ospedalieri: Degenza Media
097	DG	H	7		Indicatori Attività Ospedalieri: Peso Medio
098	DG	H	8		Indicatori Attività Ospedalieri: Indice di Operatività (DrgChir./Med.)
099	DG	H	9		Incentivazione dimissioni facilitate per Scopenso, Diabete e BPCO
100	DG	H	10		Esecuzione Trombolisi presso centro Hub Siracusa (Obiettivo Stroke)
101	DG	H	11		Gestione Sedute Operatorie (Obiettivo Anestesia)
102	DG	H	12		Effettuazione di ERCP con risorse proprie (Obiettivo Gastroenterologia)
103	DG	H	13		Gestione Centro Sclerosi Multipla (Obiettivo Neurologia)
104	DG	H	14		Primo Ciclo Terapeutico
090	DG	H	15		Partoanalgesia
105	DG	T	1		Gestione Ordinaria Attività Distrettuali (ASB, ASI, ASS, Poliambulatori)
106	DG	T	2		Gestione Convenzioni MMG, PLS, MCA, SUMAI, Spec. Conv. Esterni
107	DG	T	3		Gestione Medicina Scolastica e Dispensario Antitubercolare
108	DG	T	4		Gestione altra attività ordinaria del Servizio di Epidemiologia e Medicina Preventiva
109	DG	T	5		Controlli alimentari presso "Ristorazioni Collettive" e presso "Ristorazioni Pubbliche"
110	DG	T	6		Attività Igiene della Nutrizione interna alla UO SIAN (Igiene Alimenti e Nutrizione)
111	DG	T	7		Verifica condizioni igienico-sanitarie in Carceri, Alberghi e Studi Dentistici
112	DG	T	8		Interventi di monitoraggio ambientale Poliovirus
113	DG	T	9		Controlli di Laboratorio su alimenti, bevande, acque balneari, stupefacenti etc.
114	DG	T	10		Controlli in fabbriche, cantieri e az. agricole da PRP (Piano Regionale Prevenzione)

115	DG	T	11	Verifiche su impianti (DM 11/4/11 e DA 773/12) e ascensori ecc. e vigilanza luoghi lavoro
116	DG	T	12	Controlli su Stabilimenti di macellazione e di produzione del latte
117	DG	T	13	Lotta al fenomeno del randagismo
118	DG	T	14	Gestione anagrafe canina
119	DG	T	15	Controlli Aziende Zootecniche (allevamenti)
120	DG	T	16	Tempi presa in carico a CSM di dimessi da SPDC (ob. A) e visite domiciliari CSM (ob. B)
121	DG	T	17	Aggiornamento dei P.T.I. a 6 mesi per tutti i ricoverati in C.T.A. e C.D.
122	DG	T	18	Prevenzione e trattamento GAP (Gioco d'Azzardo Patologico)
123	DG	T	19	Ambulatorio per soggetti affetti da DCA (Disturbi Comportamenti Alimentari)
124	DG	T	20	Valutazione multidisciplinare di minori su segnalazione del Tribunale dei minori
125	DG	T	21	Presa in carico di minori per valutazione e trattamento: Tempi (ob. A) e Prestaz. (ob. B)
126	DG	T	22	Coordinamento attività per il controllo delle infezioni ospedaliere
127	DG	T	23	Monitoraggio prestazioni Ospedali Pubblici
128	DG	T	24	Visite Medico Legali: ob. A per malattia; ob. B per idoneità al lavoro
129	DG	T	25	Tempestività interventi riabilitativi in post-acuti: Autorizz. (ob. A) e Trattamento (ob. B)
130	DG	T	26	Tempestività autorizz. perprestaz. ambulatoriali o residenziali presso strutture art. 26
131	DG	T	27	Appropriatezza rilascio presidi e ausili per disabili
132	DG	T	28	Integraz. Consultori-Punti Nascita (donne trattate in consultorio e partorienti in ASP)
133	DG	T	29	Percorso Nascita: A) Redazione quaderno gravidanza (o analogo strumento); B) Volumi di attività
134	DG	T	30	Distribuzione diretta (in economia) di Farmaci e Dispositivi a pazienti aventi diritto
135	DG	T	31	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva di MMG e PLS attraverso controlli a farmacie
136	DG	T	32	Assistenza Domiciliare per Malati Oncologici in fase terminale (e assistenza ambulat.)
137	DG	T	33	Gestione Emergenza Territoriale (ivi compresa gestione sbarchi immigrati)
138	DG	T	34	Gestione attività di accreditamento (nuove istruttorie e verifiche periodiche)
139	DG	T	35	Gestione attività del Centro Alzheimer
170	DG	T	36	Riordino attività ADI / disabili gravissimi e rinnovo/rinegoziazione convenzioni
140	DG	A	1	Supporto Generale a tutte le altre UU.OO.
141	DG	A	2	Gestione Ordinaria UO Affari Generali
142	DG	A	3	Gestione Ordinaria UO Gestione Risorse Umane

143	DG	A	4	Gestione Ordinaria UO Economico Finanziaria e Patrimoniale
144	DG	A	5	Gestione Ordinaria UO Provveditorato
145	DG	A	6	Gestione Ordinaria UO Tecnico
146	DG	A	7	Gestione Ordinaria UO Direzione Amministrativa P.O. Siracusa
147	DG	A	8	Gestione Ordinaria UO Direzione Amministrativa P.O. Lentini
148	DG	A	9	Gestione Ordinaria UO Direzione Amministrativa P.O. Avola-Noto
149	DG	S	1	Gestione Ordinaria Controllo di Gestione (Monitoraggio Obiettivi e Budget, ecc.)
150	DG	S	2	Gestione Ordinaria UO Pianificazione (Affiancamento al Co.d.Ge. Per pianificazione)
151	DG	S	3	Programmazione e Sviluppo Piano Annuale della Formazione coerente con Obiettivi ASP
152	DG	S	4	Gestione Ordinaria UO Qualità (Gestione sistema documentale aziendale, audit, ecc.)
153	DG	S	5	Gestione Ordinaria UO URP (Gestione Reclami, Aggiornamento Carta dei Servizi, ecc.)
154	DG	S	6	Gestione Ordinaria UO Servizio Prevenzione e Protezione (Supporto al DG, ecc.)
155	DG	S	7	Gestione Ordinaria UO Sorv. San.: Adempimenti ord. (Ob. A) e Appropriatelyzza (Ob. B)
156	DG	S	8	Gestione Ordinaria UO RTP (Incidenza Tumori, Studi Epidemiologici, Re.N.Ca.M., ecc.)
157	DG	S	9	Gestione Ordinaria UO Servizio Legale (Affidamento incarichi legali, pareri, ecc.)
158	DG	S	10	Gestione Ordinaria UO Educazione alla Salute (Piano Regionale Prevenzione, ecc.)
159	DG	S	11	Gestione Ordinaria Ufficio Stampa (Comunicati, rassegna, ecc.)
160	DG	V	1	Rispetto Obiettivi assegnati di volta in volta dalla direzione aziendale
165	DG	A	10	Gestione Ordinaria UO Direzione Amministrativa P.O. Augusta
169	DG	X	1	Realizzazione posti letto Covid (ordinari e T.I.) in conformità alle direttive regionali

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

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

**Fasi, soggetti e tempi di processo di redazione del Piano**

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

<b>Fase</b>	<b>Attività</b>	<b>Soggetti coinvolti</b>	<b>Tempi previsti</b>
<b>Fase Gestionale</b>	Negoziante degli Obiettivi regionali con il Direttore Generale	Assessorato Reg.le Salute / Direttore Generale	Gennaio / Febbraio
	Condivisione obiettivi regionali	Direttore Generale / Dir. Sanitario e Dir. Amministrativo	Gennaio / Febbraio
	Pianificazione obiettivi aziendali in coerenza con gli atti di programmazione aziendale (Piano della Performance-Bilancio Preventivo- Piano degli Investimenti- Piano delle Assunzioni)	Direzione Strategica / Controllo di Gestione / SEF/Personale	Gennaio / Febbraio
	Redazione del PIAO e pubblicazione nel sito istituzionale	Direzione Strategica / Struttura Tecnica Permanente / Resp.le Anticorruzione / Resp.le Trasparenza / OIV	31 Gennaio
	Negoziante obiettivi di struttura (intesi anche quali obiettivi individuali dei Dirigenti Responsabili di struttura) e redazione del documento "Sistema obiettivi operativi"	Direzione Strategica / Dirigenti di Struttura / Dipartimento, UOC e UOS dipartimentale	Marzo

	Assegnazione obiettivi individuali (dirigenti non responsabili di struttura e comparto)	Dirigenti Resp. di struttura /tutto il personale afferente alla stessa	Marzo / Aprile
	a) monitoraggio in corso di esercizio b) attivazione eventuali interventi correttivi	Controllo di Gestione / Direzione Strategica / Dirigenti Resp. Strutture	Nel corso dell'anno
<b>Fase di certificazione formale</b>	Misurazione e valutazione annuale della performance organizzativa delle UU.OO.	Controllo di gestione/ Struttura Tecnica Permanente/ OIV	Marzo anno successivo
	Rendicontazione dei risultati ai vertici dell'Amministrazione	Struttura Tecnica Permanente/ Direzione Strategica/ Dirigenti Resp. Strutture	Marzo anno successivo
	Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	Dirigente Resp. di struttura sovraordinato/ tutto il personale afferente alla U.O.  Il istanza: OIV (solo per i Dirigenti di struttura)	Aprile anno successivo
	Relazione sulla Performance e pubblicazione sul sito istituzionale	Struttura Tecnica Permanente/Controllo di Gestione	Giugno anno successivo
	Validazione della Relazione e pubblicazione	OIV	15 settembre
	<b>Fase di valorizzazione del merito</b>	Applicazione dei Sistemi Premianti	Servizio Risorse Umane/ Struttura Tecnica Permanente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Direzione Aziendale**

- Indirizzo strategico gestionale

- Verifica risultati.

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

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

- **Dirigenti con incarico di struttura**

- Valutazione di prima istanza dei dipendenti.

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

- Programmazione, budgeting e rendicontazione.

## PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

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

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

individuato quale adempimento soppresso in relazione all'inserimento dei contenuti dello stesso nella competente sezione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione.

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

- Garantire la valorizzazione del personale, l'accrescimento professionale dei dipendenti per assicurare il buon andamento, l'efficienza dell'attività amministrativa, le pari opportunità nell'accesso al lavoro, nella vita lavorativa e nella formazione professionale;
- Promuovere una migliore organizzazione del lavoro e del benessere organizzativo che, fermo restando le necessità di garantire la funzionalità degli uffici, favorisca l'equilibrio tra tempi di lavoro e esigenza di vita privata;
- Garantire la trasparenza dell'azione amministrativa al fine di promuovere la cultura di genere ed il principio di non discriminazione.

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

In atto sono in fase di definizione le procedure per la costituzione del nuovo Comitato Unico di Garanzia al fine di rendere operativo e monitorare il Piano delle Azioni Positive.

Dalla popolazione target possono essere sottratte le persone con motivi, certificati dal MMG o eventualmente dai Registri Tumori, di esclusione:

- per lo screening del cervicocarcinoma, donne isterectomizzate o con diagnosi di cervicocarcinoma da meno di 5 anni;
- per lo screening del tumore della mammella, donne con mastectomia totale o con diagnosi di tumore della mammella da meno di 5 anni;
- per lo screening del tumore del colonretto, uomini e donne con malattia infiammatoria del colon (M. di Chron e rettocolite ulcerosa), con colectomia totale o con diagnosi di tumore del colonretto da meno di 5

anni.

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

- Effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP(SI/NO)
- Coinvolgimento e collaborazione MMG (% MMG con pulizia liste)
- Aggiornamento banca dati anagrafica(SI/NO)
- Presenza PDTA per ogni screening(SI/NO)
- Utilizzo HPV-DNA come test primario(SI/NO)

## **RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA**

### **INTERAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE CON IL PIANO DELLA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE**

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

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

#### **COLLEGAMENTO CON PIANO ANTICORRUZIONE**

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

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

Nello specifico:

- Monitoraggio dell'applicazione delle norme relative al nuovo accesso civico, come disciplinato dal D.Lgs 97/2016 (indicatori: relazione semestrale da parte dei responsabili dei servizi sulle richieste di accesso civico pervenute).
- Implementazione del percorso formativo interno in materia di anticorruzione e trasparenza per tutto il personale (Piano Formativo Aziendale).

- Attuazione delle misure e delle azioni correttive previste nella mappatura dei rischi dei PP.TT.PP.CC. negli anni succedutisi; per ogni struttura aziendale sono state individuate le aree di rischio di corruzione e le misure preventive da adottare al fine di ridurre i rischi;

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

## Obiettivi di integrazione con il PTPCT

1. Miglioramento dell'accesso del cittadino alle informazioni previste in tema di trasparenza secondo le diverse tipologie dell'accesso civico. (D.Lgs n. 97/2016)

2. Consolidamento dei processi e cultura aziendale per la piena attuazione delle misure previste nel PTPCT

3. Applicazione L. n. 179 del 30/11/2017 sulla gestione delle segnalazioni interne (WHISTLEBLOWING)

- l'analisi e la mappatura di tutti i processi per singola struttura e puntuale aggiornamento in occasione dell'aggiornamento al piano per le strutture con il rischio individuato;
- il grado di implementazione delle misure di prevenzione previste nella UO diretta;
- l'ottemperanza agli obblighi di legge sulla trasparenza e il grado di adempimento su ulteriori obblighi di trasparenza previsti;
- l'ottemperanza nei termini previsti dal piano e dalle richieste inoltrate, agli obblighi informativi nei confronti del R.P.C.
- la verifica delle presenze del personale per contrastare l'assenteismo (art. 13 del presente piano);

## COLLEGAMENTO CON PIANO DELLA TRASPARENZA E INTEGRITA'

**Le principali novità in materia di trasparenza sono state introdotte dal D.Lgs. 97/2016 (FOIA).**

**Si riportano le più importanti azioni di intervento:**

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

## OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA

Gli obiettivi strategici dell'ASP Siracusa per il triennio 2024-2026 in materia di trasparenza sono finalizzati alla realizzazione di una amministrazione sempre più aperta al servizio del cittadino, attraverso una migliore accessibilità alle informazioni sull'organizzazione e sulle attività dell'Amministrazione.

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

Ciò anche in considerazione delle previsioni sull’aggiornamento 2023 del PNA 2023 che Anac ha pubblicato con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, i cui ambiti di aggiornamento sono circoscritti alla sola parte speciale con riferimento all’area dei contratti pubblici al fine di adeguare i contenuti dei rischi e delle misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza ad alcune disposizioni del nuovo codice dei contratti, in particolare in relazione ad alcune misure di contenimento in tema di rischi corruttivi e di maladministration e relative misure di contenimento e alla disciplina transitoria applicabile in materia di trasparenza amministrativa alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e dei regolamenti adottati dall’Autorità.

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

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

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

- La responsabilizzazione dei Dirigenti/ funzionari che hanno gli obblighi di individuazione, elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati nel processo della trasparenza;
- La possibilità per gli utenti di valutare la regolarità dei processi aziendali derivante dalla conoscenza delle modalità e procedure di svolgimento;
- La possibilità di verificare se le risorse pubbliche sono impiegate per finalità proprie, derivante dalla conoscenza del modo in cui tali risorse vengono utilizzate;
- La possibilità di controllare in modo diffuso l’operato della pubblica amministrazione.

## COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- performance organizzativa;
- performance individuale.

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

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

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

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

Per quanto riguarda l'individuazione di ulteriori specifici obiettivi, per l'anno 2024, da assegnare alle diverse strutture dell'Azienda in relazione all'attuazione del principio di trasparenza, con correlata graduazione economica ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato, si ritiene che gli obiettivi fissati nel Piano, di cui il presente costituisce aggiornamento, siano sufficienti ad integrare un sistema di obiettivi adeguati al raggiungimento di un buon livello di trasparenza, nel senso giuridico di cui al D.Lgs n. 33/2013.

## **PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA**

### **OBIETTIVO STRATEGICO 1: PROMOZIONE DEI LIVELLI DI TRASPARENZA AMMINISTRATIVA ED INTEGRITÀ DEL PERSONALE.**

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

Come annunciato dal Presidente dell'ANAC con il comunicato del 10 gennaio 2024 recante "*Termine del 31 gennaio per l'adozione e la pubblicazione dei PIAO e PTPC 2024 – 2026*", viene specificato che l'attività

deve avvenire nell'ambito dell'adozione del PIAO, Piano Integrato di Attività e di Organizzazione, ai sensi dell'art.6 del D.L. n. 80/2021, convertito nella Legge 6/08/2021, n. 113.

Viene quindi fissato al 31 gennaio 2024 il termine per le Pubbliche Amministrazioni per la predisposizione e pubblicazione del Piano Anticorruzione 2024 – 2026.

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

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

La presente sottosezione è stata predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e dal Responsabile della Trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici in materia, approvati con il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione triennio 2023-2025 giusta precedente deliberazione aziendale n. 489 del 29/3/2023 e finalizzati a favorire la creazione di valore pubblico, anche con obiettivi di trasparenza, nonché utilizzando quale punto di partenza gli esiti del monitoraggio del piano triennale prevenzione della corruzione e della trasparenza il cui aggiornamento è stato adottato nel medesimo documento PIAO, secondo una logica di miglioramento progressivo ed in piena aderenza ai suggerimenti forniti dall' ANAC , in ultimo con il PNA 2022 e con l'aggiornamento al PNA 2023 pubblicato con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023.

#### **PREMESSA**

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

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

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

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

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

### **Valutazione di impatto del contesto esterno**

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

La sanità è oggetto di particolare interesse perché:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Valutazione di impatto del contesto interno**

Nel corso del 2023 sono stati gestiti procedimenti disciplinari anche per eventi corruttivi e per fatti penalmente rilevanti verificatisi, (sospesi in attesa della definizione del procedimento penale).

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e il Responsabile della Trasparenza, in un ambito di collaborazione con gli Uffici aziendali, con nota prot. n. 4588 del 12/01/2024, attivando un processo di collaborazione attiva con le UU.OO. aziendali in vista della redazione della presente sottosezione, ha chiesto

eventuali proposte, riflessioni e contributi per l'aggiornamento del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026.

Nonostante la cessazione a livello nazionale al 31/3/2022 dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 il quadro pandemico ha continuato a mantenere alta l'attenzione delle Strutture sanitarie e tutti i servizi dell'Asp di Siracusa hanno proseguito nelle attività specifiche nella cura dei pazienti e nel contrasto alla diffusione del virus.

La Direzione Aziendale ha proseguito la propria azione di riorganizzazione degli spazi, attività e gestione del personale per continuare a far fronte ad un'emergenza che quotidianamente ha presentato sviluppi e prospettive mutabili ed aleatorie, con una continua revisione delle attività in atto, in base a provvedimenti nazionali e regionali, legati agli indicatori epidemiologici.

Le aree sanitarie ospedaliere sono state quelle più investite nella gestione della pandemia attraverso una continua riorganizzazione, secondo le necessità scaturenti dagli indicatori epidemiologici, dei reparti Covid e non Covid di Area Medica, che sono stati sostituiti dalle cosiddette "bolle" istituite in tutti i reparti, ma anche l'area territoriale della prevenzione si è trovata nella necessità di riorganizzare i propri processi e rimodulare le attività, in funzione dell'andamento del quadro epidemiologico.

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

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

Il presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) per gli anni 2024-25-26 continua a collocarsi, così come in questi ultimi tre anni, in un contesto che ancora risente delle refluenze della pandemia caratterizzate da attività complesse e delicate, ma non certamente più emergenziali.

Nel corso del 2023, pertanto, le azioni aziendali in tema di anticorruzione hanno continuato ad adattarsi agli eventi, riposizionando le misure di prevenzione già introdotte e integrando le misure specifiche indicate dai Piani Nazionali Anticorruzione che si sono succeduti, alimentate dalle Linee Guida e dalla normativa prodotta dal Legislatore e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2023, approvato dal Consiglio dell'ANAC e pubblicato con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023 ha riportato il termine, dopo il differimento dello scorso anno al 31 marzo, al 31 gennaio per l'approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza ( PTPCT ) unitamente a quello del P.I.A.O. e secondo gli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge 6 novembre 2012 n. 190 del 2012 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 del 2013.

Si dà atto che anche nel 2023 nonostante la cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da Covid-19, tutti i servizi aziendali hanno continuato a porre in essere attività specifiche nella cura dei pazienti affetti ancora dalla malattia e continuando a sviluppare percorsi assistenziali mirati per la cura e gli interventi sanitari.

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

### **IL PTPCT È STATO ADATTATO ALLA REALTÀ AZIENDALE PREVEDENDO IN SPECIE:**

- 1) la valutazione di impatto del contesto esterno, in cui sono evidenziate le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'Azienda opera e i suoi possibili riflessi sul verificarsi di fenomeni corruttivi;
- 2) la valutazione di impatto del contesto interno con riferimento all'esposizione al rischio corruttivo a seguito dell'analisi della struttura organizzativa dell'Azienda, effettuata in collaborazione con i Responsabili delle altre sezioni, della verifica dei contenziosi in essere, dei procedimenti disciplinari attivati e conclusi nell'anno 2023, delle criticità emerse a seguito degli esiti del monitoraggio sul piano dell'anno precedente e dei controlli interni di regolarità contabile e amministrativa;
- 3) i processi di mappatura delle Aree a rischio, tenendo conto anche dello stato di digitalizzazione degli stessi, processi utilizzati quale base per individuare le criticità che possono esporre l'amministrazione a rischi corruttivi;
- 4) l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte dell'ente delle misure generali previste dalla Legge n. 190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
- 5) la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, digitalizzazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
- 6) la previsione del monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
- 7) la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013 e s.m.i.;

Nell'anno 2023, è cessato l'utilizzo delle procedure straordinarie di reclutamento del personale per il potenziamento, in particolare, delle reti di assistenza territoriale e dei reparti ospedalieri di malattie infettive e COVID center in deroga alla disciplina vigente e sono state attuate le norme per la stabilizzazione del personale impiegato nell'emergenza Covid avente diritto e requisiti.

In materia di trasparenza si è provveduto costantemente al monitoraggio delle sezioni di "Amministrazione Trasparente" con un grado di pubblicazione molto soddisfacente, che ha accolto tutte le proposte di pubblicazione di ulteriori dati e informazioni, anche al di là degli obblighi di legge, che sono stati ritenuti utili per una completa offerta ai pazienti/utenti. Si veda in tal senso la creazione nel sito internet aziendale di sezioni specifiche dedicate alla vaccinazione antinfluenzale che quest'anno, così come l'anno precedente, è stata proposta ai cittadini in co-somministrazione con il vaccino anti covid, alla sezione

informatizzata per la prenotazione dei vaccini, alla sezione relativa alle Farmacie del territorio provinciale nel rispetto del protocollo d'intesa regionale per la somministrazione delle vaccinazioni, al CUP, alle attività del Centro Screening e alla Brest Unit, dove sono state pubblicate tutte le informazioni, costantemente aggiornate, sia a favore dei cittadini che degli operatori. Particolare attenzione è stata posta alla creazione di sezioni dedicate all'informazione in ordine alle campagne di vaccinazione anticovid-19, antinfluenzale, anti pneumococcica, antizooster e anti HPV.

In aderenza al PNA 2022 e al suo aggiornamento al 2023, inoltre, particolare attenzione è stata posta nel rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione della corruzione con riferimento alla gestione degli appalti pubblici e di quei processi in cui sono gestite ingenti risorse finanziarie derivanti dal PNRR e dai fondi strutturali, senza tralasciarne altri, pure di rilievo, quali quelli caratterizzati da ampia discrezionalità e ad esempio, quelli riguardanti l'erogazione di contributi, sovvenzioni, vantaggi di qualsiasi genere.

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

#### **ART. 1 OGGETTO, FINALITÀ E CONTESTO**

a) Fatta salva la superiore doverosa premessa, si dà atto che il Piano Aziendale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza 2024 – 2025 - 2026 viene adottato in applicazione della Legge 6 novembre 2012 n. 190 “ Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione “ delle disposizioni normative e regolamentari in materia e delle disposizioni dell' Autorità Nazionale Anticorruzione, in particolare dell'aggiornamento 2023 del PNA 2022 giusta delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023, che rappresenta atto di indirizzo per l'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Come annunciato dal Presidente dell'ANAC con il comunicato del 10 gennaio 2024 recante “*Termine del 31 gennaio per l'adozione e la pubblicazione dei PIAO e PTPC 2024 – 2026*”, si dà atto che l'attività avviene nell'ambito dell'adozione del PIAO, Piano Integrato di Attività e di Organizzazione, ai sensi dell'art. 6 del D.L. n. 80/2021, convertito nella Legge 6/08/2021, n. 113

b) Ai sensi della citata Legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e s.m.i l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa procede ad adottare ogni anno un Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza, nell'ambito del P.I.A.O., avente lo scopo di valutare il diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e stabilire gli interventi organizzativi finalizzati a prevenire e contrastare o quantomeno limitare il medesimo rischio. Il Piano triennale aziendale (PTPCT) costituisce l'atto attraverso il quale sono individuate le strategie complessive per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e dell'illegalità; il Piano medesimo non può costituire un'attività compiuta, bensì realizza un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono, come affermato dalle Linee di indirizzo del Comitato ministeriale di cui al D.P.CM. 16.1.2013 "via via affinati, modificati o sostituiti in relazione al feedback ottenuti dalla loro applicazione". L'obiettivo finale che si intende perseguire è quello di creare un ambiente di diffusa

percezione della necessità del rispetto delle regole, ovvero una cultura della legalità e dell'etica pubblica, insieme ad un sistema di controllo preventivo e successivo tale da realizzare un filtro sempre più stretto verso eventuali tentativi di comportamenti illeciti. A seguito della entrata in vigore dell'art. 6 del D.lgs 9/6/2021 n. 80 Il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza ai sensi del DPR 81/22 viene assorbito dal PIAO nella apposita sezione.

c) L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa, costituita con l'art. 8 della L.R. 14 aprile 2009 n. 5, è dotata di personalità giuridica pubblica, ed ha la propria sede legale in Corso Gelone n. 17 Siracusa. Il rappresentante legale pro-tempore è dal 1/1/2023 e fino al 31/01/2024 o comunque sino alla nomina dei Direttori Generali, il Dr. Salvatore Lucio Ficarra, in qualità di Commissario Straordinario, giusto D.A. n. 53 del 29/12/2022 e D.A. 01/2023 del 2.1.2023 e successivo D.A. n. 32/2023/Gab del 27/10/2023, coadiuvato dal Direttore Sanitario Aziendale, Dr Salvatore Madonia, nominato con atto deliberativo n. 1346 del 6/11/2023 e n. 1350 del 7/11/2023 e dal Direttore Amministrativo Aziendale Dott. Salvatore Lombardo giusta delibera n. 1092 del 22/8/2022 e n. 1281 del 3/10/2022.

## CONTESTO

L'ambito territoriale dell'Azienda coincide con il territorio della provincia di Siracusa suddiviso in 21 Comuni con una popolazione complessiva di circa 386.071 abitanti.

L'Azienda è suddivisa in quattro distretti sanitari (Siracusa, Augusta, Lentini e Noto inclusi n. 2 sub-distretti Pachino e Palazzolo Acreide) e comprende i Presidi Ospedalieri "Umberto I" e "Alessandro Rizza" di Siracusa, di Augusta, di Lentini e quello riunito di Avola-Noto comprendente due stabilimenti.

Il valore di assegnazione provvisoria del per l'anno 2022 è di circa Euro 672.048.000,00

Gli atti fondamentali dell'ASP di Siracusa sono:

- a) L' Atto aziendale adottato con deliberazione n. 1006 del 30.12.2020 ed approvato con D.A. n. 163 del 5.03.2020;
- b) La Dotazione organica e il Piano del Fabbisogno 2021/2023 approvato con D.A. n.1497 del 31/12/2021 pubblicato in GURS n. 3 del 21/1/2022 e conseguenziale deliberazione del Direttore Generale dell'Asp di Siracusa di presa d'atto n.165 del 8/02/2022

L'Azienda è inoltre articolata in dipartimenti funzionali aziendali (Dipartimento Ospedalità e del Farmaco, Dipartimento Amministrativo, Dipartimento assistenza distrettuale integrazione socio-sanitaria) e dipartimenti strutturali aziendali (Dipartimento prevenzione, Dipartimento prevenzione veterinaria, Dipartimento salute mentale), Dipartimenti funzionali ospedalieri (n. 7 dipartimenti), Unità operative Complesse (UOC), Unità operative semplici dipartimentali (UOSD) ed infine Unità operative semplici (UOS), individuandone i vari livelli di responsabilità.

Il personale in organico ammonta a 3117 unità di cui dirigente dipendente delle varie aree ed equiparato circa 776 unità, mentre il personale non dirigente ed equiparato circa 2341 unità. Il personale è distribuito sui vari presidi ospedalieri, distretti, Unità operative complesse e semplici negli uffici centrali e nelle unità periferiche allocate in quasi tutti i 21 comuni della provincia di Siracusa.

## ART.2 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E INTERNO

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

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

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

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

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

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

Giova sottolineare alla data del 31/12/2023 ha proceduto ad azzerare le criticità nelle liste di attesa derivanti dall'emergenza sanitaria COVID 19 derivante dalla sospensione delle prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere.

### **ART.3 RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA. RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE. RESPONSABILE RASA E GESTORE ANTIRICICLAGGIO.**

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

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

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

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

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

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

- in caso di commissione, all'interno dell'Azienda, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il Responsabile della prevenzione della corruzione è chiamato a rispondere ai sensi dell'art.21 del decreto legislativo 30.3.2001, n.165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che

per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:

- a) di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il piano della prevenzione della corruzione e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 dell'art.1 della Legge n. 190/2012;
- b) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano e di avere sottoposto alla Direzione Aziendale proposte e suggerimenti su specifiche criticità di cui sia venuto a conoscenza.

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

Il responsabile del piano anticorruzione cura, anche attraverso le disposizioni del piano, che nell'Azienda, siano rispettate le disposizioni del decreto sulla inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario Aziendale (determina ANAC n. 149/2014 en. 833 del 3 agosto 2016), nonché dei Dirigenti Amministrativi (art. 20 comma 1 -2-3 d.lgs 39/2013) e provvede all'obbligo di pubblicazione delle predette dichiarazioni nella sezione Amministrazione Trasparente.

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

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

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

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

La Direzione strategica individuerà una struttura organizzativa di supporto alle funzioni sopra descritte, adeguata per qualità del personale e munita di risorse tecnologiche, da porre alle effettive dipendenze dell'operato degli stessi per le attività di competenza (ufficio di supporto), così come previsto già dagli aggiornamenti dei PNA e dal precedente aggiornamento triennale al piano aziendale, nonché promuoverà un apposito nucleo sinergico, da istituirsi con deliberazione, costituito oltre che dal RPC dal Responsabile del controllo di gestione, dal Responsabile Internal audit e dal Risk Manager.

#### **ART.4 DEFINIZIONE DI CORRUZIONE**

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

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

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

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

#### **ART.5 CONTENUTI DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA**

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

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

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

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

#### **ART.6 OBBLIGHI INFORMATIVI**

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

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

## ART. 7 INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITÀ AD ELEVATO RISCHIO DI CORRUZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

- ❖ **Area di attività Dipartimento salute mentale:** ricovero in strutture private esterne, liquidazioni
- ❖ **Area di attività delle Dipendenze**
- ❖ **Area di attività della Formazione e aggiornamento professionale:** eventi sponsorizzati
- ❖ **Area di attività della Neuropsichiatria infantile**
- ❖ **Area delle attività di gestione RSA:** arruolamento dei pazienti;
- ❖ **Direzioni Amministrative di Presidio**

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

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

- Procedure operative e/o prassi che, compatibilmente con le risorse a disposizione e la competenza professionale necessaria, disciplinino le modalità di rotazione del personale addetto alle aree a rischio con esclusione delle figure infungibili;

- Procedure operative e/o prassi che assicurino l'applicazione concreta del codice di comportamento dei dipendenti dell'amministrazione ed attivi le connesse responsabilità disciplinari
- Procedure operative finalizzate alla disciplina in forma organica, nel rispetto del principio dell'accessibilità totale, degli obblighi di trasparenza e pubblicità previsti dalla nuova normativa sull'accesso civico e civico generalizzato a tutti gli atti dell'Azienda.

#### **ART.8 ADOZIONE DI MECCANISMI DI FORMAZIONE, ATTUAZIONE E CONTROLLO DELLE DECISIONI**

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

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

#### **ART. 9 INDIVIDUAZIONE, VALUTAZIONE E CONTROLLO DEL RISCHIO.**

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

I Responsabili delle articolazioni aziendali provvedono:

-alla mappatura dei processi, alla descrizione e valutazione dei rischi secondo una gradualità (alto/medio/basso) in relazione ai possibili danni erariali e di immagine aziendale derivanti da comportamenti corruttivi, nonché alla individuazione delle misure di prevenzione specifiche/generali/trasversali anche mutuando quanto previsto dal nuovo PNA La mappatura dei processi nel 2023 è stata attuata nel rispetto del Regolamento aziendale approvato con atto deliberativo n. 190 del 20 ottobre 2017 "Regolamento sulla rotazione del personale nelle aree a rischio di corruzione".

-alla verifica dell'attuazione del Piano e della sua idoneità in relazione all'Ufficio diretto;

-alla proposta di modifiche ed integrazioni del Piano che si rendano necessarie o utili in relazione al verificarsi di significative violazioni, a mutamenti organizzativi o istituzionali o nell'attività dell'Azienda o altri eventi significativi in tal senso;

-alla verifica dell'effettiva rotazione negli incarichi all'interno della UO ove più elevato sia il rischio di corruzione compatibilmente con l'organico aziendale. Si da atto che la Direzione strategica aziendale ha proceduto alla rotazione dei direttori delle Unità Operative Complesse amministrative dell'Area PTA già nel 2021 tenendo conto delle strutture a rischio corruttivo, con il precipuo scopo di evitare che possano

consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta delle attività connesse ai processi amministrativi ed evitare che il medesimo soggetto tratti lo stesso tipo di procedimento per lungo termine, relazionandosi con i medesimi utenti.

Nel 2023 per naturale avvicendamento per quiescenza o per conferimento di nuove nomine la Direzione Generale ha provveduto alla individuazione di nuovi titolari di UOC di Strutture complesse sia nell'Area PTA che dell'Area della Dirigenza Sanità. Nell'ambito delle misure di contenimento dei rischi corruttivi, inoltre, è stata attuata nel 2023 la rotazione dei Direttori delle UU.OO.CC. Direzione Amministrativa Area Territoriale e Direzione Coordinamento Uffici di Staff.

Inoltre, con deliberazione n. 480 del 1.4.2022 "Adempimenti preliminari alla rotazione dei Direttori di UOC Area PTA ex legge 190/2012 e s.m.i la Direzione generale ha provveduto all'allineamento delle scadenze contrattuali dei titolari di incarichi apicali dell'Area PTA.

- all'individuazione delle attività e dei dipendenti maggiormente esposte al rischio di corruzione;
- al monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- ad assicurare il rispetto degli obblighi di informazione del Responsabile della prevenzione della corruzione;
- a provvedere affinché l'organizzazione della struttura/servizio/ufficio sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto.

I Responsabili delle articolazioni aziendali provvedono in particolare a:

- vigilare sull'assenza di situazioni di incompatibilità a carico dei dipendenti;
- rispettare le disposizioni in materia di trasparenza;
- all'adozione delle misure necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti, in caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel Piano triennale;
- all'adozione di misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di incompatibilità degli incarichi anche successivamente alla cessazione del servizio o al termine dell'incarico (nuovo comma 16 ter dell'articolo 53 del D.Lgs. n.165 del 2001);
- all'adozione di misure di verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni, così come modificate dal comma 42 della legge n.190;
- all'effettiva implementazione ed attuazione delle misure di prevenzione specifiche e generali individuate nel Piano e, nello specifico, nella mappatura dei processi della UO diretta così come aggiornata negli allegati a questo PTPCT ovvero in quello precedente 2017-2018-2019.

Al fine di prevenire e controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione il Responsabile della prevenzione della corruzione in qualsiasi momento può richiedere ai Responsabili cui afferiscono i

dipendenti che hanno istruito e/o adottato il provvedimento finale di dare per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche che sottendono all'adozione del provvedimento.

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

#### **ART. 10 DICHIARAZIONE DI INCOMPATIBILITÀ E INCONFERIBILITÀ DEL DIRETTORE GENERALE, DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO E DEL DIRETTORE SANITARIO E DELLA DIRIGENZA TECNICO-AMMINISTRATIVA. MISURA DI PREVENZIONE OBBLIGATORIA**

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

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

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

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

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

#### **ART.11 ADOZIONE DEI MODELLI PER LA DICHIARAZIONE DI PUBBLICA ATTIVITÀ/ RELAZIONI/INTERESSI. MISURA DI PREVENZIONE OBBLIGATORIA E TRASVERSALE.**

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

**Questa circostanza permette alle organizzazioni sanitarie di operare potendo contare su un'autenticazione informata e competente. In realtà, a ben guardare, data la complessità del sistema**

**sanitario, il patrimonio di relazioni ed esperienze dei singoli professionisti costituisce un valore aggiunto della componente clinica di un'organizzazione pubblica.**

I dirigenti delle aree sopra richiamate provvedono alla compilazione on-line con cadenza annuale e la compilazione costituirà una misura di prevenzione generale, obbligatoria e trasversale. Per tutto il personale dipendente a qualsiasi titolo, e comunque sino a quando non sarà operativa la raccolta dei dati sul modello AGENAS, è adottato un modello di dichiarazione del conflitto di interessi (su quanto indicato nei vigenti regolamenti disciplinari e di comportamento aziendale distinti per Area di appartenenza del dipendente pubblicati nella sezione Regolamenti del sito internet aziendale al seguente link <http://www.asp.sr.it/default.asp?id=426&mnu=426>) che viene compilato e sottoscritto annualmente su richiesta di ciascun dirigente delle varie articolazioni aziendali, rimanendo quest'ultimo responsabile della mancata raccolta e successiva valutazione formale (tracciabile) dei casi. I responsabili dei vari organi collegiali, commissioni, collegi in seno all'Azienda, provvedono alla puntuale raccolta delle dichiarazioni sui conflitti interessi in occasione di ogni seduta qualora ritenuto opportuno dalla tipologia di convocazione (ad es. diversità dei soggetti o della pratica da esaminare).

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

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

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

#### **ART. 11 – BIS REGOLAMENTAZIONE ACCESSO PORTATORI DI INTERESSI – MISURA DI PREVENZIONE ULTERIORE E TRASVERSALE**

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

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

#### **ART. 12 AGGIORNAMENTO CODICE DI COMPORTAMENTO**

E' stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 150 del 29 giugno 2023, il Decreto del Presidente della Repubblica 13 giugno 2023, n. 81, con il quale è stato emanato un nuovo Regolamento che contiene le

modifiche al Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR 62 del 16 aprile 2013 recante: «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165».

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

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

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

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

La revisione del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici prevista dalla norma in oggetto, ha teso a rafforzare l'azione dell'ASP di Siracusa nel perseguire la strada tracciata per una riforma della P.A. basata sull'efficienza sul capitale umano, rendendo efficace, in materia di rischi e di controlli, la promozione e la realizzazione dell'obiettivo strategico dell'adeguamento a leggi, regolamenti, direttive, e procedure.

#### **ART.13 RUOLO STRATEGICO DELLA FORMAZIONE DEI DIPENDENTI. MISURA DI PREVENZIONE OBBLIGATORIA E TRASVERSALE.**

Nel dicembre 2022 presso la UOS Formazione Permanente, su richiesta del RPC, è stata svolta, in house, una specifica attività formativa atta a rafforzare la consapevolezza delle figure professionali (direttori di Struttura Complessa e Semplice e operatori sanitari operanti in Azienda con contratti di lavoro a T.D.) per i

quali, in ordine alla complessità del rischio corruttivo associato alle attività da loro svolte, si reputa necessario e fondamentale avviare tale processo.

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

Nell'ambito del piano formativo anno 2024 sono state comunque previste le iniziative da realizzare nel contesto del piano di prevenzione della prevenzione della corruzione e della trasparenza, in corso di realizzazione.

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

Sarà cura del Responsabile della Prevenzione della corruzione e del Responsabile della Trasparenza, di concerto con il Responsabile dell'Ufficio Formazione e con i Direttori delle strutture aziendali, rinnovare per il corrente anno 2024 l'attività formativa in materia per aree di rischio attraverso il coinvolgimento dei dipendenti

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

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

Ed inoltre per il presente anno 2024 il Responsabile della Prevenzione della Corruzione promuoverà attraverso l'UOS Formazione Permanente azioni di maggiore formazione in materia da realizzare su tre livelli:

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

#### **ART.14 MONITORAGGIO E CONTROLLO SULL'ASSENTEISMO. MISURA DI PREVENZIONE OBBLIGATORIA E TRASVERSALE.**

Al fine di prevenire situazioni di assenteismo tra il personale dipendente, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, adottano misure di verifica casuali e periodiche finalizzate ad accertare l'effettiva presenza fisica dei propri addetti sul posto di lavoro. Del periodico monitoraggio viene

data evidenza alla UOC Gestione Risorse Umane e al RPC. Ovviamente rimane obbligatoria la cd. timbratura tramite scheda magnetica (badge) presso la sede di servizio assegnata

#### **ART.15 PROTOCOLLI DI LEGALITÀ/PATTI DI INTEGRITÀ - MISURA DI PREVENZIONE OBBLIGATORIA E TRASVERSALE**

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

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

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

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

#### **ART. 16 DECORRENZA E SCADENZA DEI TERMINI PER PROCEDURE DI RECLUTAMENTO DI PERSONALE E DI APPROVVIGIONAMENTO DI BENI, SERVIZI E AFFIDAMENTO LAVORI, DI ALIENAZIONI DI IMMOBILI AZIENDALI E LOCAZIONI ATTIVE E PASSIVE. MISURA OBBLIGATORIA TRASVERSALE**

Al fine di assicurare la più ampia partecipazione dei soggetti, (interni ed esterni, persone fisiche e giuridiche), alle procedure pubbliche di reclutamento di personale a qualsiasi titolo, e alle procedure di approvvigionamento di beni e servizi e affidamento lavori, i termini di decorrenza e di scadenza, ovvero anche solo uno dei termini, non potranno cadere nel periodo compreso tra il 1 agosto e il 31 agosto del medesimo anno. La deroga può essere consentita solo per imprevedibili ed improvvise esigenze di urgenza, da motivarsi adeguatamente ed espressamente nel provvedimento di indizione (bando, concorso ed avviso etc.). All' applicazione della misura, obbligatoria e trasversale, sono tenuti tutti i Responsabili delle varie articolazioni aziendali che propongono tali procedure (UOC Tecnico, UOC Provveditorato, UOC Gestione Risorse Umane, UOC Economico Patrimoniale, UOC Affari Generali, UOS Servizio Legale etc.).

#### **ART. 17 PANTOUFLAGE**

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

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

concessione di vantaggi o utilità al privato, come autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **ART. 18 PROCEDURA DI INDIVIDUAZIONE COMPONENTI COLLEGI, COMMISSIONI ETC... - MISURA OBBLIGATORIA E TRASVERSALE**

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

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

#### **ART. 19 REGOLAMENTO SUL CONFERIMENTO DEI PATROCINI LEGALI E REGOLAMENTO SUL CONTROLLO ANTIRICICLAGGIO**

E' stato adottato un apposito regolamento per l'affidamento dei patrocini legali a professionisti esterni in ossequio alla determina ANAC n. 12/2018 e alla direttive regionali in materia. E' stato adottato dal Responsabile antiriciclaggio apposito regolamento in materia, pubblicato sul sito web aziendale nella pagina di riferimento.

#### **ART. 20 PARTECIPAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE AD ATTIVITÀ FORMATIVE ESTERNE CON SPESE A CARICO DI SOGGETTI TERZI**

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

#### **ART. 21 WHISTLEBLOWING: TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNALE ILLECITI. MISURA DI PREVENZIONE OBBLIGATORIA E TRASVERSALE**

Il Whistleblowing è un fondamentale strumento di compliance aziendale, tramite il quale i dipendenti dell'Asp di Siracusa oppure terze parti (per esempio un fornitore o un cliente) di un'azienda possono segnalare, in modo riservato e protetto, eventuali illeciti riscontrati durante la propria attività accedendo alla piattaforma in forma anonima e riservata. Alla luce del Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24 che recepisce in Italia la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano illeciti ed in vigore dal 15/07/2023, Transparency

International Italia e Whistleblowing Solutions hanno apportato alcune modifiche alla piattaforma WhistleblowingPA in modo che sia conforme alle disposizioni previste dalla nuova normativa. Nel sito internet aziendale, in evidenza nella home page, è stata creata una sezione dedicata nella quale è fruibile la piattaforma nonché la normativa di riferimento, le novità introdotte dal d.lgs n. 24/2023 attuativo della direttiva europea n. 1937/2019, l'informativa whistleblowing, il modello per la segnalazione di condotte illecite e l'accordo in merito al trattamento dei dati personali.

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

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

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

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

#### **ART. 22 SEGNALAZIONE ILLECITI DALLA SOCIETÀ CIVILE. MISURA DI PREVENZIONE TRASVERSALE E ULTERIORE**

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

Rimane la responsabilità e le conseguenze per calunnia o diffamazione.

#### **ART. 23 ROTAZIONE DEGLI INCARICHI DEI DIRIGENTI E CRITERI ROTAZIONE DEL PERSONALE. MISURA DI PREVENZIONE OBBLIGATORIA E TRASVERSALE**

Il Direttore/Responsabile di ufficio, dandone obbligatoria evidenza al Responsabile per la prevenzione della corruzione, procede alla rotazione (cd. funzionale) all'interno della propria UO dei dipendenti coinvolti nella istruttoria e/o attività a ad elevato rischio di corruzione (responsabili del procedimento), compatibilmente con l'organico assegnato e la capacità e competenza del personale assegnato e, in caso di impossibilità di rotazione ritenuta necessaria e utile, dà evidenza alla Direzione strategica per le possibili rotazioni tra UUOO.

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

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

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

#### **ART. 24 TRASPARENZA E INTEGRITÀ. TRASPARENZA DEGLI ATTI: ACCESSO CIVICO E ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO. MISURA DI PREVENZIONE STRATEGICA, OBBLIGATORIA E TRASVERSALE**

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

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

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

## **ART. 25 MONITORAGGIO DEI RAPPORTI TRA L'AZIENDA E I SOGGETTI CON I QUALI HA RAPPORTI AVENTI RILEVANZA ECONOMICA. MISURA DI PREVENZIONE OBBLIGATORIA**

I Responsabili delle articolazioni aziendali provvedono a monitorare i rapporti tra l'Azienda e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando o indagando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione, attraverso appositi moduli da somministrare ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni e ai fornitori in relazione agli importi economici in gioco.

In caso di conflitto di interessi dovranno essere attivati meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art.6 bis Legge n.241/90 e s.m.i. del personale in conflitto.

Con cadenza almeno annuale deve essere data evidenza al Responsabile per la prevenzione della corruzione.

### **Art. 26 PNRR**

#### **RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA – PIAO 2024 - 2026**

##### **Rischi Corruttivi e Trasparenza nel Contesto degli Investimenti PNRR**

Nel contesto attuale del settore sanitario, caratterizzato da sfide e opportunità emergenti, la gestione dei rischi corruttivi e la promozione della trasparenza assumono un ruolo cruciale. L'ASP di Siracusa, nell'ambito del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026, si impegna a consolidare un approccio proattivo contro la corruzione, specialmente nell'ambito degli investimenti finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Questi investimenti rappresentano un'opportunità significativa per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari, ma introducono anche potenziali rischi corruttivi che necessitano di essere attentamente gestiti.

In quest'ottica, l'adozione di politiche e pratiche di anticorruzione diventa un elemento fondamentale per garantire l'integrità e la trasparenza nell'uso dei fondi pubblici. I rischi corruttivi possono manifestarsi in diverse forme, tra cui la gestione inappropriata di fondi e risorse, irregolarità nelle procedure di approvvigionamento e di assegnazione delle gare d'appalto, nonché conflitti di interesse nel processo decisionale. Tali rischi sono amplificati dalla complessità delle reti di fornitura e dalla quantità significativa di transazioni finanziarie che caratterizzano il settore.

Per mitigare questi rischi, le aziende sanitarie devono implementare un solido sistema di controlli interni. Questo sistema include la mappatura dei processi, l'identificazione delle aree a rischio e la definizione di protocolli chiari e trasparenti. È essenziale inoltre che vengano istituiti meccanismi di segnalazione e che si promuova una cultura organizzativa basata sull'integrità e la responsabilità. Le politiche di anticorruzione devono essere integrate in tutti i livelli organizzativi e devono essere accompagnate da formazione continua e aggiornamento per i dipendenti. Inoltre, l'interazione con i fornitori e gli altri stakeholder deve essere regolamentata da codici etici e da accordi di integrità, al fine di garantire la massima trasparenza e

imparzialità nelle relazioni esterne. La vigilanza e il monitoraggio costante, uniti all'applicazione di sanzioni in caso di non conformità, completano il quadro delle misure anticorruzione. Tutto ciò contribuisce a creare un ambiente in cui la probabilità di corruzione è ridotta e la fiducia nel sistema sanitario viene rafforzata. Un elemento chiave nella gestione dei rischi corruttivi è rappresentato dalla tracciabilità dei fondi. È essenziale che ogni spesa venga accuratamente documentata e che esistano sistemi di monitoraggio e verifica per assicurare che i fondi vengano utilizzati esclusivamente per gli scopi previsti. Inoltre, è importante promuovere la cultura dell'integrità e della responsabilità, incoraggiando la segnalazione di eventuali irregolarità e garantendo la protezione dei whistleblower.

Infine, la collaborazione e il coordinamento con gli organi di controllo nazionali e regionali, come l'ANAC e gli enti di revisione, sono fondamentali per garantire una supervisione efficace e per condividere le migliori pratiche nella gestione dei rischi corruttivi associati agli investimenti PNRR. Attraverso queste misure, l'Asp di Siracusa può assicurare che gli investimenti del PNRR siano gestiti con integrità, contribuendo così a rafforzare la fiducia del pubblico nel sistema sanitario.

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

Mappatura progetti finanziati con fondi PNRR - UOC SIFA e CdG

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

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

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

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

CUP	Presidio Ospedaliero	CIG AQ	CIG derivato	Intervento - Titolo AQ - Convenzioni -	Numero Lotto	Fabbisogno da delibere aziendali (IVA inclusa)	RUP	DEC	Avviato
J51F23000270006		876560888C	A038E210BB	Accordo Quadro Consip "Sanità Digitale 1" - Adozione piattaforma PagoPA	Lotto 4	501.922,03 €	Dott. Ing. Marco Garro	Dott. Ing. Stefano Salemi	Si
J31F22001660006			9851900D0F	Adozione APP IO		14.000,00 €	Dott. Ing. Santo Pettignano	Dott. Ing. Marco Garro	Completato

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

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

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

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

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

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

Mappatura progetti finanziati con fondi PNRR - UOC PROVVEDITORATO

Fonte finanziamento: Missione 6 "Salute", Componente 2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale - 1.1.- Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - 2. Grandi Apparecchiature

CUP	Presidio Ospedaliero	CIG AQ	CIG derivato	Intervento - Titolo AQ - Convenzioni -	Numero Lotto	Fabbisogno da delibere aziendali (IVA inclusa)	RUP	DEC	Avviato
J69I22000020006	P.O. Lentini	8089239B30	A04732C3DC	TAC a 128 strati-Radiologia	Lotto 2	530.000,00 €	Dott. Ruggero Di Francesco	Dott. Giuseppe Capodice	SI
J89I22000080006	P.O. Trigona - Noto	8089239B30	A047341530	TAC a 128 strati-Radiologia	Lotto 2	530.000,00 €			SI
J39I22000020006	P.O. Umberto I - SR	9245030819	95012317DA	Gamma Camera-Medicina Nucleare	Lotto 1	530.000,00 €			SI
J39I22000040006	P.O. Umberto I - SR	79284560DF	94195098B9	Mammografo-Radiologia	Lotto unico	300.000,00 €			SI
J39I22000030006	P.O. A. Rizza - SR	79284560DF	941956354A	Mammografo-Radiologia	Lotto unico	300.000,00 €			SI
J39I22000190006	P.O. Di Maria - Avola	79284560DF	9420358558	Mammografo-Screening	Lotto unico	300.000,00 €			SI
J79I22000030006	Priolo Gargallo	79284560DF	94203720E7	Mammografo-Screening mammograf.	Lotto unico	300.000,00 €			SI
J59I22000030006	P.O. Muscatello-Augusta	79284560DF	9420347C42	Mammografo-Radiologia	Lotto unico	300.000,00 €			SI
J89I22000070006	P.O. Trigona - Noto	79284560DF	9419585771	Mammografo-Radiologia	Lotto unico	300.000,00 €			SI
J59I22000150006	P.O. Di Maria - Avola	79284560DF	9420384ACB	Mammografo-Screening mammograf.	Lotto unico	300.000,00 €			SI
J79I22000120006	Priolo Gargallo	79284560DF	9420407DC5	Mammografo-Screening	Lotto unico	300.000,00 €			SI
J39I22000050006	P.O. A. Rizza - SR	90017016A8	93893619CE	Ecotomografo-Radiologia	Lotto 2	90.000,00 €			SI
J39I22000020006	P.O. A. Rizza - SR	90017016A8	9389353336	Ecotomografo-Screening mammograf.	Lotto 2	90.000,00 €			SI
J79I22000040006	Priolo Gargallo	90017016A8	93893321E2	Ecotomografo-Screening mammograf.	Lotto 2	90.000,00 €			SI
J69I22000060006	P.O. Di Maria - Avola	8089239B30	A0473E2A0B	R.M.N. a 1,5 Tesla-Radiologia	Lotto 1	900.000,00 €	SI		

**Mappatura progetti finanziati con fondi PNRR - UOC TECNICO**

Fonte finanziamento: Missione 6 "Salute", Componente 2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale - Investimento 1.2 - Verso un ospedale sicuro e sostenibile

CUP	Presidio Ospedaliero	CIG AQ	CIG derivato	Intervento - Titolo AQ - Convenzioni -	Numero Lotto	Fabbisogno da delibere aziendali (IVA inclusa)	RUP	DLL	Avviato
J31B22000690001	Siracusa Umberto I	974785586A	A00FF3AF6E	Ospedale Sicuro	AQ 2 - LOTTO B (CT-RG-SR)	15.616.211,00 €	Rosario Brecci	Esterni all'amministrazione	Si
J31B22000700001	Siracusa Rizza	974785586A	A00FFD4E84	Ospedale Sicuro	AQ 2 - LOTTO B (CT-RG-SR)	4.738.497,00 €	Rosario Brecci		Si
J61B22001300001	Avola	97482026C5	A00FE0B566	Ospedale Sicuro	LOTTO B (CT-RG-SR)	13.791.686,22 €	Rosario Brecci		Si
J81B22001900001	Noto	9747342115	A0130D5EFA	Ospedale Sicuro	LOTTO B (CT-RG-SR)	14.000.000,00 €	Rosario Brecci		Si
J51B22000770001	Augusta	9747342115	A0152C8308	Ospedale Sicuro	LOTTO B (CT-RG-SR)	4.566.352,06 €	Pietro Cavallo		Si

Fonte finanziamento: Missione 6 "Salute", Componente 1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale Investimento 1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona

CUP	Presidio Ospedaliero	CIG AQ	CIG derivato	Intervento - Titolo AQ - Convenzioni -	Numero Lotto	Fabbisogno da delibere aziendali (IVA inclusa)	RUP	DLL	Avviato
J38I22000100001	Siracusa Spoke	974785586A	A0113B3474	Casa Della Comunità	AQ 2 - LOTTO B (CT-RG-SR)	1.789.605,62 €	Salvatore Cancemi	Esterni all'amministrazione	Si
J37H22001130001	Siracusa Hub	974785586A	A01357E77B	Casa Della Comunità	AQ 2 - LOTTO B (CT-RG-SR)	2.867.975,15 €	Francesco Tinè		Si
J11B22001520001	Palazzolo Acreide	974785586A	A00F621D7B	Casa Della Comunità	AQ 2 - LOTTO B (CT-RG-SR)	1.233.273,00 €	Francesco Tinè		Si
J49J22001720001	Floridia	9747342115	A00F7DA989	Casa Della Comunità	LOTTO B (CT-RG-SR)	1.443.596,00 €	Francesco Tinè		Si
J87H22001060001	Noto	9747342115	A0135209E8	Casa Della Comunità	LOTTO B (CT-RG-SR)	1.283.273,00 €	Giuseppe Gallo		Si
J97H22001360001	Pachino	9747342115	A00F929DDB	Casa Della Comunità	LOTTO B (CT-RG-SR)	1.443.596,00 €	Emerenziana Cultrera		Si
J67H22001180001	Avola	974785586A	A0100A2885	Casa Della Comunità	LOTTO B (CT-RG-SR)	1.443.596,00 €	Paolo Antonuccio		Si
J67H22001150001	Lentini	9747342115	A010C3018C	Casa Della Comunità	LOTTO B (CT-RG-SR)	2.500.000,00 €	Gino Cavallo		Si
J21B22000860001	Rosolini	9747342115	A010472DEF	Casa Della Comunità	LOTTO B (CT-RG-SR)	1.837.773,00 €	Gino Cavallo		Si
J57H22000650001	Francofonte	9747342115	A010B06B9E	Casa Della Comunità	LOTTO B (CT-RG-SR)	1.443.596,00 €	Gino Cavallo		Si
J57H22000660001	Augusta	9747342115	A010A710AC	Casa Della Comunità	LOTTO B (CT-RG-SR)	1.526.112,82 €	Pietro Cavallo		Si
J74E22000610001	Mellilli	9747342115	A010A4F49C	Casa Della Comunità	LOTTO B (CT-RG-SR)	1.233.273,00 €	Salvatore Giliberto		Si

Fonte finanziamento: Missione 6 "Salute", Componente 1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale Investimento 1.2.2 - Centrali operative territoriali (COT)

CUP	Presidio Ospedaliero	CIG AQ	CIG	Intervento - Titolo AQ - Convenzioni -	Numero Lotto	Fabbisogno da delibere aziendali (IVA inclusa)	RUP	DLL	Avviato
J37H22001170001	Siracusa	-	9570546866	Centrale Operativa Territoriale	-	169.254,00 €	Francesco Tinè	Esterni all'amministrazione	Si
J87H22001070001	Noto	-	9571606325	Centrale Operativa Territoriale	-	169.254,00 €	Giuseppe Gallo		Si
J67H22001170001	Lentini	-	9680653792	Centrale Operativa Territoriale	-	285.000,00 €	Gino Cavallo		Si
J51B22000970001	Augusta	-	96808309A2	Centrale Operativa Territoriale	-	253.122,05 €	Pietro Cavallo		Si

Fonte finanziamento: Missione 6 "Salute", Componente 1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale Investimento 1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

CUP	Presidio Ospedaliero	CIG AQ	CIG derivato	Intervento - Titolo AQ - Convenzioni -	Numero Lotto	Fabbisogno da delibere aziendali (IVA inclusa)	RUP	DLL	Avviato
J87H22001050001	Noto	9747342115	A013506475	Ospedale Della Comunità	LOTTO B (CT-RG-SR)	2.566.393,00 €	Giuseppe Gallo	Esterni all'amministrazione	Si
J92C22000550001	Augusta	9747342115	A00FB5370A	Ospedale Della Comunità	LOTTO B (CT-RG-SR)	2.679.165,75 €	Emerenziana Cultrera		Si
J67H22001130001	Lentini	9747342115	A0105078E6	Ospedale Della Comunità	LOTTO B (CT-RG-SR)	1.272.330,00 €	Emerenziana Cultrera		Si
J87H22001010001	Siracusa Rizza	974785586A	A0103DE3D0	Ospedale Della Comunità	LOTTO B (CT-RG-SR)	2.566.393,00 €	Vincenzo Rizza		Si

**MISURE DI PREVENZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI, OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI**

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

- Implementazione di Procedure di Controllo Rigorose: la prima linea di difesa contro la corruzione è l'adozione di procedure di controllo interno rigorose. Questo implica la mappatura accurata dei processi, l'identificazione delle aree a rischio e la definizione di protocolli trasparenti.

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

L'implementazione delle misure anticorruzione nell'Asp di Siracusa, in particolare quelle collegate agli investimenti PNRR, ha l'obiettivo di garantire l'integrità e la trasparenza delle operazioni, oltre a promuovere una cultura organizzativa basata sull'etica e la responsabilità. La realizzazione di questi obiettivi si traduce in una serie di risultati che migliorano sia la gestione interna dell'ente sia la fiducia pubblica nel sistema sanitario.

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

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

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

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

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

Le misure adottate nell'ambito del PIAO 2024-2026 per contrastare i rischi in particolare riguardo agli investimenti PNRR, rappresentano passi significativi verso un futuro più trasparente e integro. Queste azioni hanno gettato le basi per una gestione più etica e responsabile, essenziale per guadagnare e mantenere la fiducia del pubblico nel sistema sanitario.

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

#### **ART. 27 DECRETO LEGISLATIVO N. 36 DEL 31 MARZO 2023 "CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI IN ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 1 DELLA LEGGE 21 GIUGNO 2022, N. 78, RECANTE DELEGA AL GOVERNO IN MATERIA DI CONTRATTI PUBBLICI"**

Questa Azienda nel corso dell'anno 2023 è stata e lo sarà anche nell'anno 2024, soggetta alle recenti novità normative discendenti dal Decreto legislativo n. 36 del 31 marzo 2023 "Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici"

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **ART. 28 A.L.P.I.**

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

In merito alle Prestazioni in regime di ALPI e alle misure di prevenzione e correttive in materia di Anticorruzione il Responsabile dell'Ufficio di Coordinamento ALPI ha prodotto, sulla scorta della richiesta

effettuata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione giusta nota prot. n. 4656 del 12/1/2024, una dettagliata relazione sui controlli previsti dal vigente Regolamento Aziendale, riferiti alle misure di prevenzione dei rischi sia nella fase autorizzativa che in quella di svolgimento effettivo delle attività di cui si descrive di seguito il processo.

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

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

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

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

In particolare:

-in caso di volumi di attività istituzionale e tempi di attesa superiori a quelli concordati nell'ambito del processo di budget si procede come segue:

- a) diffida formale al Dirigente a riportare, entro un dato termine, i volumi di attività nei limiti concordato;

b) in caso di comportamenti reiterati l'ALPI viene considerata attività istituzionale fino al raggiungimento dei predetti volumi ed i relativi compensi non verranno corrisposti e confluiranno sul fondo perequativo.

Alla stessa stregua, si procede in caso di carenza di ore lavorative rese in attività istituzionale, accertata dalla competente U.O.C. Gestione Risorse Umane. In tal senso l'accertamento avviene, per singolo Dirigente, in occasione della liquidazione dei compensi, che, in tal caso vengono sospesi, fino all'adempimento di quanto prescritto in diffida.

-in caso di volumi di ALPI e liste d'attesa superiori a quelli concordati nel processo di budget:

a) diffida formale al Dirigente con invito a riportare i volumi di ALPI e i tempi di attesa nei limiti concordati entro una certa data;

b) in caso di comportamenti reiterati, sanzione pari al valore corrispondente al 50% degli emolumenti riscossi durante l'orario contestato o sospensione dell'attività per un mese.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Inoltre l'UOC Economico Patrimoniale, in sede di liquidazione mensile della quota dei proventi, spettanti ai singoli Dirigenti, provvede, in sede istruttoria, al controllo, oltre che della sussistenza dell'autorizzazione e della coerenza della stessa con la tipologia di prestazioni effettuate, anche del rispetto del tariffario delle prestazioni libero professionali.

## **SEZIONE TRASPARENZA E INTEGRITÀ**

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

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

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

di quattro strutture ospedaliere dislocate in un ambito territoriale che, diametralmente, abbraccia una distanza di quasi cento chilometri.

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

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

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

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

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

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

- Un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione
- Una gestione ottimale delle risorse pubbliche

- Un livello massimo di trasparenza, da attuare anche nelle fasi cruciali e strategiche del ciclo di gestione della performance. La trasparenza, pertanto, è intesa come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sul sito istituzionale aziendale [www.asp.sr.it](http://www.asp.sr.it).

## CONTESTO NORMATIVO

- Art. 11 del D.Lgs n. 150/2009, che definisce la trasparenza come “accessibilità totale attraverso lo strumento di pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche delle informazioni all’utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell’attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità”;
- Linee guida per i siti web della P.A. del 29 luglio 2011, previste dalla Direttiva n. 8 del 26 novembre 2009 del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l’innovazione, che prevede che i siti web delle P.A. debbano rispettare il principio della trasparenza tramite l’accessibilità totale, da parte del cittadino, alle informazioni concernenti ogni aspetto dell’organizzazione, definendo i contenuti minimi dei medesimi siti istituzionali; la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella Pubblica Amministrazione, che ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione e che, in particolare, all’art. 1, comma 15, prevede che la trasparenza dell’attività amministrativa sia assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione e individuata, al comma 16, i procedimenti che debbono essere oggetto di trasparenza per assicurare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili;
- Legge 17 dicembre 2012 n. 221, “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”, che ha poi differito al 31 marzo 2013 il termine per l’adozione del Piano della prevenzione della corruzione, ai sensi dell’art. 1, comma 8, della legge n. 190/2012;
- Delibera n. 6/2013, “Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l’annualità 2013” della CIVIT, quale Autorità Nazionale Anticorruzione, con la quale, in considerazione del rilievo della trasparenza all’interno dei Piani di prevenzione della corruzione del predetto differimento del termine per la loro adozione della delega sul riordino degli obblighi di trasparenza e al fine di evitare duplicazioni, si era riservata di intervenire successivamente, per definire il termine e le modalità di aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità e il suo coordinamento con il Piano triennale di prevenzione della corruzione;
- D.Lgs 14 marzo 2013 n. 33, recante il “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”, adottato dal Governo in attuazione della delega contenuta nella legge n. 190/2012, che costituisce la norma di rilevante impatto sull’intera disciplina della trasparenza, e costituisce il risultato conseguente ai diversi interventi normativi, che si sono seguiti nel tempo e, in particolare: Delibera CIVIT n. 50/2013 avente ad oggetto “Linee Guida per l’aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2014-2016”; Delibere CIVIT n. 71/2013, n. 77/2013, n.148/2014 e n.43/2016, in merito alle attestazioni OIV sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l’anno 2013, 2014, 2015 e 2016 e sull’attività di

vigilanza e controllo dell'Autorità; Delibera CIVIT n. 144/2014, relativa agli obblighi di pubblicazione concernenti gli organi di indirizzo politico nelle Pubbliche Amministrazioni;

- Linee Guida del Garante per la protezione dei dati personali, giusto provvedimento n. 243 del 15.5.2014 “Linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul WEB da soggetti pubblici o da altri enti obbligati”;
- D.P.C.M. 22 settembre 2014 avente ad oggetto “Definizione degli schemi e delle modalità per la pubblicazione su internet dei dati relativi alle entrate e alle spese dei bilanci preventivi e consuntivi e dell’indicatore annuale di tempestività dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni”;
- Primo rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza e integrità(AGENAS) -anno 2015;
- Legge n. 208 del 30.12.2015(Legge di stabilità 2016), art.1,commi 522 e 523:•Gli Enti del SSN assicurano la massima trasparenza dei dati di bilancio pubblicando integralmente il Bilancio di esercizio entro 60 giorni dalla data di relativa approvazione; •Gli Enti del SSN attivano un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità e pubblicano entro il 30 giugno di ogni anno i relativi esiti;
- D.Lgs. n. 97 del 25.05.2016 (F.O.I.A.) “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni”; Linee Guida ANAC (delibera n. 1310 del 28.12.2016) “Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.lgs. 33/2013 modificato da D.lgs. 97/2016”; D.Lgs. n. 50/2016 (nuovo Codice Contratti pubblici);
- Linee Guida ANAC su accesso civico (delibera n.1309 del 28.12.2016);
- Linee guida ANAC su Codici comportamento (determinazione n.358 del 29.03.2017);
- Regolamento ANAC del 16.11.2016 in materia di esercizio del potere sanzionatorio, ai sensi dell’art.47 del D.lgs. 97/2016;
- Delibera ANAC n. 1388 del 14.12.2016“Atto di segnalazione a Governo e Parlamento per la modifica art. 14 comma 1 lett. d, dell’art.41, comma 3 e dell’art. 47, comma 3, del D.Lgs. 97/2016”;
- Determinazione ANAC n. 241 del 08/03/2017 Linee guida recanti indicazioni sull’attuazione dell’art. 14 del d.lgs. 33/2013 su “Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali” come modificato dall’art. 13 del d.lgs. 97/2016 (obbligo di pubblicazione dichiarazioni reddituali e patrimoniali);
- Delibera ANAC n. 382 del 12/04/2017 e comunicato del 12.04.2017 “Sospensione dell’efficacia della delibera n. 241/2017 limitatamente alle indicazioni relative all’applicazione dell’art. 14 comma 1 lett. c) ed f) del d.lgs. 33/2013 per tutti i dirigenti pubblici, compresi quelli del SSN”;
- Comunicato ANAC del 17/05/2017 e dell’8 novembre 2017 “Chiarimenti in ordine alla pubblicazione degli emolumenti complessivi a carico della finanza pubblica percepiti dai dirigenti”;
- Atto di segnalazione al Governo e al Parlamento n. 6 del 20/12/2017, concernente la disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, contenuta nel d.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016;

- Comunicato del Presidente dell'Autorità del 07/03/2018 "Determinazione dell'8 marzo 2017 n. 241 "Linee Guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art.14 del D. Lgs. 33/2013 - Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali" come modificato dall'art. 13 del D.lgs. 97/2016 - sospensione dell'efficacia limitatamente alle indicazioni sulla pubblicazione dei dati di cui all'art. 14, comma 1-ter, ultimo periodo, del d.lgs. 33/2013";
- Deliberazione ANAC n°586 del 26 giugno 2019, ad oggetto "Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n.20 del 23 gennaio 2019";
- Deliberazione n°1064 del 13/11/2019, ad oggetto "Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019";
- Comunicato del Presidente ANAC del 4 dicembre 2019, ad oggetto "Pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali di cui all'art. 14, comma 1, lett. f), del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, dei dirigenti regionali", con il quale è stato rinviato a marzo 2020 l'avvio dei controlli sulla pubblicazione dei redditi e patrimoni dei dirigenti regionali; obblighi sospesi pure per i dirigenti sanitari di struttura complessa delle aziende sanitarie. Per ultimo, l'aggiornamento 2023 del PNA 2023 Anac pubblicato con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023.
- Deliberazione n. 601 del 19 dicembre 2023: ANAC ha aggiornato ed integrato la delibera n. 264 del 20 giugno 2023 riguardante la trasparenza dei contratti pubblici. Tale provvedimento individuava gli atti, le informazioni e i dati del ciclo di vita dei contratti pubblici, oggetto di trasparenza. L'Autorità ha fornito ulteriori e specifici chiarimenti sulle modalità di assolvimento di tali obblighi di pubblicazione e sulla cessazione della pubblicazione e trasmissione del file xml sugli appalti ai sensi dall'art. 1, co. 32, della legge 190/2012.

## PREMESSA

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

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

Il contenuto e le misure del presente Programma sono collegati con le misure e gli interventi previsti dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTCP) considerato che il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, oltre che costituire livello essenziale delle prestazioni erogate, rappresenta un valido strumento di diffusione ed affermazione della cultura del rispetto delle regole, nonché di prevenzione e di

lotta ai fenomeni corruttivi e con la programmazione strategica e operativa dell'Azienda, definita in via generale nel Piano Triennale della Performance.

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

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

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

Per tutte le Direzioni/Uffici/Settori dell'Azienda sono state attivate le caselle di posta elettronica, raggiungibili tramite link diretto: posta ordinaria:

[http://www.asp.sr.it/default.asp?id=619&mnu=619&toolbar=on,postacertificata:](http://www.asp.sr.it/default.asp?id=619&mnu=619&toolbar=on,postacertificata)

<http://www.asp.sr.it/default.asp?id=641&mnu=641d>) ed è stato creato un canale di comunicazione dedicato per i portatori d'interesse con l'istituzione della e-mail dedicata alla trasparenza: [trasparenza@asp.sr.it](mailto:trasparenza@asp.sr.it).

## **INDIVIDUAZIONE REFERENTI PER LA PUBBLICAZIONE DEI DATI/DOCUMENTI**

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

## **OBIETTIVI, INIZIATIVE E PERCORSI DI INTERAZIONE DEL PROGRAMMA**

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

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

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

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

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

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

Il Programma per la trasparenza rappresenta uno degli aspetti fondamentali della fase di pianificazione strategica all'interno del ciclo della performance e permette di rendere pubblici agli stakeholder di riferimento i programmi di attività, il loro stato di attuazione e i risultati conseguiti, con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività.

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

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

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

## **IL RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA**

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

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

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

### **L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE**

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

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

### **INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA**

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

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

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

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

i cittadini, gli stakeholder con il personale dipendente e, altresì iniziative di formazione in materia di trasparenza ed integrità per la condivisione e l'illustrazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e del programma per la trasparenza e l'integrità nonché del Piano della Performance.

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

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

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

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

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

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

## **PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA: ATTIVITÀ**

### **Attività dei Dirigenti responsabili della pubblicazione ed aggiornamento dei dati e dei Referenti per la trasparenza e per la pubblicazione.**

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

Fermo restando che la responsabilità del dato e della relativa pubblicazione non afferisce ai referenti per la pubblicazione ma ai Direttori/Responsabili individuati nell'Allegato 1 Elenco Obblighi di pubblicazione allegato al Piano aggiornato al 22/1/2024, i Referenti per la pubblicazione individuati garantiscono, insieme ai Responsabili di riferimento, il rispetto degli obblighi di pubblicazione, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale. Gli incaricati della pubblicazione ed immissione diretta sul sito, svolgeranno le loro funzioni dopo aver ottenuto il rilascio delle specifiche credenziali dal Responsabile del sito aziendale, a seguito dell'apposita formazione.

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

- sul tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge e dal presente Programma;
- sull'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'Amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità delle informazioni pubblicate. Tutti i documenti saranno pubblicati in formato di tipo aperto secondo la normativa vigente e il Responsabile del Sito vigilerà sulla regolare pubblicazione dei dati.

#### **MODALITÀ DI PUBBLICAZIONE E AGGIORNAMENTO DATI**

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

#### **Attività del Responsabile della Trasparenza e del Responsabile del Sito e Referente Aziendale per la trasparenza**

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

- comunicazioni, informazioni e disposizioni operative, emanate prioritariamente attraverso modalità semplificate (posta elettronica, ecc.)
- qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell'esercizio delle proprie prerogative di vigilanza.

Il Responsabile del Sito e Responsabile per la trasparenza espleta le proprie funzioni di coordinamento, controllo e monitoraggio sulle attività dei Referenti per la pubblicazione delle diverse UU.OO. attraverso le seguenti modalità:

- Formazione ed aggiornamento dei referenti per la pubblicazione;
- organizzazione e supervisione di specifici gruppi di lavoro;
- messa a disposizione di materiale e documentazione di specifico interesse sulla rete informativa aziendale;
- qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell'esercizio delle proprie prerogative di coordinamento, controllo e monitoraggio dell'attività dei Referenti per la trasparenza.

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

Per garantire la regolarità dei flussi informativi, il Responsabile del Sito e Responsabile della Trasparenza vigilerà sulla attività dei referenti della pubblicazione per il rispetto degli obblighi di pubblicazione e di aggiornamento nonché sulla tipologia di dati e atti pubblicati, ricadenti sui Responsabili delle Unità Operative.

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

L'attività di vigilanza sarà altresì svolta:

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

### **ACCESSO AGLI ATTI**

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

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

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

- a) all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti;
- b) all'Ufficio relazioni con il pubblico;
- c) ad altro ufficio indicato dall'amministrazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale;

d) al responsabile della trasparenza, esclusivamente nel caso in cui l'istanza abbia a oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del decreto in argomento. Il procedimento di accesso civico deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza con la comunicazione al richiedente e agli eventuali controinteressati.

Tali termini sono sospesi nel caso di comunicazione dell'istanza al controinteressato durante il tempo stabilito dalla norma per consentire allo stesso di presentare eventuale opposizione (10 giorni dalla ricezione della comunicazione). In caso di accoglimento, l'amministrazione provvede a trasmettere tempestivamente al richiedente i dati o i documenti richiesti, ovvero, nel caso in cui l'istanza riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D. Lgs. n. 33/2013, a pubblicare sul sito i dati, le informazioni o i documenti richiesti e a comunicare al richiedente l'avvenuta pubblicazione dello stesso, indicandogli il relativo collegamento ipertestuale. Laddove vi sia stato, invece, l'accoglimento della richiesta di accesso civico nonostante l'opposizione del controinteressato, l'Azienda è tenuta a darne comunicazione a quest'ultimo. I dati o i documenti richiesti possono essere trasmessi al richiedente non prima di quindici giorni dalla ricezione della stessa comunicazione da parte del controinteressato, ciò anche al fine di consentire a quest'ultimo di presentare eventualmente richiesta di riesame o ricorso al giudice amministrativo (cfr. art. 5, commi 7-9).

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

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

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

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

Le tre diverse modalità si riepilogano nella tabella in allegato (allegato1)

#### **Il Tutela dell'Accesso Civico**

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

#### **TIPOLOGIA DEI PROCEDIMENTI**

In applicazione del D.lgs 33/2013 art. 35 c.1, 2, come modificato dal dlgs 97/2016 (Obblighi di pubblicazione relativi ai procedimenti amministrativi e ai controlli sulle dichiarazioni sostitutive e l'acquisizione d'ufficio dei dati) e al D.lgs 241/90 e smi (Norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi) nella sezione "Amministrazione Trasparente – Tipologie di procedimento", con

richiamo in evidenza nella home page, l'Azienda sanitaria provinciale di Siracusa pubblica nel sito internet aziendale in tabelle, distinti per aree amministrativa, sanitaria ospedaliera e sanitaria territoriale, gli uffici ai quali rivolgersi con i rispettivi dati relativi alle tipologie di procedimento di propria competenza, ai responsabili dei procedimenti e dell'istruttoria nonché al responsabile della vigilanza della posta elettronica assegnata dal nuovo sistema di protocollazione, al nominativo del sostituto in caso di inerzia e tutte le altre informazioni previste dalla normativa.

### **OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

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

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

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

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

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

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

### **DIGITALIZZAZIONE DEI CONTRATTI PUBBLICI**

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

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

La digitalizzazione dell'intero ciclo di vita di un contratto pubblico comporta che le fasi di programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione vengano gestite mediante piattaforme di approvvigionamento digitale certificate. Di conseguenza, questa Azienda, qualora intendesse affidare un contratto di appalto o concessione, di qualunque importo, deve ricorrere alla piattaforma di approvvigionamento digitale certificata per provvedere a tale affidamento.

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

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

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

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

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

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

### **INTEROPERABILITA' DELLA BANCA DATI NAZIONALE DEI CONTRATTI PUBBLICI**

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

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

Tale processo di digitalizzazione richiede alle stazioni appaltanti, e quindi all'ASP di Siracusa, e agli enti concedenti la necessità di cambiare le modalità di svolgimento delle procedure di gara, imponendo loro, in

primo luogo, l'utilizzo di piattaforme di approvvigionamento digitale certificate e interoperabili, di cui l'ASP di Siracusa si è dotata.

### **ADEMPIMENTI LEGGE 190/2012 ART. 1, COMMA 32**

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

- Non è più prevista, per alcuna procedura contrattuale, la predisposizione del file XML e l'invio ad ANAC della PEC, entro il 31 gennaio, con indicazione del luogo di pubblicazione di detto file; di conseguenza, perdono di efficacia le relative specifiche tecniche che disciplinavano le modalità di compilazione e pubblicazione del file XML e di invio ad ANAC della dichiarazione di adempimento.

- Per i contratti conclusi entro il 2023: gli obblighi di pubblicazione dei dati in questione risultano adempiuti pubblicando nella sezione "Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti" le informazioni di cui all'art. 4 della delibera 39/2016 in formato digitale standard aperto, secondo le modalità indicate dalla stessa delibera.

- Per i contratti non conclusi entro il 2023: la trasparenza degli stessi dati già previsti dall'art. 1, co. 32 della l. 190/2012 e ora indicati nell'art. 28, co. 3 del nuovo codice, è assolta mediante comunicazione tempestiva degli stessi, cioè nell'immediatezza della loro produzione, alla BDNCP tramite SIMOG (cfr. Comunicato congiunto ANAC-MIT, delibera 582 del 13 dicembre 2023).

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

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

## SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

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

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

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

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

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

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

L'Atto Aziendale individua i seguenti dipartimenti:

### **1 Dipartimenti strutturali**

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

### **2 Dipartimenti funzionali:**

#### **A) Ambito Territoriale**

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

#### **B) Ambito Ospedaliero**

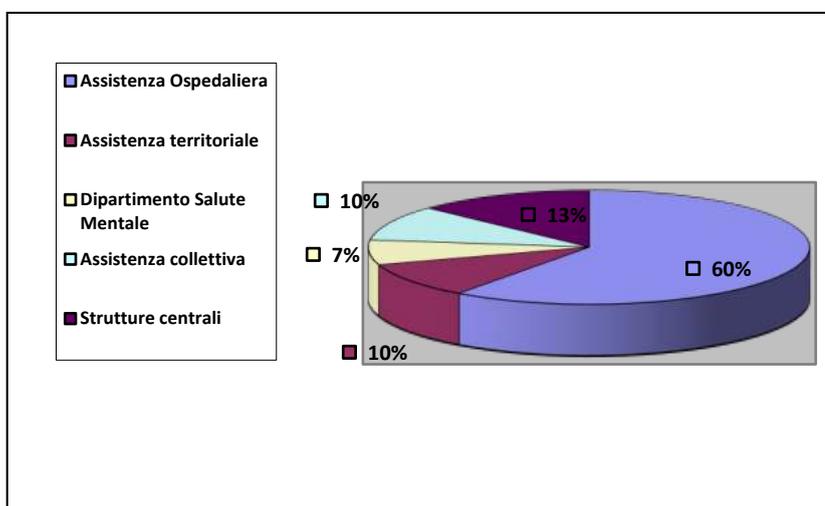
- Dipartimento dell'Area Chirurgica

- Dipartimento dell'Area Medica
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento dell'Emergenza
- Dipartimento Oncologico
- Dipartimento dei Servizi Area Radiologica
- Dipartimento dei Servizi e dell'Area Igienico Organizzativa
- Dipartimento Amministrativo

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

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

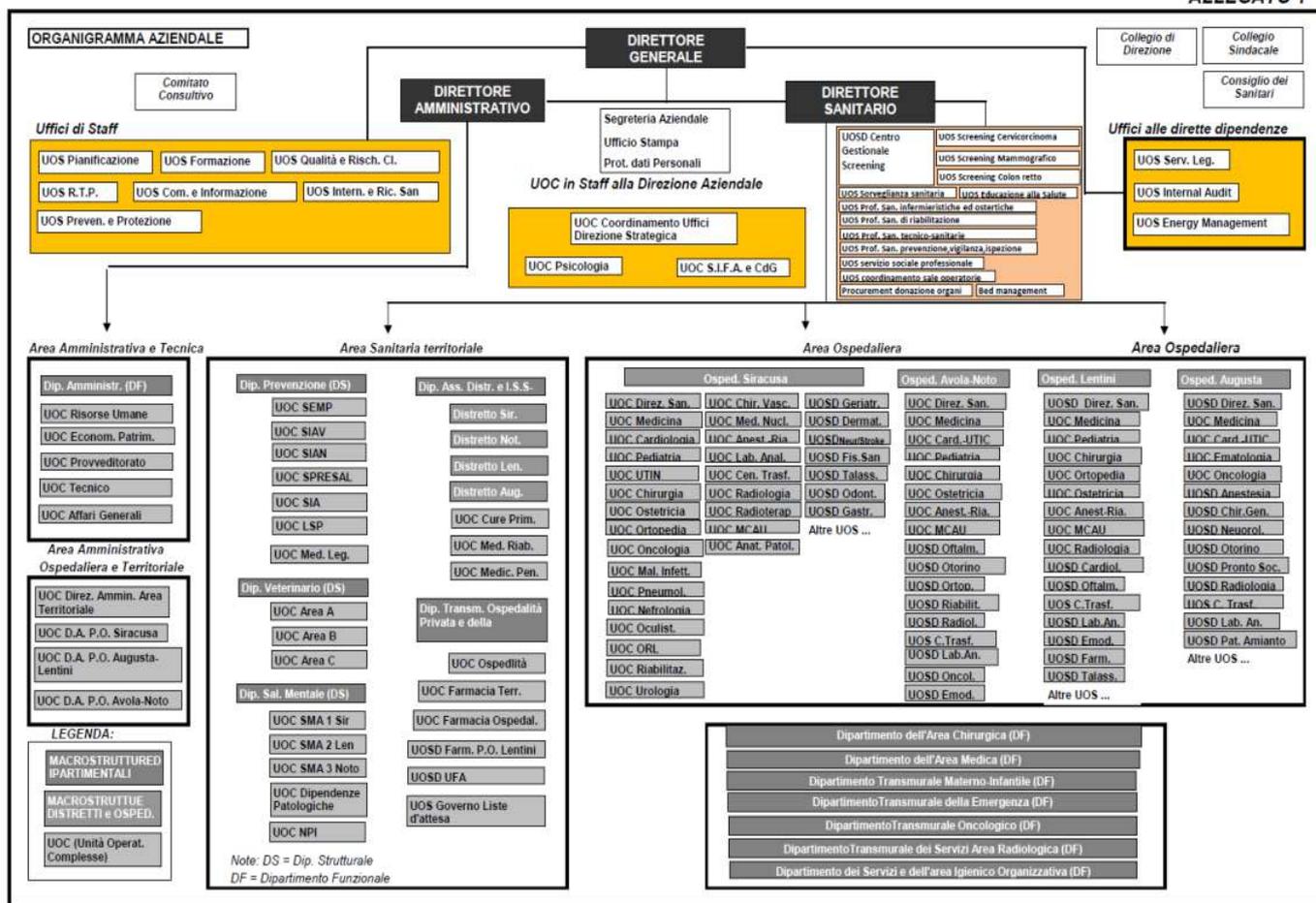
DESCRIZIONE	%
Assistenza ospedaliera	60
Assistenza territoriale	10
Dipartimento Salute Mentale	7
Assistenza collettiva	10
Strutture centrali	13
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>



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

**STRUTTURA ORGANIZZATIVA ATTO AZIENDALE**

ALLEGATO 1



## ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

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

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

Segue la Legge 22 maggio 2017, n.81, recante *"Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato"* definendo il lavoro agile quale *"...modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. Si prevede che la prestazione lavorativa debba essere eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una posizione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva"*. Inoltre, si prevedeva l'estensione del lavoro agile anche al pubblico impiego, in quanto compatibile *"nei rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, secondo le direttive emanate anche ai sensi dell'articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n.124, e fatta salva l'applicazione delle diverse disposizioni specificamente adottate per tali rapporti"*.

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

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

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

Con Decreto-legge 2 marzo 2020, n. 9, recante *"Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"* di modifica al richiamato articolo 14 della Legge n.124/2015 si supera il regime sperimentale dell'obbligo per le amministrazioni di adottare misure organizzative per il ricorso a nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa con la conseguenza che la misura operante si è regimata. Il DPCM 8 marzo 2020, all'art. 2-lett. r) prevede esplicitamente il ricorso alle modalità del lavoro agile per la durata dello stato di emergenza.

Il lavoro agile sarebbe dovuto diventare una modalità necessitata ed ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa con un'adeguata sostanziale derogatoria rispetto alle previsioni contenute nella Legge n. 81/2017 prevedendo la possibilità di prescindere dalla stipula degli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dalla legge 22 maggio 2017, n.81.

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

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

Il Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 *“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID19”*, convertito con modificazioni con Legge 17 luglio 2020 n.77, ha disposto all'art. 263 comma 4-bis che *“entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1 lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo che, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni in termini di riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative”.* L'obiettivo del Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) è dunque la definizione della modalità agile quale modalità ordinaria del lavoro all'interno delle amministrazioni pubbliche con il coinvolgimento dei lavoratori, per tutte quelle attività che possono essere svolte nella modalità a distanza.

Inoltre, il legislatore con decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126 avente ad oggetto *“Misure urgenti per il sostegno e il rilancio*

dell'economia" all'art. 21-bis e 21-ter ha disciplinato rispettivamente il lavoro agile e il congedo straordinario per i genitori durante il periodo di quarantena obbligatoria del figlio convivente per contatti scolastici nonchè il lavoro agile per genitori con figli con disabilità.

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

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

## **OBIETTIVI DEL LAVORO AGILE**

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

- Sviluppare maggior autonomia e senso di responsabilizzazione del dipendente nella produttività e nella qualità del lavoro.
- Agevolare la conciliazione dei tempi di vita privata e professionale, permettendo una maggiore soddisfazione e flessibilità nell'organizzazione del lavoro.
- Sviluppare e diffondere una cultura orientata ai risultati, anche attraverso il bilanciamento dell'uso delle tecnologie digitali con tradizionali strumenti di collaborazione.
- Valorizzare le competenze del personale mediante la formazione delle tecnologie digitali, migliorando il benessere organizzativo.
- Promuovere l'inclusione lavorativa dei dipendenti in situazione di fragilità.
- Promuovere un miglioramento qualitativo dei servizi resi alla collettività in termini di efficienza ed efficacia.

## **LIVELLO DI ATTUAZIONE E SVILUPPO**

Triennio 2020-2022

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

L'ASP di Siracusa ha dettato direttive recanti misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica anche attraverso l'adozione, in via eccezionale e provvisoria, del

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

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

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

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

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

Nella tabella sottostante vengono riportati i dati del personale in *smart working* presso l'ASP di Siracusa nell'anno 2023, in applicazione della normativa a tutela dei fragili.

Qualifica Personale	Quantità
Collaboratore Amministrativo Senior	1
Collaboratore Professionale Ass. San.	1
<b>TOTALE</b>	<b>2</b>

#### Triennio 2024-2026

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

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

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

Riferimenti al Lavoro agile nel C.C.N.L 2019-2021 dell'Area Sanità, sottoscritto il 23-01-2024 e nella ipotesi di C.C.N.L 2019-2021 dell'Area Funzioni Locali-Dirigenza PTA, sottoscritta l'11-12-2023.

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

## **MODALITÀ ATTUATIVE**

Sulla base delle Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa dovrà disciplinare il lavoro agile secondo le linee guida del POLA, mediante una graduale elaborazione di un programma di sviluppo articolato in più fasi.

Nella attuazione delle modalità di svolgimento delle lavoro agile si dovrà tener conto della richiamata intervenuta contrattazione collettiva che, almeno con riferimento al personale del comparto, disciplina la più ampia categoria del "Lavoro a distanza" (Titolo VI del CCNL Comparto 2019-2021) declinato nelle due diverse tipologie del "Lavoro agile" (artt. 76-80) e del "Lavoro da remoto"(art. 81), prevedendo anche un confronto in ordine alla individuazione delle attività che possono essere svolte in lavoro agile.

Analoga distinzione della più ampia categoria del "Lavoro a distanza" è prevista nel C.C.N.L 2019-2021 dell'Area Sanità, sottoscritto il 23-01-2024, ove nel Titolo IX si distingue tra "Lavoro agile (artt. 92-95) e "Lavoro da remoto" (art. 97).

Nella ipotesi di CCNL 2019-2021 dell'Area Funzioni Locali-Dirigenza PTA, sottoscritto l'11-12-203, si fa invece riferimento alla sola categoria del Lavoro Agile (art.11)

## **SOGGETTI, PROCESSI E STRUMENTI DEL LAVORO AGILE**

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

Tra i soggetti destinatari del Piano vi è, innanzitutto, il personale dipendente a rapporto di lavoro subordinato, potendosi comunque valutare criteri e modalità per ammettere al lavoro agile anche altro personale operante nell'Azienda legato da una diversa tipologia contrattuale. Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile non muta gli obblighi, i doveri e i diritti né in capo al datore di lavoro né in capo al dipendente, in forza delle vigenti norme di legge, di contratto e delle disposizioni aziendali attualmente vigenti. In caso di ferie, malattia e qualunque altro tipo di assenza, il dipendente che svolge la prestazione lavorativa in modalità agile è tenuto a rispettare gli oneri di comunicazione e/o richiesta di autorizzazione previsti.

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

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

Coinvolti, infine, nei diversi ambiti di competenza, anche alcuni organismi aziendali quali Comitato Unico di Garanzia, per gli aspetti relative alla utilizzazione del lavoro agile come strumento di conciliazione dei tempi di lavoro vita private in funzione del benessere organizzativo, l' OIV, per la valutazione della performance che con riguardo al lavoro agile privilegi il raggiungimento degli obiettivi alla prestazione in se considerate, ed Responsabile della



Transizione digitale con riferimento alle infrastrutture digitali a consentire e favorire lo sviluppo del lavoro agile, gli Organismi paritetici per l'innovazione e le delegazioni trattanti delle diverse aree contrattuali in sede di confronto.

### **PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE: FATTORI ABILITANTI.**

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

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

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

La messa a regime dello strumento "lavoro agile" costituisce un'ulteriore leva organizzativa per il miglioramento dell'attività amministrativa dell'ASP di Siracusa, in coerenza con la finalità dell'Azienda di valorizzare il lavoro per obiettivi, come ormai il processo di budget ha da tempo



stimolato a fare.

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

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

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

Come previsto nei CCNL del personale della Sanità, rimangono esclusi dal lavoro agile i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili, attività ispettive, di polizia giudiziaria.

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

## **SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE-PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE**

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

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

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

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

- finanziamenti aggiuntivi di cui al D.A. n. 614/2020 (potenziamento dei posti letto di Terapia Intensiva e semintensiva sulla base dei nuovi posti letto previsti con D.A. n.34/2020);
- finanziamento previsto dall'art. 1 D.L. n. 34/2020 conv. in L. n.77/2020 (Infermieri di famiglia o di comunità, il cui numero, proporzionale alla popolazione residente è pari a 64 unità e cioè n.8 infermieri per ogni 50.000 abitanti)
- potenziamento degli organici di DSM con i terapeuti della riabilitazione psichiatrica;



## PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

-finanziamento aggiuntivo per l'istituzione di un team ADI/COVID multi professionale per l'assistenza domiciliare integrata a pazienti COVID positivi o in attesa di esito di tampone.

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

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

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

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

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

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

Nell'anno 2023, si procede all'aggiornamento del piano triennale del fabbisogno. Con delibera n. 750 del 30-5-2023 è adottato il Piano triennale del Fabbisogno 2024-2025, redatto in coerenza alla ricognizione del personale avente i requisiti di stabilizzazione ai sensi delle Direttive assessoriali prot. n. 24514 del 26-4-2023 e successive prot. nn. 30047 e 30060 del 23-5-2023.

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

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

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

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





L'Azienda ricorrerà all'assunzione di personale a tempo determinato solamente nei seguenti casi:  
–nell'attesa della conclusione delle relative procedure di copertura dei posti a tempo indeterminato;

–per esigenze di carattere straordinario e temporaneo;

–per la sostituzione di dipendenti assenti per periodi per i quali possono essere attivati incarichi di supplenza e ove ciò risulti indispensabile. Nella redazione del PTFP si è tenuto conto anche dell'andamento delle cessazioni del personale (annuali e nell'arco del triennio) devono essere attentamente monitorate. Tutte le cessazioni di cui è possibile tener conto in anticipo in quanto collegate ad una data certa (es. per collocamento a riposo per limiti di età o per recesso) vanno integrate con le cessazioni che si determinano per motivi non preventivabili (es. mobilità) al fine di consentire gli opportuni aggiornamenti. Così come va effettuato il Monitoraggio degli istituti di assenza: particolare attenzione occorrerà prestare all'andamento delle assenze, in particolare a quelle di medio-lunga durata, così come vanno monitorati gli esoneri da alcuni tipi di turnazioni. Si pensi, ad esempio, ai permessi ex L.104/92 e al correlato congedo straordinario biennale per assistenza a familiari disabili, ai permessi e distacchi/aspettative sindacali, alle assenze per maternità/congedi parentali. A seguito della rideterminazione del piano di fabbisogno ed ai fini del monitoraggio e della verifica del rispetto del tetto di spesa, l'Azienda si riserva, anche in connessione con l'andamento dei processi di riorganizzazione, razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, di predisporre un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato, determinato ed altre tipologie di lavoro flessibile.

## FORMAZIONE DEL PERSONALE

Per l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa, la formazione continua e l'aggiornamento professionale, rappresentano uno strumento necessario per favorire il cambiamento di comportamenti individuali e collettivi, nell'ambito delle attività che ogni operatore svolge nel contesto organizzativo dell'azienda e nel promuovere lo sviluppo professionale a garanzia della qualità e dell'innovazione dei servizi. Svolge un ruolo prioritario in tutti gli ambiti organizzativi in cui la qualità delle "prestazioni" dipende essenzialmente dalle risorse umane e dall'organizzazione delle relative attività, migliorando la qualità delle prestazioni rivolte ai cittadini, la qualità dell'assistenza erogata e garantendo il rispetto dei livelli minimi assistenziali indicati nel Piano Sanitario Nazionale.



## PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

La formazione è, infatti, rappresentativa della qualità del Servizio erogato, soprattutto se viene intesa come bagaglio di abilità e competenze tecnico professionali (*sapere e saper fare*), come modo di saper leggere e interpretare la realtà che riguarda gli aspetti relazionali e interattivi della persona (*sapere essere*) e come strumento strategico per la gestione delle risorse umane.

È uno strumento capace di produrre cambiamenti, non solo nell'operatore che si forma ma anche nell'organizzazione che lo vede protagonista e depositario di abilità tecniche, di competenze organizzative e relazionali.

Esiste, infatti, una forte connessione tra formazione e organizzazione al fine di sostenere:

- ✓ le scelte strategiche e i programmi mirati allo sviluppo delle professionalità in linea con i cambiamenti organizzativi e il miglioramento della cultura relazionale;
- ✓ la trasversalità dei momenti formativi aziendali di aree e lo sviluppo dell'interazione tra le varie professionalità;
- ✓ i bisogni tecnico-scientifici di settore;
- ✓ l'interscambio culturale con le Aziende Sanitarie, la Regione, la Provincia e le altre istituzioni;
- ✓ l'effettuazione di un maggior numero di momenti formativi interni in grado di introdurre una maggiore flessibilità dell'organizzazione e di rispondere in modo più adeguato agli obiettivi strategici aziendali;
- ✓ la diffusione delle conoscenze acquisite per il miglioramento delle varie attività aziendali;
- ✓ la valutazione dell'efficacia dell'apprendimento individuale e del cambiamento organizzativo.

### **U.O.S. FORMAZIONE PERMANENTE**

L'assetto organizzativo delle Unità Operative per la Formazione nelle Aziende Sanitarie della Regione Siciliana, è definito dal D.A. n°1771 del 07 settembre 2012, che prevede che le stesse siano dotate di autonomia tecnico-funzionale, organizzativa, strutturale e di un budget economico della formazione coerente con la normativa vigente pari ad almeno l'1% del monte salari delle aree contrattuali, come previsto dalla Direttiva della Funzione Pubblica n°14 del 24 aprile 1995, con le funzioni e i compiti di seguito elencati:



## PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

- Analisi dei bisogni formativi aziendali;
- Elaborazione, attuazione e verifica del Piano di Formazione Aziendale;
- Gestione del budget economico e delle risorse umane, tecnologiche e strumentali dedicate alla formazione e del sistema amministrativo e documentale;
- Progettazione delle attività formative;
- Realizzazione delle attività formative;
- Monitoraggio e valutazione degli obiettivi contenuti nel Piano Formativo Aziendale;
- Implementazione di azioni correttive e di miglioramento;
- Coordinamento con gli altri enti istituzionali deputati alla Formazione a livello regionale, in particolare con il CEFPAS, in relazione alle attività concertate a livello regionale tra lo stesso e le aziende sanitarie;
- 
- Funzione di agenzia di servizio per gli aspetti progettuali e metodologici sia per gli aspetti operativi – organizzativi delle altre articolazioni aziendali;
- Funzione di provider ECM;
- Coordinamento della rete dei Referenti della formazione delle varie articolazioni aziendali;
- Responsabile istituzionale per la formazione sia per le articolazioni aziendali interne (Dipartimenti, Servizi, Distretti, P.O. etc....) sia per i rapporti con l'esterno (Aziende Sanitarie, CEFPAS, Assessorato della Salute, Agenas Nazionale e Regionale, etc..).

L'UOS Formazione Permanente dell'ASP di Siracusa, nell'anno 2010 ha avviato la procedura presso il Ministero della Salute per l'accreditamento in qualità di "provider ECM", e con decorrenza dal 12 aprile 2011 l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa, ha ottenuto l'accreditamento con numero identificativo 1289.



## PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

Con il D.D.G. 1380/12 – “Decreto accreditamento provvisorio Aziende del SSR”, la Regione Sicilia ha istituito il “sistema Regionale ECM” ed ha accreditato provvisoriamente come

“Provider ECM Regionale” l’Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa con il codice identificativo n°423.

In data 17.03.2022, l’Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa per il tramite dell’UOS Formazione Permanente ha fatto, richiesta di “*Accreditamento Standard*”, presso il Sistema Regionale ECM, secondo la normativa vigente.

L’UOS Formazione Permanente è dotata al momento di due risorse umane, un amministrativo e il Responsabile il cui ruolo professionale è quello di psicologo dirigente.

A livello strutturale, attualmente è dotata di due aule di formazione attrezzate di computer, videoproiettori, lavagne Lime interattive, a fogli mobili, amplificazione audio e collegamento internet. L’unità operativa, inoltre si avvale di un software per la governance di tutti i processi formativi.

Con l’unità operativa collaborano i Referenti per la Formazione che costituiscono la “*rete aziendale*”.

I Referenti vengono individuati dai Direttori di UU.OO.CC., dai Responsabili delle U.O.S. e Dipartimentali e dai Responsabili UOS in Staff alla Direzione Aziendale, e fungono da anello di congiunzione tra le Unità Operative che rappresentano e l’UOS Formazione Permanente, svolgendo i seguenti compiti:

- si relazionano con il Responsabile dell’U.O.S. Formazione Permanente e seguono le direttive inerenti la formazione;
- Collaborano con il Responsabile della struttura in cui operano ed attuano le eventuali specifiche indicazioni ove richieste dall’U.O.S. Formazione Permanente in merito alle segnalazioni;
- Danno opportuna diffusione a tutte le comunicazioni attinenti il processo formativo;
- Collaborano con i propri Direttori nella rilevazione dei bisogni formativi e nella stesura delle proposte formative;



• attraverso il “portale web della formazione”:

- procedono all’iscrizione degli operatori, alle attività formative;
- informano il personale interessato dell’iscrizione ai corsi;
- monitorano l’andamento dei crediti ECM conseguiti annualmente dagli operatori, garantendone pari opportunità.

### **IL COMITATO TECNICO – SCIENTIFICO (CTS) AZIENDALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA ED AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE**

Il Comitato Tecnico-Scientifico (CTS) aziendale per la formazione continua ed aggiornamento professionale, è un organismo garante del contenuto tecnico-scientifico formativo, della qualità scientifica e dell’integrità etica delle attività formative programmate. Valida il Piano Formativo Aziendale.

I componenti del CTS sono nominati con atto formale dal Rappresentante Legale dell’Azienda, e le funzioni di coordinamento del CTS sono affidate al Responsabile dell’UOS Formazione Permanente.

### **FORMATORI**

Per facilitare e rendere più efficace il processo di individuazione delle figure professionali necessarie per la realizzazione delle attività formative è stato deliberato (n°705 del 14.05.2021) è approvato il *Regolamento di accesso e funzionamento dell’Albo docenti interni/esterni*. Sono stati costituiti due elenchi, il primo interno ed è rivolto al personale dipendente dell’Azienda, il secondo è finalizzato alla selezione di professionisti esterni in qualità di docenti, laddove si verifichi l’impossibilità di ricorrere a personale interno per mancanza delle specifiche professionalità richieste. Gli elenchi vengono periodicamente aggiornati. Le procedure di individuazione e nomina dei Docenti per le attività formative sono descritte nel *Regolamento di accesso e funzionamento dell’Albo docenti interni/esterni*". Sia il regolamento che i moduli per la presentazione delle istanze e gli elenchi aggiornati sono reperibili presso la sezione “Documentazione” sul “Portale web della Formazione” all’indirizzo [https://serviziweb.inaz.it/formaz\\_aspsr/Index.aspx](https://serviziweb.inaz.it/formaz_aspsr/Index.aspx).



Ai sensi del D. Lgs 165/2001, vengono predisposte due diverse tipologie di contratto, a seconda se l'incaricato sia dipendente o meno della Pubblica Amministrazione.

Tutti i professionisti sottoscrivano una dichiarazione in cui attestano l'assenza di conflitto di interessi, di non trattenere collaborazioni di qualsiasi natura con società o Enti inerenti la tematica dell'evento/progetto formativo, così da non compromettere completezza e oggettività dell'informazione scientifica.

In applicazione al CC.CC.NN.LL., i docenti interni individuati possono svolgere l'attività didattica in servizio o fuori servizio, in modo da conciliare ed integrare l'attività assistenziale con quella didattica.

#### **METODOLOGIE DIDATTICHE**

Oltre alla tradizionale modalità di formazione in "aula", verranno ulteriormente implementate le attività di formazione sul campo:

- **Training on the job**, tecnica formativa operata sul campo, ossia nel proprio posto di lavoro, attraverso l'affiancamento, l'assistenza e la riflessione organizzata, con i propri strumenti di lavoro e su casi e problemi reali, pratici e quotidiani;
- **Internal Audit**, saranno ampiamente sviluppate con la funzione di generare nelle organizzazioni un dialogo orientato a migliorare l'efficacia e la velocità di apprendimento delle comunità di lavoro e di pratica;
- **Comunità di pratica nella gestione per PDTA**, per l'effettiva buona riuscita di un percorso clinico, la multidisciplinarietà è un aspetto determinante, per cui è necessario che i professionisti si uniscano in un team di lavoro e operino in maniera collegiale, confrontandosi e scambiandosi esperienze, per arrivare ad un prodotto finale che sia il più possibile condiviso.

#### **DESTINATARI DELLA FORMAZIONE**

**Destinatario interno** delle attività formative è il personale dipendente e convenzionato alle condizioni previste dalle norme contrattuali o da altre specifiche disposizioni.



**Destinatari esterni** sono soggetti a vario titolo interessati quali, ad esempio, personale dipendente di altri Enti (ad esempio MIUR) e Aziende Sanitarie, professionisti della Sanità e dei Servizi Sociali che partecipano ai corsi di formazione rivolti al personale dipendente o ad altri corsi organizzati su richiesta di clienti esterni.

L'A.S.P. di Siracusa intende garantire equità di accesso agli eventi formativi, che devono essere realizzati nel rispetto delle pari opportunità tra generi e secondo un calendario che consenta la partecipazione dei destinatari, senza alterare il corso della normale attività lavorativa. In tale prospettiva, in base al numero dei destinatari, laddove necessario è previsto lo svolgimento in più edizioni di uno specifico evento formativo.

### **FORMAZIONE OPE LEGIS**

È necessaria una distinzione tra la formazione che deriva da poteri discrezionali da quella obbligatoria, laddove disposizioni di legge prevedano specifici interventi formativi collegati allo svolgimento di particolari attività. In tale ambito il quadro normativo più articolato in tal senso è quello previsto dal d. lgs n. 81/2008, inerente la sicurezza sul lavoro, con particolari disposizioni contenute negli articoli 36 e 37, e dal D.M. del 02.09.2021, inerente la formazione dei lavoratori incaricati di attuare le misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze nei luoghi di lavoro, rischio alto e rischio medio. Le Amministrazioni devono assicurare altresì la formazione obbligatoria anche ai responsabili del trattamento dei dati personali (art. 19, comma 6, all. b del d.lgs. n. 196/2003 - GDPR n. 2016/679) ed agli operatori deputati a gestire tali dati. Va anche assicurato che gli adempimenti previsti per l'applicazione della legge 190 del 6 novembre 2012 in materia di "prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione", siano realizzati al fine di individuare tutti gli interventi idonei a prevenire, nelle strutture sanitarie regionali, i rischi specifici di corruzione e di illegalità. Tali temi saranno tutti oggetto di formazione anche nell'anno 2024.

### **IL PIANO DI FORMAZIONE**

Il principio guida nell'elaborazione del presente Piano di Formazione Annuale redatto dall'U.O.S. Formazione Permanente aziendale, verificato ed approvato dalla Direzione Aziendale e dal Comitato Tecnico Scientifico per la formazione ECM, è quello di dare priorità alle nuove sfide formative valorizzando le professionalità interne, alle quali associare esperienze scientifiche e professionali.



## PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

La formazione vuole garantire la coniugazione dei bisogni formativi del singolo operatore, portatore di una professionalità specifica che va sviluppata e migliorata nel tempo, con i bisogni dell'organizzazione e del contesto di lavoro nel quale la professionalità viene esercitata. La formazione diventa così, un'ulteriore azione di miglioramento dei servizi offerti in termini di efficacia, appropriatezza ed economicità.

Una formazione quindi, che non coincide con la mera acquisizione di conoscenze e skills, ma che promuove la modifica dei comportamenti professionali e che vede nel potenziamento delle competenze, le determinanti fondamentali per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

Nel mese di ottobre 2023 ai Direttori di Dipartimento, Direttori dei Presidi Ospedalieri, Direttori dei distretti, Responsabili UOSD/UOS e alla Rete Aziendale dei Referenti per la Formazione, è stata inviata una nota al fine di presentare proposte formative, in linea con il reale bisogno formativo delle specificità professionali presenti nelle singole unità operative. Per la presentazione delle proposte formative, è stato utilizzato il format pubblicato sul portale web della Formazione alla voce "documentazione", che rappresenta uno strumento di sintesi in cui vengono esplicitati tra gli altri gli obiettivi di apprendimento, i contenuti didattici, la metodologia di insegnamento, le professioni coinvolte e il Responsabile Scientifico. L'inserimento delle proposte nel Piano Formativo Aziendale è stato quindi attuato attraverso un processo di analisi delle stesse, dei bisogni rilevati nelle strutture organizzative (criticità individuate come suscettibili di miglioramento attraverso interventi formativi), delle competenze professionali da acquisire e/o sviluppare.

Il Piano Formativo Aziendale per l'anno 2024 è così strutturato (vedi "**Quadro sinottico**"):

- **Progetti formativi aziendali n°73**
- **Edizioni previste n°202**
- **Giornate di formazione n°293**
- **Ore di formazione n°1989**
- **Operatori coinvolti n°6392**

## **OBIETTIVI FORMATIVI DEL PFA**

Gli obiettivi formativi riguardano le competenze riconosciute come indispensabili per esercitare adeguatamente i diversi ruoli sanitari e migliorare la qualità del servizio erogato. Pertanto, sono stati identificati i seguenti obiettivi formativi:

- Sviluppare e sostenere le conoscenze e le competenze relative alla sicurezza e prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, per migliorare ed aumentare:
  - la cultura della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro e del benessere dei lavoratori;
  - la consapevolezza dei problemi legati alla salute e sicurezza sul lavoro e della comprensione del valore dell'impegno verso la sicurezza;
  - il cambiamento dei modelli comportamentali dei lavoratori e dei datori di lavoro nonché abitudini di vita che migliorino le condizioni di salute in generale;
- Sviluppare e sostenere le capacità comunicativo-relazionali, viste come componente fondamentale della professionalità, necessarie ad affrontare positivamente e costruttivamente i rapporti interpersonali, inevitabili in ambito sanitario, con le persone assistite e con gli altri operatori. In particolare si ritiene necessario sviluppare comportamenti che pongano l'attenzione sulla centralità della persona, improntati al rispetto, capacità di condivisione e partecipazione alle scelte e decisioni, capacità di valorizzazione del contributo individuale.
- Sviluppare e sostenere le competenze nella gestione dell'emergenza-urgenza, anche attraverso l'addestramento alle tecniche rianimatorie del personale sanitario selezionato.
- Sviluppare le competenze per garantire la qualità assistenziale attraverso l'utilizzo di strumenti conoscitivi e metodologici per la costruzione integrata di Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), all'interno dei quali vengono esplicitati i livelli di stratificazione per intensità assistenziale e diversi ambiti di competenza delle professionalità coinvolte.



## PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

- Sviluppare e aggiornare le competenze tecnico-professionali per rispondere efficacemente alla domanda di diagnosi, terapia ed assistenza, coerentemente con le continue innovazioni scientifiche basate sull'evidenza e le linee guida di riferimento.
- Sviluppare e diffondere la cultura della centralità del paziente e della personalizzazione delle terapie nella prassi medica multidisciplinare, negli ambiti della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, che tengano conto delle variabili biologiche, ambientali, culturali, psicologiche e socioeconomiche, determinate dal genere in considerazione del loro impatto sulla fisiologia, sulla patologia e sulle caratteristiche cliniche della malattia (sinteticamente *medicina di genere*).
- Sviluppare conoscenze e competenze sui nuovi modelli organizzativi dell'assistenza territoriale, in particolare a quelle poste dal recente D.M. 77/22, quale strumento operativo per la realizzazione della Missione 6 Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

### **AREE TEMATICHE E QUADRO SINOTTICO**

- SICUREZZA DEI LAVORATORI E DEI PAZIENTI
- EMERGENZA/URGENZA
- TECNICO/SCIENTIFICA/SANITARIA
- PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI/

#### PROTOCOLLI/PROCEDURE

- EPIDEMIOLOGIA, PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE
- COMUNICAZIONE/UMANIZZAZIONE
- GIURIDICO/AMMINISTRATIVA

### **QUADRO SINOTTICO ATTIVITA' FORMATIVE ANNO 2024:**

**AREA SICUREZZA DEI LAVORATORI E DEI PAZIENTI**

<b>STRUTTURE PROPONENTI</b>	<b>TITOLO</b>	<b>OBIETTIVO FORMATIVO ECM</b>	<b>TARGET</b>	<b>EDIZIONI</b>	<b>PARTECIPANTI PER EDIZIONE</b>	<b>PARTECIPANTI TOTALI</b>	<b>IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE</b>
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	RISCHIO DA ESPOSIZIONE A SOSTANZE CANCEROGENE (FORMALDEIDE E FARMACI ANTIBLASTICI) AI SENSI DELL'ART. 239 DEL D. LGS 81/08	27	OPERATORI SANITARI DEI PP.OO. AZIENDALI ESPOSTI AL RISCHIO	2	35	70	8
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	SALUTE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO D. LGS. 81/2008	27	OPERATORI IN POSSESSO DELL'ATTESTATO DI 4 ORE IN MODALITA' FAD	7	35	245	12
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	SALUTE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO D. LGS 81/08	27	PREPOSTI	3	25	75	8
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	AGGIORNAMENTO CORSO DI FORMAZIONE PER RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA	27	RAPPRESENTANTI LAVORATORI PER LA SICUREZZA AZIENDALI (RLS)	1	4	4	8
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO BASE FORMAZIONE PER RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA	27	RAPPRESENTANTI LAVORATORI PER LA SICUREZZA AZIENDALI (RLS)	1	4	4	32
U.O.S. FORMAZIONE PERMANENTE	SALUTE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI	27	DIRIGENTI CON FUNZIONI DI	1	CLASSE VIRTUALE DI 250	250	16

	<b>LAVORO D. LGS 81/08 IN MODALITA FORMAZIONE A DISTANZA</b>		DELEGA E SUB- DELEGATI  DIRIGENTI DELLE UU.OO.CC.  U.O.S.D./U.O.S.				
<b>DIPARTIMENTO TRANSMURALE DEI SERVIZI AREA RADIOLOGICA E SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE</b>	<b>RADIOPROTEZIONE AI SENSI DEL D. LGS 101/2020</b>	27	OPERATORI SANITARI E NON ESPOSTI AL RISCHIO DI RADIOPROTEZIONE	9	35	315	6
<b>SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE</b>	<b>RISCHIO CONNESSO ALLA MANIPOLAZIONE DI SORGENTI RADIOATTIVE NON SIGILLATE E ALL'UTILIZZO DI ACCELERATORI LINEARI MEDICALI</b>	27	OPERATORI DELLE U.O.C. DI MEDICINA NUCLEARE E DI RADIOTERAPIA	2	15	30	4
<b>U.O.S. FORMAZIONE PERMANENTE</b>	<b>SALUTE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO D. LGS 81/08  IN MODALITA FORMAZIONE A DISTANZA</b>	27	PERSONALE DIPENDENTE, NEO ASSUNTI, LIBERI PROFESSIONISTI, CONVENZIONATI, SPECIALIZZANDI E TIROCINANTI	1	CLASSE VIRTUALE DI 250	250	4



PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

AREA SICUREZZA DEI LAVORATORI E DEI PAZIENTI

STRUTTURE PROPONENTI	TITOLO	OBIETTIVO FORMATIVO ECM	TARGET	EDIZIONI	PARTECIPANTI PER EDIZIONE	PARTECIPANTI TOTALI	IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE
U.O.S. FORMAZIONE PERMANENTE	AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO IN TEMA DI SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO  IN MODALITA FORMAZIONE A DISTANZA	27	PERSONALE IN POSSESSO DELL'ATTESTATO BASE DEL CORSO SULLA SICUREZZA, IN SCADENZA	1	CLASSE VIRTUALE DI 250	250	6
UOS QUALITA' AZIENDALE	PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CADUTA DEL PAZIENTE	27	MEDICI, INFERMIERI E OSS DELLE UNITA' OPERATIVE AZIENDALI: MEDICINA; GERIATRIA; NEUROLOGIA; MCAU; CHIRURGIA; ORTOPEDIA; SPDC; OFTALMOLOGIA	3	35	105	8
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO UMBERTO I  UOC MALATTIE INFETTIVE	PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)	6	DIRIGENTE MEDICO E COORDINATORE INFERMIERISTICO DELLE UNITA' OPERATIVE DI DEGENZA DEI PP.OO. AZIENDALI E DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	3	35	105	6
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICO  U.O.C. SIA	LA VERIFICA DEGLI IMPIANTI DI MESSA A TERRA ALIMENTATI	27	PERSONALE DELL'UOC SIA	1	30	30	28

	CON TENSIONE FINO A 1.000 V IN C.A.						
<b>DIPARTIMENTO DELL'OSPEDALITA' E DELLA FARMACEUTICA</b>  <b>UOC FARMACIA OSPEDALIERA – PO UMBERTO I</b>  <b>UOC GESTIONE FARMACI</b>	<b>FARMACOVIGILANZA: L'IMPORTANZA DELLE SEGNALAZIONI DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR) E DISPOSITIVO DI VIGILANZA: NOVITA' REGOLATORIE</b>	25	DIRIGENTE MEDICO, COORDINATORE INFERMIERISTICO, FARMACISTI, DELLE UNITA' OPERATIVE OSPEDALIERE E DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	3	35	105	5
<b>DIREZIONE MEDICA DEL P.O. AVOLA-NOTO</b>	<b>LA NORMATIVA SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI</b>	26	OPERATORI DELLA DIREZIONE MEDICA; COORDINATORI INFERMIERISTICI DELLE UU.OO.; DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE DEL P.O. AVOLA-NOTO	1	30	30	8

**AREA SICUREZZA DEI LAVORATORI E DEI PAZIENTI**

<b>STRUTTURE PROPONENTI</b>	<b>TITOLO</b>	<b>OBIETTIVO FORMATIVO ECM</b>	<b>TARGET</b>	<b>EDIZIONI</b>	<b>PARTECIPANTI PER EDIZIONE</b>	<b>PARTECIPANTI TOTALI</b>	<b>IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE</b>
DIREZIONE AZIENDALE	CORSO PER ADDETTI ALLA PREVENZIONE INCENDI, LOTTA ANTINCENDIO E GESTIONE DELL'EMERGENZA – RISCHIO ALTO	NO	OPERATORI ADDETTI ANTINCENDIO DEI PRESIDI OSPEDALIERI	20	30	600	16
DIREZIONE AZIENDALE	CORSO PER ADDETTI ALLA PREVENZIONE INCENDI, LOTTA ANTINCENDIO E GESTIONE DELL'EMERGENZA – RISCHIO MEDIO	NO	OPERATORI ADDETTI ANTINCENDIO DEI PRESIDI TERRITORIALI	10	20	200	8

<b>AREA EMERGENZA/URGENZA</b>							
<b>STRUTTURE PROPONENTI</b>	<b>TITOLO</b>	<b>OBIETTIVO FORMATIVO ECM</b>	<b>TARGET</b>	<b>EDIZIONI</b>	<b>PARTECIPANTI PER EDIZIONE</b>	<b>PARTECIPANTI TOTALI</b>	<b>IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE</b>
DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA-URGENZA  UOSD NEUROLOGIA-STROKE UNIT	GESTIONE INTEGRATA DEL PDTA STROKE NELL'ASP DI SIRACUSA	3	OPERATORI SANITARI DELLE UNITA' OPERATIVE: MCAU, NEUROLOGIE OSPEDALIERE, RADIOLOGIA OSPEDALIERA, PTE, DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO E DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE	5	25	125	4
DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA-URGENZA  UOC MCAU – PO UMBERTO I  UOSD MCAU – PO AUGUSTA	INTERPRETAZIONE RAPIDA DELL'ELETTROCARDIOGRAMMA	18	MEDICI E INFERMIERI DELLE UNITA' OPERATIVE DI MCAU DEI PP.OO. AZIENDALI	4	25	100	8
DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA-URGENZA	BASIC LIFE SUPPORT - D (BLS-D) ADULTO, BAMBINO, LATTANTE	6	MEDICI E INFERMIERI DELL'AREA EMERGENZA – URGENZA;  DELLE U.O.C. DI PEDIATRIA;	16	12	192	8

<p>DIPARTIMENT O MATERNO INFANTILE</p> <p>DIPARTIMENT O DI PREVENZIONE MEDICO</p> <p>DIPARTIMENT O ADISS</p>			<p>DEGLI AMBULATORI DI VACCINAZION E TERRITORIALI AFFERENTI ALLA U.O.C. DI EPIDEMIOLOGI A E DEI POLIAMBULAT ORI TERRITORIALI</p>				
<p>DIPARTIMENT O DELL'EMERGE NZA-URGENZA</p> <p>U.O.C. ANESTESIA</p> <p>P.O. AVOLA- NOTO</p>	<p>TARGETING ZERO: GESTIONE DEGLI ACCESSI VASCOLARI</p>	<p>6</p>	<p>INFERMIERI DELLE UNITA' OPERATIVA DI: MCAU; ANESTESIA E RIANIMAZION E; RADIOLOGIA; ONCOLOGIA; MEDICINA, CHIRURGIA E NEUROLOGIA DEI PP.OO. AZIENDALI</p>	<p>9</p>	<p>30</p>	<p>270</p>	<p>5</p>

<b>AREA EMERGENZA/URGENZA</b>							
<b>STRUTTURE PROPONENTI</b>	<b>TITOLO</b>	<b>OBIETTIVO FORMATIVO O ECM</b>	<b>TARGET</b>	<b>EDIZIONI</b>	<b>PARTECIPANTI PER EDIZIONE</b>	<b>PARTECIPANTI TOTALI</b>	<b>IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE</b>
DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA-URGENZA UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE P.O. LENTINI	GESTIONE DELLE EMERGENZE INTRAOSPEDALIERE, IN AMBIENTE EXTRA RIANIMATORIO	6	MEDICI E INFERMIERI DELLE UU.OO.CC. DI DEGENZA, DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI LENTINI	3	30	90	6
DIPARTIMENTO MEDICO DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	CORSO SULLA VENTILAZIONE POLMONARE NON INVASIVA IN AREA CRITICA (NIV)	6	MEDICI E INFERMIERI DELLE UNITA' OPERATIVE AZIENDALI DI: CARDIOLOGIA; MEDICINA; MCAU; ANESTESIA E RIANIMAZIONE	3	25	75	8
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE UOC PEDIATRIA UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA PO AVOLANO	CORSO DI FORMAZIONE STABILIZZAZIONE E RIANIMAZIONE DEL NEONATO CRITICO IN SALA PARTO	6	MEDICI, INFERMIERI DELLE U.O.C.: PEDIATRIA E NEONATOLOGIA E OSTETRICHE DEL GRUPPO PARTO DEL PO AVOLANO	2	16	32	8

AREA TECNICO/SCIENTIFICA/SANITARIA

<b>STRUTTURE PROPONENTI</b>	<b>TITOLO</b>	<b>OBIETTIVO FORMATIVO O ECM</b>	<b>TARGET</b>	<b>EDIZIONI</b>	<b>PARTECIPANTI PER EDIZIONE</b>	<b>PARTECIPANTI TOTALI</b>	<b>IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE</b>
DIPARTIMENTO AREA EMERGENZA-URGENZA  U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE E P.O. UMBERTO I	DALLA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI AL TRAPIANTO: PERCORSI ATTUALI E PROPOSTE FUTURE	28	PERSONALE MEDICO ED INFERMIERISTICO COINVOLTO NEL PROCESSO DI DONAZIONE E TRAPIANTO DI ORGANI E TESSUTI	2	40	80	6
UOS FORMAZIONE PERMANENTE  UOSD HOSPICE	CORSO DI FORMAZIONE 2° LIVELLO  "CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE" (PROGETTO OBIETTIVO PSN 2014)	21	MEDICI DI MEDICINA GENERALE	2	50	100	6
UOS FORMAZIONE PERMANENTE  UOSD HOSPICE	CORSO DI FORMAZIONE 2° LIVELLO  "CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE E TERAPIA DEL DOLORE" (PROGETTO OBIETTIVO PSN 2014)	21	PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	1	50	50	6
U.O.C. MEDICINA TRASFUSIONALE DEL P.O. UMBERTO I	AFERESI TERAPEUTICA E PRODUTTIVA	3	PERSONALE DELLE UNITA' OPERATIVE COINVOLTE NEL PROCESSO	2	30	60	16

<b>DIPARTIMENT O SALUTE MENTALE U.O.C. NPJA</b>	<b>MODELLI DI INTERVENTO E TRATTAMENTO IN FASE EVOLUTIVA E DELL'ADOLESCEN ZA DEI DISTURBI DIROMPENTI, DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI E DELLA CONDOTTA</b>	22	OPERATORI DELLA NPJA	1	35	35	16
<b>DIPARTIMENT O SALUTE MENTALE U.O.C. NPJA</b>	<b>EEG E TRATTAMENTO DELL'EPILESSIA IN ETA' PEDIATRICA</b>	22	MEDICI E INFERMIERI DELL'UOC DI NPJA, DELL'UOC DI PEDIATRIA, DELL'UOC DI NEONATOLOGI A E NEUROLOGI	1	35	35	16

AREA TECNICO/SCIENTIFICA/SANITARIA							
STRUTTURE PROPONENTI	TITOLO	OBIETTIVO FORMATIVO ECM	TARGET	EDIZIONI	PARTECIPANTI PER EDIZIONE	PARTECIPANTI TOTALI	IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE  UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA PO UMBERTO I	LA GESTIONE DELLE FERITE CHIRURGICHE NELLE PAZIENTI SOTTOPOSTE A INTERVENTO GINECOLOGICO	6	MEDICI, INFERMIERI E OSTETRICHE DELLE UNITA' OPERATIVE DI CHIRURGIA, OSTETRICIA E GINECOLOGIA  DEL PO UMBERTO I	3	20	60	8
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE  UOC SERT	LA QUESTIONE CRACK	22	OPERATORI DELLE U.O.C.: SERT; NPIA; CSM; SPDC	2	40	80	8
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE  U.O.C. SMA 1  DIPARTIMENTO ADISS  MEDICINA PENITENZIARIA	PREVENZIONE SUICIDI NELLE CARCERI	22	OPERATORI DELL'U.O.C. SMA 1, PERSONALE EDUCATIVO DELL'ISTITUTO PENITENZIARIO E AGENTI DI POLIZIA PENITENZIARIA ;  MEDICI E INFERMIERI DELLA MEDICINA PENITENZIARIA	2	35	70	8
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE  U.O.C. SMA 1	AUTISMO ADULTI	22	COMPONENTI EQUIPE' AUTISMO ADULTI DELL'U.O.C. SMA 1	1	25	25	8

<b>UOC PSICOLOGIA</b>	<b>VIOLENZA DI GENERE E MINORI MALTRATTATI: NORMATIVE VIGENTI E LINEE DI INTERVENTO IN AMBITO PSICOLOGICO</b>	18	PSICOLOGI: SERVIZIO DI PSICOLOGIA; NPIA; CSM; SERT; CONSULTORI FAMILIARI	1	25	25	16
<b>UOC PSICOLOGIA</b>	<b>PERCORSI DI RECUPERO PER UOMINI MALTRATTANTI: LINEE DI INTERVENTO IN AMBITO PSICOLOGICO</b>	18	PSICOLOGI: SERVIZIO DI PSICOLOGIA; CSM; SERT; CONSULTORI FAMILIARI	1	25	25	16
<b>DIREZIONE MEDICA  PO AUGUSTA  UOSD NEUROLOGI A</b>	<b>STUDIO DELL'ELETTROENCEFALOGRA MMA IN AMBITO NEUROLOGICO</b>	18	NEUROLOGI E NEUROPSICHIATRI	1	30	30	16
<b>DIPARTIMENTO ADISS  U.O.C MEDICINA RIABILITATIVA</b>	<b>AGGIORNAMENTO IN TEMA DI PRESCRIVIBILITA' DEI DISPOSITIVI MEDICI PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PROTESICA NEL TERRITORIO DELLA REGIONE SICILIANA – IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA INFORMATICO E. CARSUITE</b>	4	OPERATORI DELLA U.O.C. MEDICINA RIABILITATIVA, MMG, PLS E SPECIALISTI AMBULATORIA LI INTERNI	2	35	70	5

<b>AREA MANAGEMENT E CLINICAL GOVERNANCE</b>							
<b>STRUTTURE PROPONENTI</b>	<b>TITOLO</b>	<b>OBIETTIVO FORMATIVO O ECM</b>	<b>TARGET</b>	<b>EDIZIONI</b>	<b>PARTECIPANTI PER EDIZIONE</b>	<b>PARTECIPANTI TOTALI</b>	<b>IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE</b>
<b>U.O.C. MEDICINA TRASFUSIONALE E DEL P.O. UMBERTO I</b>	<b>SISTEMI DI GESTIONE DELLA QUALITA' NEI SERVIZI TRASFUSIONALI E NELLE UNITA' DI RACCOLTA</b>	14	PERSONAL E DELLE UNITA' OPERATIVE COINVOLTE E NEL PROCESSO DI GESTIONE	2	30	60	16
<b>DIPARTIMENTO ADISS</b>	<b>MODELLI DI GESTIONE NELL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI: LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT) – OSPEDALE DI COMUNITA' E CASA DELLA COMUNITA' (D.M. 77/2022)</b>	9	MEDICI E INFERMIERI DEL TERRITORIO E MMG	2	35	70	8

**AREA Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali/Protocolli/Procedure**

<b>STRUTTURE PROPONENTI</b>	<b>TITOLO</b>	<b>OBIETTIVI O FORMATIVI ECM</b>	<b>TARGET</b>	<b>EDIZIONI</b>	<b>PARTECIPANTI PER EDIZIONE</b>	<b>PARTECIPANTI TOTALI</b>	<b>IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE</b>
DIPARTIMENTO TRANSMURALE DEI SERVIZI AREA RADIOLOGICA UOC RADIOTERAPIA	IMPLEMENTAZIONE DELLE TECNICHE RADIOTERAPICHE COMPLESSE NELLA PRATICA CLINICA: I TUMORI DELLA MAMMELLA	29	MEDICI E TSRM DELLE U.O.C. AZIENDALI: RADIOTERAPIA; ONCOLOGIA MEDICA; CHIRURGIA; RADIOLOGIA; E COMPONENTI DEL GRUPPO GOM BREAST UNIT	1	35	35	6
DIPARTIMENTO TRANSMURALE DEI SERVIZI AREA RADIOLOGICA UOC RADIOTERAPIA	IMPLEMENTAZIONE DELLE TECNICHE RADIOTERAPICHE COMPLESSE NELLA PRATICA CLINICA: I TUMORI DELLA PROSTATA	29	MEDICI E TSRM DELLE U.O.C. AZIENDALI: RADIOTERAPIA; ONCOLOGIA MEDICA; CHIRURGIA; RADIOLOGIA; UROLOGIA; E COMPONENTI DEL GRUPPO GOM PROSTATA	1	35	35	6
DIPARTIMENTO TRANSMURALE DEI SERVIZI AREA RADIOLOGICA UOC RADIOTERAPIA	IMPLEMENTAZIONE DELLE TECNICHE RADIOTERAPICHE COMPLESSE NELLA PRATICA CLINICA: I TUMORI DEL POLMONE	29	MEDICI E TSRM DELLE U.O.C. AZIENDALI: RADIOTERAPIA; ONCOLOGIA MEDICA; CHIRURGIA; RADIOLOGIA; PNEUMOLOGIA; E COMPONENTI DEL GRUPPO GOM POLMONE	1	35	35	6
DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA UOSD HOSPICE	CURE PALLIATIVE SIMULTANEE IN HOSPICE	9	COMPONENTI DEI GRUPPI ONCOLOGICI MULTIDISCIPLINARI E PERSONALE DELL'UOSD HOSPICE	2	25	50	5
DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA UOSD HOSPICE	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO MULTIDISCIPLINARE IN HOSPICE	21	PERSONALE UOSD HOSPICE	1	20	20	20

<b>DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA</b> <b>UOS SCREENING MAMMOGRAFICO</b>	<b>UPDATE NELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DELLA NEOPLASIA MAMMARIA: PREVENZIONE, DIAGNOSI E FOLLOW UP</b>	3	COMPONENTI BREAST UNIT	1	25	25	5
<b>DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE</b> <b>AMBULATORIO PER I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE</b>	<b>LINEE DI INTERVENTO PER IL CONTRASTO DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE (DNA): LE BUONE PRATICHE E LA COSTRUZIONE DEL PDTA NELLA REGIONE SICILIA</b>	3	MEDICI DI MEDICINA GENERALE, PLS DEL DISTRETTO DI SIRACUSA; MEDICI E INFERMIERI DELLE U.O.C. DI: MCAU; MEDICINA DEL PO UMBERTO I; COMPONENTI TEAM SENTINELLA	2	35	70	21
<b>DIPARTIMENTO DELL'OSPEDALITA' E DELLA FARMACEUTICA</b>	<b>LA GESTIONE DELLE PROCEDURE FARMACEUTICHE</b>	2	FARMACISTI DELLE U.O.C. FARMACEUTICHE OSPEDALIERE/TERRITORIALI	1	30	30	8

<b>AREA Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali/Protocolli/Procedure</b>							
<b>STRUTTURE PROPONENTI</b>	<b>TITOLO</b>	<b>OBIETTIVO FORMATIVO ECM</b>	<b>TARGET</b>	<b>EDIZIONI</b>	<b>PARTECIPANTI PER EDIZIONE</b>	<b>PARTECIPANTI TOTALI</b>	<b>IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE</b>
DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO NELLE PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA MAMMARIO	3	CHIRURGHI, ONCOLOGI, RADIOLOGI, RADIOTERAPISTI; GENETISTA, ANATOMO PATOLOGI, PSICOLOGI E INFERMIERI DEDICATI	1	35	35	6
DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA	AUDIT CLINICI MULTIPROFESSIONALI DEL PAZIENTE ONCOLOGICO	3	GRUPPO ONCOLOGICO BREAST UNIT	1	35	35	24
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICO  U.O.S. RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	APPROCCIO MULTI-DISCIPLINARE AL TRATTAMENTO DELLA SPASTICITA'	3	MEDICI, INFERMIERI, TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE DELLE UU.OO.CC. DI NEUROLOGIA, MEDICINA INTERNA E RIABILITAZIONE	2	25	50	6

<b>AREA Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali/Protocolli/Procedure</b>							
<b>STRUTTURE PROPONENTI</b>	<b>TITOLO</b>	<b>OBIETTIVO FORMATIVO ECM</b>	<b>TARGET</b>	<b>EDIZIONI</b>	<b>PARTECIPANTI PER EDIZIONE</b>	<b>PARTICIPANTI TOTALI</b>	<b>IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE</b>
DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO NELLE PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA MAMMARIO	3	CHIRURGHI, ONCOLOGI, RADIOLOGI, RADIOTERAPISTI ; GENETISTA, ANATOMO PATOLOGI, PSICOLOGI E INFERMIERI DEDICATI	1	35	35	6
DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA	AUDIT CLINICI MULTIPROFESSIONALI DEL PAZIENTE ONCOLOGICO	3	GRUPPO ONCOLOGICO BREAST UNIT	1	35	35	24
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICO U.O.S. RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AL TRATTAMENTO DELLA SPASTICITA'	3	MEDICI, INFERMIERI, TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE DELLE UU.OO.CC. DI NEUROLOGIA, MEDICINA INTERNA E RIABILITAZIONE	2	25	50	6



AREA EPIDEMIOLOGIA, PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

<b>STRUTTURE PROPONENTI</b>	<b>TITOLO</b>	<b>OBIETTIVI O FORMATI VO ECM</b>	<b>TARGET</b>	<b>EDIZIONI</b>	<b>PARTECIPANTI PER EDIZIONE</b>	<b>PARTECIPANTI TOTALI</b>	<b>IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE</b>
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA UOC SIAOA DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICO UOC SIAN	ASPETTI OPERATIVI DELLA RIFORMA CARTABIA IN SANITA' PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	23	MEDICI VETERINARI E TPALL DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA  MEDICI E TPALL DELL'UOC SIAN	2	35	70	8
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA UOC SANITA' ANIMALE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICO UOC SIAN	IL REGOLAMENTO 625/2017 SUI CONTROLLI UFFICIALI, IL PROCEDIMENTO SANZIONATORIO ALLA LUCE DEI NUOVI DECRETI ATTUATIVI	24	MEDICI VETERINARI; SPECIALISTI AMBULATORIALI; TPALL DELLE U.O.C.: SANITA' ANIMALE; SIAN; SIAOA	2	35	70	16
DIPARTIMENTO DELL'OSPEDALITA' E DELLA FARMACEUTICA	LA GESTIONE DELL'ANTIMICROBIAL STEWARDISHIP	10	TEAM AZIENDALE ANTIMICROBIAL STEWARDISHIP  REFERENTI DELLE UNITA' OPERATIVE OPEDALIERI/TERRITORIALI E DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	3	35	105	8



PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

<b>DIPARTIMENT O DI PREVENZIONE MEDICO  UOC SEMP</b>	<b>LA GESTIONE DELLA SEDUTA VACCINALE</b>	30	MEDICI E INFERMIERI DELL'UOC SEMP E DEGLI AMBULATORI TERRITORIALI AFFERENTI	2	25	50	6
<b>DIPARTIMENT O DI PREVENZIONE MEDICO  UOC SEMP</b>	<b>PROFILASSI E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE</b>	30	MEDICI E INFERMIERI DELL'UOC SEMP E DEGLI AMBULATORI TERRITORIALI AFFERENTI	2	25	50	12

<b>AREA EPIDEMIOLOGIA, PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE</b>							
<b>STRUTTURE PROPONENTI</b>	<b>TITOLO</b>	<b>OBIETTIVO FORMATIVO O ECM</b>	<b>TARGET</b>	<b>EDIZIONI</b>	<b>PARTECIPANTI PER EDIZIONE</b>	<b>PARTECIPANTI TOTALI</b>	<b>IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE</b>
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICO UOC SIAN UOC LABORATORIO DI SANITA' PUBBLICA	ATTUALITA' SULLA LEGIONELLOSI: ASPETTI ANALITICI E DI PREVENZIONE SANITARIA	26	OPERATORI SANITARI AFFERENTI ALLE U.O.C.: LABORATORIO DI SANITA' PUBBLICA; SIAN; SIAV; SEMP	3	35	105	8
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICO UOC SIAN UOC LABORATORIO DI SANITA' PUBBLICA	IL CAMPIONAMENTO DI ACQUE ED ALIMENTI NEI CONTROLLI UFFICIALI. ASPETTI NORMATIVI ED ADEGUAMENTO ALLE NORME DI RIFERIMENTO IN VIGORE	26	OPERATORI DELLE U.O.C.: LABORATORIO DI SANITA' PUBBLICA; SIAN; SIAV; SEMP; SIAOA	3	35	105	16
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE UOC MATERNO INFANTILE	COSTRUIRE UN INTERVENTO DI EDUCAZIONE SESSUALE E RELAZIONALE/AFFETTIVA NELLE SCUOLE SUPERIORI	10	OPERATORI DELL'EQUIPE DEI CONSULTORI FAMILIARI AZIENDALI	1	35	35	16

<b>AREA GIURIDICO – AMMINISTRATIVA</b>							
<b>STRUTTURE PROPONENTI</b>	<b>TITOLO</b>	<b>OBIETTIVO O FORMATIVO ECM</b>	<b>TARGET</b>	<b>EDIZIONI</b>	<b>PARTECIPANTI PER EDIZIONI</b>	<b>PARTECIPANTI TOTALI</b>	<b>IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE</b>
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO UOC TECNICO UOC ECONOMICO PATRIMONIALE	NUOVO CODICE SUGLI APPALTI PUBBLICI (D. LGS N°36/2023 E DELLE MODIFICHE INTRODOTTE DELLA NORMATIVA SUL PNRR E PNC) CORSO BASE	NO ECM	PERSONALE DELLE U.O.C.: TECNICO; ECONOMICO PATRIMONIALE; PROVVEDITORATO; DIREZIONI AMMINISTRATIVE DEI PP.OO. AZIENDALI E UOS ENERGY MANAGEMENT	2	25	50	20
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO UOC TECNICO UOC ECONOMICO PATRIMONIALE	NUOVO CODICE SUGLI APPALTI PUBBLICI (D. LGS N°36/2023 E DELLE MODIFICHE INTRODOTTE DELLA NORMATIVA SUL PNRR E PNC) CORSO SPECIALISTICO	NO ECM	PERSONALE DELLE U.O.C.: TECNICO; ECONOMICO PATRIMONIALE; PROVVEDITORATO; DIREZIONI AMMINISTRATIVE DEI PP.OO. AZIENDALI E UOS ENERGY MANAGEMENT	1	25	25	40
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO UOC TECNICO	NUOVO CODICE SUGLI APPALTI PUBBLICI (D. LGS N°36/2023 E DELLE	NO ECM	PERSONALE DELLE U.O.C.: TECNICO; ECONOMICO PATRIMONIALE; PROVVEDITORATO; DIREZIONI AMMINISTRATIVE DEI	1	25	25	20

<b>UOC ECONOMICO PATRIMONIALE</b>	<b>MODIFICHE INTRODOTTE DELLA NORMATIVA SUL PNRR E PNC)  FORMAZIONE SPECIALISTICA PER DIRETTORI DEI LAVORI</b>		<b>PP.OO. AZIENDALI E UOS ENERGY MANAGEMENT</b>				
<b>DIREZIONE AZIENDALE</b>	<b>LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE E ORGANIZZATI VA ED INDIVIDUALE</b>	1	<b>DIRETTORI/RESPONSABILI  U.O.C./U.O.S.D./U.O.S</b>	3	25	75	12

<b>STRUTTURE PROPONENTI</b>	<b>TITOLO</b>	<b>OBIETTIVO FORMATIVO O ECM</b>	<b>TARGET</b>	<b>EDIZIONI</b>	<b>PARTECIPANTI PER EDIZIONI</b>	<b>PARTECIPANTI TOTALI</b>	<b>IMPEGNO ORARIO A EDIZIONE</b>
RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI	CORSO SPECIALISTICO PER DELEGATI AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	7	DELEGATI AL TRATTAMENTO DEI DATI FACILITATORI COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO PER LA PROTEZIONE DEI DATI	4	35	140	4
RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI	CORSO SPECIALISTICO PER AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	7	AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	6	35	210	4
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO UOC ECONOMICO PATRIMONIALE	SISTEMA DI CONTABILITA' ECONOMICO PATRIMONIALE UNICO PER LE P.A. (PNRR)	NO ECM	PERSONALE DELL'UOC ECONOMICO PATRIMONIALE	1	35	35	24
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO UOC ECONOMICO PATRIMONIALE	IL SISTEMA CONTABILE DEL SSN E I BILANCI DI PREVISIONE CONSUNTIVO E CONSOLIDATO ALLA LUCE DEGLI ULTIMI AGGIORNAMENTI	NO ECM	PERSONALE DELL'UOC ECONOMICO PATRIMONIALE	1	35	35	24
UOS SERVIZIO LEGALE	LA RESPONSABILITA'	6	DIRETTORI UU.OO.CC. E RESPONSABILI	4	20	80	6



PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

<b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICO UOC MEDICINA LEGALE</b>	<b>PROFESSIONAL E NELL'AMBITO SANITARIO: LA LEGGE "BIANCO- GELLI"</b>		UOSD/UOS AREA OSPEDALIERA				
<b>REFERENTE DELLA PREVENZIONE E DELLA CORRUZIONE</b>	<b>PREVENZIONE DEL FENOMENO CORRUTTIVO NELLE AZIENDE SANITARIE: LA MAPPATURA DEI RISCHI</b>	NO ECM	TEAM DI RAPPRESENTANTI DI UU.OO.CC./UU.OO. SS. DEFINITE AD ALTO RISCHIO CORRUZIONE	2	25	50	16



## DIFFUSIONE DELLE INFORMAZIONI

La diffusione delle informazioni riguardanti il Piano formativo viene garantita dall'U.O.S. Formazione Permanente, attraverso la pubblicazione del documento deliberato dalla Direzione Aziendale, sul portale web della formazione, per la visualizzazione da parte di tutti gli operatori interni ed esterni all'Azienda, al fine di assicurare trasparenza alla governance dei processi formativi.

## PIANO DELLA QUALITA' ECM

Il Piano della Qualità ECM, adottato con delibera D.G. n°493 del 04.04.2022, definisce e descrive le responsabilità ed i criteri di gestione delle attività formative del Provider ECM, per l'implementazione il mantenimento ed il miglioramento continuo di un Sistema di Qualità aziendale per l'educazione continua in medicina (ECM), che soddisfi e supporti la politica della qualità nello svolgimento degli eventi e progetti formativi.

Il Piano della Qualità, così come previsto dalla norma di riferimento, è tra gli elementi documentali obbligatori per la gestione del Sistema qualità ECM ed è finalizzato alla descrizione delle modalità di funzionamento e controllo del sistema operativo per la formazione continua, assumendo anche un ruolo importante nella comunicazione e nel supporto documentale.

Lo scopo principale è quello di rappresentare la qualità formativa legata alla capacità del Provider di promuovere, gestire e tenere sotto controllo il processo lavorativo legato nello specifico alla progettazione, pianificazione, esecuzione e controllo delle attività di formazione continua, che ha come destinatari i professionisti della sanità che operano come soggetti pubblici o privati all'interno del Servizio Sanitario della Regione Sicilia.

Il Piano della qualità trova applicazione oltre che da parte dell'Unità Operativa Formazione Permanente, anche da parte di tutte quelle articolazioni aziendali che hanno la responsabilità di proporre attività formative ECM per il personale del ruolo sanitario in forza presso le stesse, e vincola anche i singoli professionisti sanitari che partecipano ad eventi formativi ECM, organizzati



## PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

dall'ASP di Siracusa, in quanto il sistema ECM pone degli obblighi diretti di aggiornamento in capo agli stessi.

L'UOS Formazione Permanente persegue la politica della qualità della formazione, garantendo i seguenti elementi qualitativi:

- ✓ continuità e sistematicità
- ✓ correttezza metodologica
- ✓ congruenza con gli obiettivi formativi identificati dalla Direzione, dai Responsabili delle unità organizzative e dagli operatori
- ✓ equità, trasparenza e pari opportunità di accesso.

L'UOS Formazione Permanente garantisce un sistema che assume come tappe fondamentali del processo metodologico:

- ✓ identificazione partecipata dei bisogni formativi;
- ✓ utilizzo di metodi didattici coerenti agli obiettivi formativi identificati per una concreta fruibilità delle conoscenze e abilità, funzionali alla centralità dei destinatari, favorendo processi di integrazione, partecipazione e consenso;
- ✓ criteri di scelta e valutazione dei docenti (applicazione del **“Regolamento di accesso e di funzionamento dell'albo docenti interni ed esterni per l'attività di formazione interna” dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa; giusta delibera n°705 del 14.05.2021**);
- ✓ valutazione dell'efficacia della formazione.

Il Piano è consultabile presso la sezione “Documentazione”, sul portale web della formazione, raggiungibile attraverso il seguente indirizzo:

**[https://serviziweb.inaz.it/formaz\\_aspsr/Index.aspx](https://serviziweb.inaz.it/formaz_aspsr/Index.aspx)**

## VALUTAZIONE

Gli strumenti ed i processi di verifica e monitoraggio della qualità dell'offerta formativa, sono strumenti indispensabili per garantire che gli investimenti risultino coerenti ed efficaci nel favorire il raggiungimento sia degli obiettivi del sistema formativo, sia quelli del sistema aziendale. Monitorare la qualità dell'offerta significa entrare nel merito del rapporto tra bisogni espressi nella domanda formativa ed i risultati rappresentati dalle ricadute professionali organizzative osservabili e misurabili nel post-formazione.

L'UOS Formazione utilizza quali indicatori di risultato:

- Grado di partecipazione: la presenza all'evento formativo con registrazione di firma all'ingresso e all'uscita;
- Gradimento dell'evento/progetto formativo: il risultato del questionario di gradimento;
- Apprendimento dei contenuti: il risultato del test di apprendimento, in genere a scelta multipla o a risposte aperte, e/o scheda di rilevazione di abilità tecniche acquisite;
- Ricaduta organizzativa: la relazione del soggetto preponente (Dipartimenti, Distretti, Presidi Ospedalieri etc...), in merito alle modifiche dei comportamenti e delle performance individuali, di gruppo e aziendali, a fronte della formazione ricevuta e comprovate da evidenze oggettive, da redigersi entro sei mesi dalla fine dell'evento/progetto formativo.

## RISORSE ECONOMICHE

La Direzione Aziendale assegna annualmente all'U.O.S. Formazione Permanente, il budget economico, al fine di sostenere la realizzazione delle attività formative inserite nel Piano di riferimento. Per l'anno 2024, la previsione dei costi è di euro 380.000,00.

L'U.O.S. Formazione Permanente si impegna affinché il Piano Formativo Aziendale sia orientato a criteri di efficacia, di efficienza ed economicità, come indicato dalla Direzione Aziendale.



Hanno priorità le attività formative che rispondono agli obblighi normativo/contrattuali e agli obiettivi prioritari esplicitati dalla Direzione Aziendale.

## CONCLUSIONI

Il PFA viene trasmesso alle Organizzazioni Sindacali per l'informativa. Successivamente approvato con atto deliberativo, viene trasmesso all'Assessorato Regionale della Salute.

Il piano formativo dell'ASP, *"documento redatto annualmente che stabilisce e descrive le iniziative formative interne, enunciando i principi e gli obiettivi strategici che l'ente intende attivare"*, non esaurisce la complessità dei bisogni di sviluppo professionale di tutti gli operatori dell'Azienda per i quali è prevista, nel rispetto delle norme contrattuali, la possibilità di usufruire delle opportune occasioni di **formazione esterna e/o individuale** per completare il proprio percorso formativo, attraverso l'istituzione di un "budget" per la formazione fuori sede.

L'Azienda, in qualità di Provider ECM, nel rispetto dei principi e degli obiettivi identificati nel Piano Formativo Annuale, può provvedere alla realizzazione di attività formative non previste all'interno del PFA a seguito di:

- proposte provenienti dai Direttori di UU.OO.CC. dell'Azienda, che rilevano il bisogno di attivare iniziative formative finalizzate a sviluppare particolari tematiche;
- proposte provenienti da istituzioni ed associazioni del territorio che richiedono la collaborazione nell'attivazione di eventi formativi ed il relativo accreditamento ECM.

Il piano formativo può subire integrazioni o modifiche relativamente ad esigenze specifiche, ad indicazioni provenienti dalla Direzione Aziendale o all'entrata in vigore di nuove normative quindi deve intendersi per alcuni aspetti flessibile e può comportare variazioni nel corso dell'anno. Sarà ammessa l'attivazione di eventi formativi non inseriti nel PFA 2024, previa autorizzazione da parte del Direttore Generale.

La realizzazione di tutte le attività formative previste nel Piano di Formazione 2024, è subordinata all'assegnazione adeguata di risorse umane ed economiche.

## RIFERIMENTI NORMATIVI – NORMATIVA NAZIONALE

- PNRR 2021 (Piano nazionale di ripresa e resilienza)
- Decreto Presidenza Consiglio Ministri - Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di attività e organizzazione – 30 giugno 2022 n.132;
- Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni;
- Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”;
- Decreto Ministero della Sanità del 01/02/2000 “Tariffe orarie per corsi di formazione, perfezionamento ed aggiornamento organizzati dall’Istituto Superiore di Sanità”;
- Decreto Ministero della Sanità del 01/02/2000 “Tariffe orarie per attività di docenza svolta dal personale del comparto delle istituzioni ed enti di ricerca e sperimentazione”;
- Decreto Legislativo n. 196/2003;
- D. Lgs. n. 82 del 7 marzo 2005 - Codice dell'Amministrazione Digitale (G.U. n. 112 del 16/05/2005 – S.O. n. 93);
- Accordo Stato Regioni 1 agosto 2007, n. rep. 168 che definisce le modalità per la programmazione e la realizzazione delle attività di accreditamento e per la verifica dei provider;
- D.M. 17 marzo 2008 che ricostituisce presso l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali la commissione nazionale per la formazione continua;
- Decreto Legislativo n. 81/2008 e s.m.i;
- Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009, “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- Accordo Stato Regioni 5 novembre 2009 rep. 192 che definisce il nuovo sistema di formazione continua in medicina;
- D. Lgs. n. 178 del 01/12/2009 “Riorganizzazione della Scuola superiore della pubblica amministrazione (SSPA), a norma dell'articolo 24 della legge 18 giugno 2009, n. 69” (G.U. n. 290 del 14/12/2009); ● Delibera CIVIT n. 114/2010, in tema di applicazione del D.Lgs. n. 150/2009 e della Delibera n. 88/2010 agli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- Decreto Legislativo n. 235 del 30 dicembre 2010 “Modifiche ed integrazioni al Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante Codice dell’Amministrazione Digitale, a norma dell’articolo 33 della Legge n. 69 del 18 giugno 2009”:



#### PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

- Direttiva n. 10/2010 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, "Programmazione della formazione delle amministrazioni pubbliche", che al Punto 2 "quantificazione delle risorse finanziarie" richiama le amministrazioni al contenimento della spesa ponendo un limite preciso al finanziamento delle attività esclusivamente formative dei pubblici dipendenti, prevedendo in particolare che a partire dal 2011 le Amministrazioni debbano ridurre del 50% rispetto al 2009, le risorse finanziarie destinate agli interventi formativi;
- Accordo Stato Regioni del 21/12/2011 che definisce la formazione specifica sulla sicurezza nei luoghi di lavoro pubblicato sulla G.U.R.I. n.8 del 11/01/20;
- Decreto Legislativo 33 del 14 marzo 2013 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" (Codice della Trasparenza);
- D.M. 19 marzo 2015 "Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al Decreto 18 settembre 2002" (GU Serie Generale n.70 del 25 marzo 2015);
- Decreto Legislativo n. 179 del 22 agosto 2016 "Modifiche ed integrazioni al Codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, ai sensi dell'articolo 1 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche. (GU Serie Generale n.214 del 13/09/2016);
- Accordo Stato-Regioni del 07/07/2016 – Rep. 128/CSR – finalizzato all'individuazione della durata e dei contenuti minimi dei percorsi formativi per i responsabili e gli addetti dei servizi di prevenzione e protezione; ●Accordo Stato Regioni del 02/02/2017 – Rep. 14/CSR - in tema di formazione continua in medicina pubblicato sulla G.U.R.I. n. 274 del 23/11/2017;
- Decreto Legislativo n. 74 del 25/05/2017 "Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124" (G.U. n. 130 del 07/06/2017);
- Decreto Legislativo n. 217 del 13 dicembre 2017 "Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 26 agosto 2016, n. 179, concernente modifiche ed integrazioni al Codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, ai sensi dell'articolo 1 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" (GU Serie Generale n.9 del 12/01/2018);
- Delibera Commissione Nazionale per la formazione continua del 15/03/2018;
- Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali (GDPR) n. 2016/679, entrato in vigore il 25 maggio 2018;
- D. Lgs. n. 101 del 10/08/2018 "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali,



#### PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)” (G.U. n. 205 del 04/09/2018);

- Manuale nazionale Agenas di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM del 01/01/2019;
- Manuale Agenas sulla formazione continua del professionista sanitario del 01/01/2019;
- Legge n. 3 del 09/01/2019 “Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione, nonché in materia di prescrizione del reato e in materia di trasparenza dei partiti e movimenti politici” (G.U. n. 13 del 16/01/2019);
- Delibera Commissione Nazionale Formazione Continua Agenas sull’obbligo formativo per il triennio 2020-2022 del 18/12/2019;
- Delibera Commissione Nazionale Formazione Continua Agenas in materia di Sperimentazioni cliniche del 18/12/2019;
- Accordo Stato Regioni del 06/08/2020 (Rep. N. 127/CSR) – Approvazione Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025;
- Manuale Commissione Nazionale Formazione Continua Agenas delle verifiche dei provider del 04/02/2021: ●Delibera Commissione Nazionale Formazione Continua Agenas composizione dei Comitati scientifici dei provider del 04/02/2021;
- Delibera Commissione Nazionale Formazione Continua Agenas in materia di questionari di verifica dell’apprendimento degli eventi FAD in vigore dal 11/03/2021;
- A.C.N. Specialistica Ambulatoriale del 20/05/2021 (rinnovo dell’ACN del 17/12/2015);
- Delibera Commissione Nazionale Formazione Continua emergenza epidemiologica da Covid-19 in vigore dal 23/06/2021 (modifica della Delibera del 04/02/2021);
- DECRETO-LEGGE 23 luglio 2021, n. 105 “Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e per l'esercizio in sicurezza di attività sociali ed economiche. (GU Serie Generale n.175 del 23-07- 2021) convertito con modificazioni dalla Legge 16 settembre 2021, n. 126 (in G.U. 18/09/2021, n. 224). ●A.C.N. Medicina Generale del 28/04/2022 (rinnovo dell’ACN del 23/03/2005); ● A.C.N. Pediatria del 28/04/2022 (rinnovo dell’ACN del 29/07/2009);
- Decreto Ministero della Sanità n. 77 del 23/05/2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;
- Delibera Commissione Nazionale Formazione Continua Agenas in materia di Bonus crediti ECM del 08/06/2022;
- Delibera Commissione Nazionale Formazione Continua Agenas in materia di Docenza, tutoring e altri ruoli e Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM del 08/06/2022;



## PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

- D.M. 2 settembre 2021 “Criteri per la gestione dei luoghi di lavoro in esercizio ed in emergenza e caratteristiche dello specifico servizio di prevenzione e protezione antincendio” Entrata in vigore 04/10/2022;

### NORMATIVA REGIONALE SICILIANA

- Legge Regionale n. 30 del 3 novembre 1993 “Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali”, che all’art. 20 istituisce il Centro per la Formazione Permanente e l’Aggiornamento del personale del Servizio sanitario – CEFPAS;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia del 09/02/2005 “Nuove modalità di presentazione dei progetti di aggiornamento, formazione e informazione in campo sanitario”;
- Accordo Regionale dell’Emergenza Sanitaria Territoriale, pubblicato con D.A. 23 febbraio 2007 sulla GURS Parte I n. 14 del 30 marzo 2007, che all’art. 4, disciplina l’istituto contrattuale aggiornamento e formazione e l’Accordo Aziendale Medici Emergenza Sanitaria Territoriale siglato in data 24 giugno 2013 e successiva nota prot. n. 5107 del 20/01/2014 Servizio 2 dell’Assessorato Regionale Sanità “Area dell’Emergenza Sanitaria Territoriale. Corsi di formazione e aggiornamento – precisazioni in merito all’art. 4 dell’A.I.R. 2007”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia. n. 747 del 3 maggio 2007 (direttive per la gestione delle attività di formazione e aggiornamento presso le aziende sanitarie);
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 2826 del 13 dicembre 2007 di istituzione del livello regionale del sistema di educazione continua in medicina con il compito di promuovere lo sviluppo professionale degli operatori sanitari;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 297 del 26 febbraio 2008 di integrazione al Decreto n. 2826 del 13 dicembre 2007;
- Legge Regionale 16 dicembre 2008, n. 19, recante “Norme per la riorganizzazione dei dipartimenti regionali. Ordinamento del governo dell’amministrazione della regione”;
- Legge Regionale 14 aprile 2009, n. 5 recante “Norme per il riordino del servizio sanitario regionale”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 1465 del 28 maggio 2010 con il quale sono recepiti ed adottati i contenuti degli accordi Stato Regioni dell’1 agosto 2007 e 5 novembre 2009;
- Accordo Integrativo Regionale di Continuità Assistenziale vigente, pubblicato con D.A. del 06 settembre 2010 sulla GURS Parte I n. 45 del 15 ottobre 2010, che, ai sensi all’art. 15, rubricato come “Formazione continua (Art. 20 A.C.N. del 29/07/2009)”, prevede che l’A.S.P. organizzi, secondo quanto previsto dall’A.C.N., art. 20, comma 8, corsi di aggiornamento professionale per



## PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

i medici di Continuità Assistenziale, con l'impegno che a tali attività siano riconosciuti crediti formativi E.C.M. per medici titolari e sostituti, al momento in servizio attivo;

- Accordo Integrativo Regionale dei Medici Specialisti Ambulatoriali, dei Medici Veterinari e delle altre professionalità (Biologi, Chimici e Psicologi) ambulatoriali stipulato ai sensi dell'A.C.N. del 29/07/2009 e s.m.i. pubblicato con D.A. Sanità Regione Sicilia del 28 agosto 2012 sulla GURS Parte I n. 41 del 28 settembre 2012 che, all'art. 12, prevede una collaborazione tra l'U.O. Formazione aziendale e gli specialisti di branca per la programmazione condivisa e la realizzazione di percorsi formativi;
- D.D.G. Assessorato della Salute Regione Sicilia n. 278 del 18 febbraio 2011 con il quale è stata approvata la convenzione tra l'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (A.Ge.Na.S) e la Regione Siciliana – Assessorato della salute, finalizzata all'accreditamento in via sperimentale degli eventi e dei progetti formativi aziendali, nonché dei provider per l'erogazione della formazione in ambito regionale, con l'obiettivo di creare un sistema di formazione continua della Regione Siciliana;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 1050 del 8 giugno 2011 "Nuove Linee guida per il riordino del sistema siciliano di formazione continua in medicina (ECM)", con le quali si dà avvio al sistema di accreditamento regionale dei provider;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 1771 del 07 settembre 2012 "Approvazione dell'assetto organizzativo delle Unità Operative per la Formazione nelle Aziende Sanitarie della Regione Siciliana e relative linee guida";
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 2471 del 23 dicembre 2013 "Manuale di Accreditamento provider ECM della Regione Siciliana";
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia del 10 febbraio 2016 "Approvazione del documento recante Direttive sulla implementazione del Sistema regionale della formazione";
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 1354/2017 del 10 luglio 2017 "Recepimento ed adozione dell'Accordo Stato Regioni del 02/02/2017 in tema di formazione continua in medicina";
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 1977 del 11/10/2017 "Ricostituzione della Commissione regionale per la formazione continua (CRFC)", pubblicato sulla G.U.R.S. n. 57 del 29/12/2017;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 733 del 24/04/2018 "Rimodulazione e proroga al 2019 del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 e degli indirizzi operativi";
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 1539 del 05 settembre 2018 sulla promozione dell'allattamento al seno;



#### PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

- Circolare n. 18 del 04 ottobre 2018 dell'Assessorato della Salute Regione Siciliana -D.A.S.O.E. – Servizio 9 – U.O. 9.2: “Piano di Prevenzione 2014-2019 – Potenziamento dell’operatività degli screening oncologici”;
- Direttiva Assessorato della Salute Regione Sicilia – D.A.S.O.E. - prot. n. DASOE/8 53456 del 01/07/2019 “Programma Regionale Appropriatazza “Fare di più non (sempre) significa fare meglio” (Campagna internazionale “Choosing Wisely”);
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 856/2019 del 09/05/2019 “Piano formazione continua 2019-2021”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n. 1432 del 08/07/2019, pubblicato su G.U.R.S. n. 34 del 17/07/2019 - Recepimento dell’Accordo Stato Regioni n. 128 del 7 luglio 2016 sulla durata e contenuti minimi dei percorsi formativi per responsabili e addetti dei servizi di prevenzione e protezione (ex art. 32 D. Lgs. 81/2008);
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Siciliana n°703/2020 DEL 04/08/2020 “Documento di indirizzo regionale per l’organizzazione dei programmi aziendali di antimicrobial stewardship”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n°1162 del 27.06.2018 Recepimento del “Piano Nazionale di contrasto dell’antibiotica-resistenza (PNCAR 2017/2020)”;
- Decreto Assessoriale del 20.02.2020 “Approvazione del documento di indirizzo regionale per la gestione dei pazienti affetti da malattia di parkinson e parkinsonismi”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Siciliana n°629/2019 – revoca del decreto n°602 del 16.04.2018 e approvazione del nuovo documento “Percorso diagnostico terapeutico (PDTA) per la gestione integrata delle persone con diabete mellito in età adulta”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia 25 maggio 2018 documento regionale “Percorso diagnostico terapeutico assistenziale in ambito cardio-oncologico”;
- Decreto Assessoriale della Salute della Regione Sicilia n°2274/2016 documento di indirizzo regionale “Percorsi assistenziali per la gestione integrata dei pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n°547/2020 “Rete del trauma maggiore percorso diagnostico-terapeutico assistenziale” “Atto di indirizzo – percorsi riabilitativi della persona traumatizzata con grave cerebrolesione acquisita e/o mielolesione”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia n°166/2020 “Recepimento Piano nazionale Medicina di Genere – Istituzione Tavolo tecnico Regionale di Coordinamento per la Medicina di Genere”;
- Decreto Assessoriale della Salute Regione Sicilia del 123/11/2020 “Recepimento del Piano nazionale della prevenzione 2020-2025”

Piano Regionale della Comunicazione per la Salute 2021

## SEZIONE 4 – MONITORAGGIO

### PRINCIPI E STRUMENTI DEL PROCESSO

Per la valutazione annuale della performance organizzativa ed individuale l'Azienda si è dotata di un regolamento ove è previsto un processo per organizzare in modo efficace ed efficiente il complesso delle attività finalizzate a realizzare il ciclo di gestione della performance.

L'Azienda, ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. 150/2009, e del Decreto dell'Assessore alla Salute Regione Sicilia del 26/9/2011, ai fini di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, redige annualmente i seguenti documenti:

- a) Documento programmatico, piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti del ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di periodo e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;
- b) Un documento, denominato "Relazione sulla performance" che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

### PROCESSO

L'Azienda, ai fini della Misurazione e valutazione della Performance, ha adottato un documento con le procedure relative a:

- Predisposizione del Piano della performance;
- Ciclo di gestione della performance;
- Predisposizione della Relazione sulla performance.

## **DEFINIZIONE DI PIANO DELLA PERFORMANCE**

Il Piano della Performance è un documento programmatico, da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione economico - finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori. Esso è redatto anche in conformità agli atti di programmazione emanati dalla Regione e dallo Stato (Piano sanitario nazionale e Piano sanitario regionale) e tenendo conto anche delle indicazioni normative avente ad oggetto la pianificazione e l'evoluzione del sistema sanitario.

## **I SOGGETTI DEL PROCESSO DI STESURA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE**

Il processo di formulazione del piano aziendale prevede il coinvolgimento della Direzione Aziendale, dei Dipartimenti Sanitari ed Amministrativi.

1. La Direzione Aziendale recepisce gli indirizzi della Regione in merito ai programmi di sviluppo del sistema di offerta di servizi sanitari ed alle risorse economico-finanziarie a disposizione dell'Azienda e definisce gli obiettivi strategici aziendali. Sulla base degli obiettivi e delle risorse, la Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa, congiuntamente, predispongono il Piano della Performance.
2. I Dipartimenti sanitari, l'Area territoriale e i Distretti Ospedalieri partecipano alla stesura del Piano della performance fornendo indicazioni circa gli obiettivi triennali da perseguire in riferimento agli specifici livelli di assistenza e alle strutture interne.
3. I Dipartimenti amministrativi curano, in particolare, le dinamiche del personale, il programma pluriennale degli investimenti e la quantificazione finanziaria ed economica utile per la realizzazione dei programmi e dei progetti.
4. Il Controllo di gestione supporta il processo di programmazione e l'interazione tra gli attori sopra indicati.
5. L'O.I.V. garantisce l'obiettività e l'accuratezza metodologica di tale processo.



## **IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE**

Il processo di definizione del Piano segue cinque fasi logiche:

Definizione dell'identità dell'organizzazione;

Analisi del contesto esterno ed interno;

Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie;

Definizione degli obiettivi operativi;

Comunicazione del Piano all'interno e all'esterno.

### **DEFINIZIONE DELL'IDENTITÀ**

In questa fase il Management Aziendale ed i Responsabili dei Dipartimenti hanno il compito di rilevare in modo puntuale i dati quantitativi relativi al proprio settori di attività, riferiti all'esercizio precedente a quello di riferimento del Piano. I dati devono essere rappresentati sinteticamente in prospetti condivisi con chi elabora il documento.

### **ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO**

In questa fase il Management Aziendale ed i Responsabili dei Dipartimenti devono predisporre una scheda sintetica nella quale evidenziare gli elementi (piani, direttive, etc.) che incidono sulla propria attività e i dati quantitativi o indicatori che consentano di valutare il posizionamento dell'azienda rispetto al contesto esterno regionale/nazionale nonché le criticità principali.

### **DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI E DEGLI OBIETTIVI OPERATIVI**

Sulla base dell'analisi del contesto e delle criticità e tenendo conto degli indirizzi regionali, dei Distretti Ospedalieri ed i Responsabili dei Dipartimenti insieme alla Direzione Sanitaria o Amministrativa (a seconda dell'area di competenza) devono definire gli obiettivi strategici da perseguire nel triennio futuro.

Per ogni obiettivo strategico i suddetti attori predispongono una scheda in cui riportare gli obiettivi annuali da realizzare, l'indicatore e il valore atteso nel triennio, completo di una breve sintesi della finalità dell'attività.



## **ADOZIONE E COMUNICAZIONE DEL PIANO ALL'INTERNO E ALL'ESTERNO**

L'Azienda adotta il Piano della performance entro il 31 gennaio e successivamente provvede a pubblicare sul sito aziendale istituzionale il Piano.

Di seguito si riportano le fasi del processo seguito per la predisposizione del documento e i soggetti coinvolti.

### **IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE**

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

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

### **DEFINIZIONE E ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI**

Le funzioni di indirizzo e di decisioni strategiche, sono di competenza della Direzione aziendale; le funzioni di gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa sono attribuite ai Dirigenti apicali. Ad essi è riconosciuta autonomia gestionale ed operativa, a cui è collegata una diretta responsabilità dei risultati raggiunti, valutati in relazione alle risorse impiegate. Questo principio si attua attraverso il ciclo della performance di seguito indicato.

I piani di medio lungo periodo si traducono in obiettivi annuali negoziati e attribuiti ai Dipartimenti e Strutture apicali e declinati in obiettivi operativi per i Dirigenti delle Strutture attraverso i piani di azione correlati ad ogni obiettivo.

Gli obiettivi possono essere di tipo economico, operativo e di qualità e sono misurati da indicatori capaci di esprimerne il grado di raggiungimento in modo oggettivo.

La responsabilità nel raggiungimento di un obiettivo può essere assegnata ad una struttura organizzativa o a più strutture organizzative, qualora per il raggiungimento sia necessaria un'attività trasversale a più Strutture. In questo caso la Direzione Aziendale individua il Gruppo



## PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

di lavoro in funzione del coinvolgimento delle strutture ed individua un Coordinatore a cui viene affidato il compito di definire il Piano di azione e di rapportarsi con la Direzione aziendale per le attività di monitoraggio periodico e finale.

### I SOGGETTI DEL PROCESSO DI BUDGET

I soggetti coinvolti nel Processo di Budget sono i seguenti:

- Direzione Aziendale;
- Comitato Budget;
- Controllo di gestione;
- Programmazione strategica
- Centri di Responsabilità.

1) La **Direzione Aziendale** comprende la Direzione Generale, Sanitaria ed Amministrativa e rappresenta il vertice strategico dal quale prende avvio il processo di programmazione. Essa è responsabile della qualità degli indirizzi di riferimento per la predisposizione del Budget, nonché della tempestività della loro emanazione ed ha un ruolo decisivo nell'impostazione dell'intero processo.

Nell'ambito del Processo di Budget, la Direzione Aziendale:

- > traduce in obiettivi aziendali gli indirizzi di politica sanitaria ed economica regionale e quelli della pianificazione strategica aziendale, attraverso la definizione delle linee di programmazione;
- > formula pareri e osservazioni sui contenuti del Budget Aziendale, del Bilancio di Previsione e sugli esiti del processo di confronto tra l'Azienda e la Regione;
- > analizza e formula pareri rispetto ai documenti di programmazione che vengono posti alla sua attenzione durante le diverse fasi del Processo di Budget;
- > approva i Budget dei Centri di Responsabilità, il Budget Aziendale complessivo e il Bilancio di Previsione;
- > approva variazioni ai Budget dei Centri di Responsabilità eventualmente necessarie in corso d'esercizio;

2) Il **Comitato di Budget** è così composto:

- > Direttore Amministrativo con funzioni di Coordinatore
- > Direttore Sanitario



## PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

- > Un Direttore di U.O.C. o capo Dipartimento
- > Resp. del Controllo di Gestione
- > RESP. Programmazione e Pianificazione
- > Resp. U.O.C. Sistemi Informatici SIFA
- > Segretario individuato dal Coordinatore a supporto dell'istruttoria

## **FUNZIONI COMITATO DI BUDGET**

Nell'ambito del Processo di Budget il Comitato di Budget svolge attività di supporto alla Direzione Aziendale nelle fasi di Programmazione Annuale, nelle diverse fasi del Processo di Budget dell'istruttoria della valutazione e propone, attraverso il Coordinatore, il Calendario di negoziazione; si avvale dei responsabili delle verifiche e dei processi.

Negozia gli obiettivi con i Direttori di Dipartimento e/o U.O.C. ed a seguito di tale negoziazione propone i medesimi al Direttore Generale che li assegna formalmente.

3) Il **Controllo di Gestione** prende parte attiva nel Processo di Budget del quale cura l'intera istruttoria, divenendo anche elemento di collegamento tra gli attori del processo.

Nell'ambito del Processo di Budget, il Controllo di Gestione:

- > supporta l'elaborazione e/o coordinamento dei singoli prospetti che compongono la struttura contabile dei Budget;
- > supporta il monitoraggio del processo di formazione del Budget Aziendale;
- > a seguito della definizione degli indirizzi annuali di Budget da parte della Direzione Aziendale, la supporta nella implementazione dei medesimi;
- > supporta la Direzione Aziendale nelle attività di monitoraggio, analisi e valutazione sul raggiungimento degli obiettivi economici;
- > supporta la Direzione Aziendale nella formulazione di modifiche e variazioni al Budget eventualmente necessarie in corso d'esercizio;
- > si interfaccia con l'Organismo Indipendente di Valutazione per la parte di sua competenza

#### **4) U.O.S. Programmazione strategica.**

supporta la Direzione Aziendale nella formulazione delle proposte di obiettivi, da parte della Direzione medesima, per singolo Centro di Responsabilità e li formalizza attraverso la predisposizione delle Schede Obiettivi;

5) **Centri di Responsabilità** individuati nei dipartimenti, nelle UOC e UOSD rappresentano le strutture Aziendali con titolarità di Budget e sono direttamente responsabili rispetto ai risultati raggiunti ed alle risorse impiegate. Essi costituiscono articolazioni organizzative, generalmente di

tipo complesso, con assegnazione di Budget.

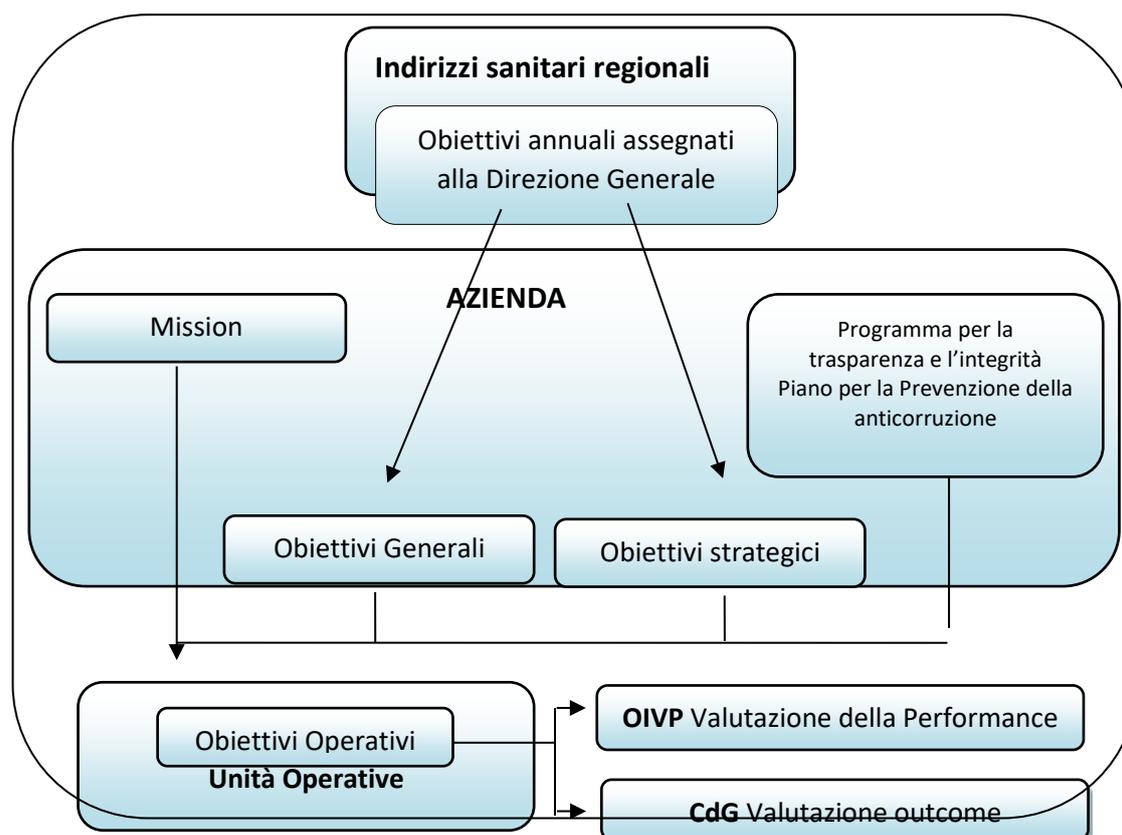
I Centri di Responsabilità partecipano al processo di Budget tramite i Direttori di Struttura gli stessi negoziano si confrontano sulle attività di seguito riportate:

- > proporre obiettivi ad integrazione di quelli proposti dal Comitato Budget;
- > negoziare gli obiettivi proposti dal Comitato di Budget;
- > formulare commenti e pareri sul proprio Budget;
- > richiedere una negoziazione ulteriore qualora dissentano dagli esiti del primo incontro;
- > elaborare proposte, pareri e critiche in riferimento agli obiettivi assegnati,

## FASI DEL PROCESSO DI BUDGET

### Fasi e Tempi del Processo di Budget

Il Processo di Budget comprende l'insieme delle regole aziendali che definiscono, in modo esplicito e trasparente, quali passaggi devono essere compiuti per giungere alla formalizzazione degli obiettivi.



### Fasi e tempi del Processo di Budget

Per l'anno 2022, in attesa di nuova assegnazione di obiettivi da parte dell'Assessorato alla Salute, vengono riportati gli obiettivi assegnati durante il 2° semestre 2020, essendo collegati con gli obiettivi aziendali contrattati dal Direttore generale con l'Assessorato alla Salute e validi per il 2° semestre 2020 e per l'anno 2021.

	DESCRIZIONE
<b>FASE 1</b>	<i>Determinazione degli indirizzi programmatici e trasmissione ai Centri di Responsabilità</i>
<b>FASE 2</b>	<i>Elaborazione delle Schede di Budget (Budget della Produzione, delle Risorse e dei Consumi) e Budget Operativo Aziendale e predisposizione della determina di adozione</i>
<b>FASE 3</b>	<i>Assegnazione obiettivi e correlati indicatori e target per Centri di Responsabilità</i>
<b>FASE 4</b>	<i>Analisi dei dati preliminare agli incontri negoziali e definizione calendario di negoziazione</i>
<b>FASE 5</b>	<i>Negoziazione degli obiettivi</i>
<b>FASE 6</b>	<i>Approvazione del Budget Aziendale e degli Obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità</i>
<b>FASE 7</b>	<i>Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi</i>
<b>FASE 8</b>	<i>Monitoraggio consuntivo del grado di raggiungimento degli obiettivi</i>



## **FASI PROCESSO DI BUDGET.**

### **Fase 1 - Determinazione degli indirizzi programmatici e trasmissione ai Centri di Responsabilità**

L'obiettivo di questa fase è quello di formalizzare il quadro di riferimento per la predisposizione del Budget Aziendale in relazione agli obiettivi aziendali.

Gli obiettivi aziendali, sono sviluppati dalla Direzione Aziendale con il supporto del Comitato di Budget, e negoziati con i vari responsabili al fine di assegnare i medesimi ai vari Centri di Responsabilità e/o alle varie U.O.C.

Ai Centri di Responsabilità viene trasmessa una Scheda proposte Obiettivi, strutturata in modo da:

- 1) poter rendere noti i macro obiettivi aziendali previsti
- 2) poter rilevare le proposte di obiettivi specifici da parte del Centro di Responsabilità
- 3) individuare le azioni da realizzare per poter raggiungere l'obiettivo proposto, unità operative coinvolte
- 4) individuare il responsabile del raggiungimento dell'obiettivo.

### **Fase 2 - Elaborazione delle Schede di Budget e Schede Obiettivi**

Il processo di definizione del budget aziendale si sviluppa secondo una logica interattiva, segue cioè un flusso di comunicazioni che parte dagli organi di direzione in ordine all'assegnazione degli obiettivi da raggiungere e delle attività da realizzare da ciascun Centro di Responsabilità ed è da questi tradotta in fabbisogni dei fattori produttivi direttamente riconducibili ai Centri di Responsabilità.

Il Comitato di Budget analizza gli obiettivi e gli indirizzi di programmazione annuali trasmessi dalla Direzione Aziendale e sulla base di queste indicazioni definisce i prospetti contabili (schede di budget) e le schede obiettivi per ogni Centro di Responsabilità e per il tramite dei Direttori di Dipartimento li trasmette a tutti i Direttori/Responsabili di UOC e UOSD.

I Direttori/Responsabili di UOC e UOSD procedono ad eventuali contro proposte e scheda di budget revisionata e le trasmettono al Direttore del Dipartimento, il quale dopo averle analizzate e validate le invia al Comitato di Budget.

Il Comitato di Budget verifica la coerenza dei prospetti contabili revisionati e degli obiettivi proposti dai Direttori di Dipartimento.

In caso di esito negativo richiedono a questi ultimi di apportare modifiche ai prospetti proposti. In caso di esito positivo il Comitato di Budget procede alla approvazione e all'invio dello stesso alla Direzione Generale per la firma.



### **Fase 3 -Assegnazione obiettivi per Centri di Responsabilità.**

La Scheda di Budget di tipo quantitativo viene accompagnata da una Scheda Obiettivi, la quale definisce le categorie di obiettivi anche in relazione a quanto disposto dalla mission aziendale e per ciascuna di esse vengono predisposti uno o più obiettivi specifici, a ciascuno dei quali è correlato il risultato dell'anno precedente, le azioni da porre in essere, il risultato atteso, il risultato raggiunto, gli strumenti probatori di verifica, percentuale di raggiungimento degli obiettivi, il peso dell'obiettivo, il punteggio ed il responsabile della verifica.

Il peso/punteggio dei singoli obiettivi sono differenziati secondo la rilevanza di ciascun obiettivo. In particolare, gli obiettivi vengono ponderati in ragione dei seguenti fattori di valutazione:

- importanza dell'obiettivo nell'ambito della programmazione dell'Azienda;
- grado di complessità tecnica organizzativa;
- rilevanza sotto l'aspetto economico e finanziario;
- innovatività e miglioramento di efficacia, efficienza e qualità, Gli obiettivi concordati in sede di budget saranno trasmessi all'Organismo Indipendente di Valutazione ai fini del monitoraggio del processo.

### **Fase 4 - Analisi dei dati preliminare agli incontri negoziali e definizione calendario di negoziazione**

All'elaborazione delle schede di budget segue una fase di analisi delle stesse, che è preliminare agli incontri negoziati. Tale fase si caratterizza per la interdisciplinarietà in quanto vede la partecipazione attiva di tutti i componenti del Comitato di Budget e, all'occorrenza, dei referenti di uffici con competenze correlate agli obiettivi specifici (ad esempio UOC Farmacia per obiettivi relativi ai consumi di farmaci e dispositivi). Si tratta di un momento di confronto e di analisi dei dati di costo e di ricavo, di consumo e di produzione, che consente di evidenziare le cause degli stessi e di eventuali scostamenti dall'andamento prevedibile.

### **Fase 5 - Negoziazione degli obiettivi dopo la preventiva assegnazione da parte della Direzione aziendale**

Gli obiettivi sono negoziati annualmente tra il Comitato di Budget ed i Direttori di Dipartimento e, quindi, successivamente vengono trasmessi ai Direttori/Responsabili di UOC e UOSD ed a tutto il personale con un processo a cascata.

### **Fase 6 - Approvazione del Budget Aziendale e degli Obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità**

La Direzione Aziendale approva il Budget Aziendale e gli Obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità e li trasmette per il tramite dei Direttori di Dipartimento ai Centri di responsabilità nonché all'Organismo Indipendente di Valutazione.



## PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

Inoltre, il Budget Aziendale definitivo viene inviato dalla Direzione Aziendale e all' UOC Economico Patrimoniale per la predisposizione del bilancio di previsione. Quest'ultimo predispose il bilancio pluriennale di previsione, il piano pluriennale degli investimenti e il budget finanziario, dopodiché inserisce i valori del bilancio di previsione e convalida gli impegni di spesa per le singole voci del piano dei conti nel sistema informativo, emettendo in automatico un codice di autorizzazione per singolo impegno di spesa.

### **Fase 7 - Monitoraggio Del Grado Di Raggiungimento Degli Obiettivi**

Al fine di favorire il raggiungimento degli obiettivi di budget, trimestralmente, compatibilmente con le adeguate risorse umane e tecnologiche all'uopo individuate, il Controllo di Gestione procede all'analisi dei dati gestionali e alla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi. Le risultanze delle analisi confluiscono in un report gestionale (Scheda monitoraggio Obiettivi) trasmesso ai Centri di Responsabilità, allo scopo di rendere noti eventuali scostamenti e per consentire l'adozione di eventuali provvedimenti e azioni correttive da intraprendere.

La Direzione Aziendale sostiene il processo e procede all'eventuale revisione degli obiettivi qualora quanto negoziato, alla luce dei risultati infra-annuali, non sia più effettivamente realizzabile. A tal fine verrà fissato, eventualmente, un incontro tra il Comitato di Budget ed il Direttore di Dipartimento interessato per discutere dei risultati relativi al primo semestre.

Nell'ipotesi in cui, durante l'esercizio di riferimento, si dovesse verificare una differenza tra risultati effettivi ed attesi, dovuta a cause esterne e non governabili dai singoli Responsabili dei Centri di Responsabilità e/o dall'Azienda, si renderà necessario attivare una fase di revisione degli obiettivi.

La modifica degli obiettivi di budget potrà avvenire in alternativa nei seguenti modi:

1. su iniziativa della Direzione Aziendale qualora, nell'ambito delle proprie funzioni di controllo, monitoraggio e verifica dei risultati infrannuali, dovessero rilevarsi differenze significative tra obiettivi e risultati effettivi;
2. su proposta motivata dei Direttori/Responsabili di UOC e UOSD per il tramite dei Direttori di Dipartimento, con comunicazione al Controllo di Gestione, al fine di attivare il processo di revisione con la Direzione Aziendale tramite il Comitato di Budget.

### **Fase 8 - Monitoraggio Consuntivo Del Grado Di Raggiungimento Degli Obiettivi**

La Scheda di monitoraggio consuntiva relativa all'intero anno di riferimento del budget riportante la percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati al Centro di Responsabilità viene redatta dal Controllo di Gestione sulla base dei dati provenienti dai Responsabili della verifica individuati nella scheda stessa e trasmessa alla Direzione Aziendale e all'Organismo Indipendente di Valutazione per le sue eventuali considerazioni.

Il Comitato di Budget trasmette la Scheda di monitoraggio consuntiva al Responsabile del Centro di Responsabilità indicando il termine entro il quale è possibile trasmettere controdeduzioni.



## PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

Eventuali controdeduzioni vengono esaminate dal Comitato di Budget e dall'Organismo Indipendente di Valutazione. Quest'ultimo, valida la regolarità del processo di valutazione e se lo ritiene può suggerire al Comitato di Budget con nota scritta e motivata di rivedere le percentuali assegnate.

All'esito dell'esame da parte del Comitato di Budget viene determinata la percentuale totale di raggiungimento degli obiettivi del Centro di Responsabilità che rappresenta per la valutazione della performance organizzativa del personale afferente al Centro di Responsabilità. Tale valutazione viene riportata nell'atto dispositivo del Direttore Generale per i successivi adempimenti amministrativi contabili.

A seguito dell'approvazione delle Schede di monitoraggio consuntive (Allegati 2 e 3) e delle percentuali di raggiungimento degli obiettivi ivi indicate, le schede vengono trasmesse con nota circolare a firma del Direttore Generale per il tramite dei Direttori di Dipartimento ai Centri di Responsabilità e all'Organismo Indipendente di Valutazione.

L'implementazione delle diverse fasi del Processo di Budget è subordinata all'evoluzione dei sistemi informativi aziendali, in particolare della Contabilità Analitica, del Controllo di gestione e loro adeguamento alle variazioni della struttura organizzativa previste dalla normativa regionale e nazionale.

L'implementazione della Contabilità Analitica e la coerenza con la contabilità economico patrimoniale sono di competenza dell'Economico patrimoniale, mentre la tenuta dei centri di costo, la veicolazione dell'alimentazione dei flussi degli stessi sono a carico del controllo di gestione

### 1.3.2 Metodologia monitoraggio raggiungimento obiettivi e scheda monitoraggio obiettivi

La Scheda monitoraggio obiettivi impiegata per determinare, sia in itinere che al termine dell'anno di riferimento del budget (anno n+1), la percentuale di raggiungimento degli obiettivi è costruita in modo da integrare le informazioni già inserite nella Scheda Obiettivi con quelle relative a:

- risultato realizzato nel periodo di riferimento
- % di raggiungimento del singolo obiettivo / punteggio

Il raggiungimento degli obiettivi e, quindi, la performance viene determinata proporzionalmente alla complessità (peso) degli obiettivi assegnati, secondo la seguente metodologia:

-determinazione della percentuale di raggiungimento di ogni singolo obiettivo rispetto al risultato prefissato;

determinazione del punteggio realizzato rispetto al peso assegnato ad ogni obiettivo - (% raggiungimento obiettivo \* peso singolo obiettivo). Il punteggio può essere espresso in termini percentuali;



## PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

-determinazione della percentuale di raggiungimento totale degli obiettivi = sommatoria dei punteggi realizzati in relazione ad ogni obiettivo.

### **I DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE E MODULISTICA**

I documenti su cui si fonda il processo del ciclo di gestione della performance sono le schede degli obiettivi ed i piani di azione.

Le schede degli obiettivi costituiscono i documenti con cui la Direzione Aziendale formalizza l'assegnazione degli obiettivi ed i relativi indicatori da perseguire in un definito periodo (solitamente l'anno), facendole sottoscrivere alle strutture individuate.

I piani di azione sono i documenti mediante i quali ciascuna struttura organizzativa pianifica, insieme alle articolazioni aziendali coinvolte, le attività da effettuare per il raggiungimento di ciascun obiettivo, individua i soggetti responsabili coinvolti nel suo conseguimento e fissa le scadenze per ciascuna delle azioni individuate. Il Piano di azione predisposto a livello di U.O. è lo strumento con il quale vengono definiti gli obiettivi operativi dei Dirigenti e viene monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante verifiche periodiche nel corso dell'anno, per consentire l'attuazione di provvedimenti correttivi appropriati e tempestivi, qualora si rendesse necessaria una revisione dell'obiettivo assegnato.



## COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA-FINANZIARIA E DI BILANCIO

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio aziendale (art. 5, c. 1 e art.10 c.1 lett.aD.lgs 150/2009). Si tratta di un principio di fondamentale importanza, perché un sistema di obiettivi è realmente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati.

Il Ciclo della performance è integrato con il ciclo di bilancio, costituendo l'uno la base degli indirizzi della programmazione economica e l'altro il vincolo alle risorse da assegnare nel rispetto dell'equilibrio economico di bilancio. Gli obiettivi sono assegnati in relazione alle risorse disponibili e previste dalla programmazione economica aziendale e non possono essere assegnati obiettivi correlati a risorse non programmate. L'U.O. Programmazione e Controllo provvede a segnalare al Servizio Economico Patrimoniale eventuali fabbisogni emersi nel corso delle negoziazioni di *budget*.

La Direzione Strategica procede alla definizione degli obiettivi raccordandosi con la UOC Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale, che vigila sul corretto utilizzo delle risorse economiche stabilite, che costituiscono limiti di spesa. In tale ambito la rendicontazione dei finanziamenti assegnati a carico del PSN rappresenta un esempio del legame tra bilancio e obiettivi aziendali.

Alla base del processo di negoziazione è indispensabile il collegamento tra la dimensione di *performance* e la dimensione finanziaria, atteso che il sistema di rendicontazione delle risorse impiegate si fonda sull'integrazione tra bilancio e sistema di contabilità analitica per centri di costo, sistema che prevede l'assegnazione diretta di risorse dedicate ad ogni singolo obiettivo dell'albero della *performance*.

La *performance* è al centro del processo di costruzione del budget, che viene definito in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

**Tappe e tempistica tra pianificazione della performance e il processo di programmazione economico-finanziaria:**

- ad inizio esercizio, la redazione del conto economico preventivo contiene la traduzione in termini quantitativi delle linee di azione connesse agli obiettivi specifici ed agli obiettivi operativi;
- contestualmente vengono elaborati i budget economico – finanziari, contenenti i tetti di spesa per centro di responsabilità;
- il bilancio preventivo viene inserito nel NSIS e costituisce la base per la negoziazione delle risorse con la Regione;



## PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

- la successiva negoziazione delle risorse con la Regione può determinare il riallineamento dai valori e la rimodulazione dei programmi eventualmente non compatibili con le risorse negoziate;
- segue la verifica di compatibilità delle azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati nel Piano: le linee di intervento fissate nel Piano vengono effettivamente attivate solo se è garantita la effettiva congruità con le risorse disponibili;
- il sistema dei controlli garantisce la coerenza delle azioni intraprese con le risorse: dal costante monitoraggio scaturiscono le eventuali azioni di riequilibrio.

### **AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE**

Facendo leva sull'attività di controllo/monitoraggio di pertinenza dell'OIV l'Azienda individuerà delle aree di criticità nell'attuazione del Ciclo di gestione della performance, rispetto alle quali questa Amministrazione porrà in essere delle azioni di miglioramento, inserendole nella programmazione dei propri obiettivi per l'anno 2021.

Una prima previsione delle azioni che questa Azienda porrà in essere, prevedrà:

- previsione e applicazione delle linee guida sulla valutazione partecipativa nel processo di performance organizzativa nelle amministrazioni pubbliche (linee guida n. 4 novembre 2019 a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri).
- implementazione delle attività di monitoraggio intermedio sullo stato di attuazione degli obiettivi
- rispetto della tempistica relativa alla valutazione annuale delle Unità Operative
- evidenza dell'assegnazione di obiettivi individuali a tutti indipendenti.
- individuazione di strumenti di monitoraggio intermedio sullo stato di attuazione degli obiettivi individuali
- implementazione del processo di integrazione fra il ciclo della performance e il ciclo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio.



## **VALUTAZIONE PARTECIPATIVA DEGLI STAKEHOLDERS NEL PROCESSO DI MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.**

La valutazione partecipativa è una forma di valutazione della *performance* che avviene nell'ambito di un rapporto di collaborazione tra amministrazione pubblica e cittadini, coinvolgendo non solo gli utenti esterni ma anche quelli interni e comprende diversi ambiti e strumenti. All'interno di tale rapporto, il processo può essere guidato prevalentemente dall'amministrazione (valutazione partecipativa) o dai cittadini (valutazione civica).

Molti metodi di valutazione, anche sofisticati, non riconoscono agli *stakeholder* autonomia nella valutazione. Il punto di vista dei cittadini è considerato oggetto di indagine, ovvero uno dei tanti punti di vista da tenere in considerazione durante la valutazione. Nella valutazione partecipativa, invece, tale prospettiva si ribalta. Il cittadino e/o l'utente cessa di essere esclusivamente oggetto di indagine, diventando co-valutatore delle attività e dei servizi di cui beneficia, anche ai fini del miglioramento organizzativo.

È svolta in collaborazione con i cittadini e/o gli utenti, mediante l'utilizzo di metodologie dichiarate e controllabili aventi anche lo scopo di ridurre l'asimmetria informativa, per la formulazione di giudizi motivati sull'operato dell'amministrazione. Sono dunque i cittadini e/o gli utenti stessi, dotati di adeguati strumenti, a produrre informazioni rilevanti per la valutazione dei servizi. L'attività di valutazione partecipativa consente così di monitorare e verificare, ad esempio, il rispetto di determinati *standard* quanti-qualitativi previsti da impegni contrattuali o carte dei servizi o il grado di rispondenza di determinate attività e servizi alle attese dei cittadini e/o utenti.

Ha come principale finalità l'integrazione dell'azione amministrativa con il punto di vista dei cittadini e/o degli utenti. Le informazioni raccolte a valle del processo di partecipazione sono rilevanti ai fini della programmazione futura e utili al miglioramento delle attività e dei servizi erogati dall'amministrazione.

### **Principali benefici che la valutazione partecipativa apporta all'amministrazione:**

<b>Migliorare la qualità delle attività e dei servizi pubblici</b>	avvicinandoli ai reali bisogni dei cittadini grazie alle loro idee e suggerimenti, attraverso cui raggiungere una conoscenza più completa dei bisogni.
<b>Promuovere processi di innovazione amministrativa</b>	
<b>Mobilizzare risorse e capitale sociale presenti sul territorio</b>	attivando processi di cittadinanza attiva, responsabilizzando e motivando i cittadini per rafforzare la coesione sociale e il senso di appartenenza alla collettività.



<b>Gestire e ridurre i conflitti</b>	rafforzando la fiducia nelle istituzioni e contrastando il <i>deficit</i> di legittimità e consenso, anche attraverso il miglioramento della trasparenza e l'apertura verso l'esterno dell'operato dell'amministrazione pubblica.
<b>Integrare il performance management nei processi decisionali</b>	collegando realmente la valutazione alla pianificazione, migliorando l'uso delle informazioni di <i>performance</i> sia da parte dei dirigenti pubblici e dei politici, sia da parte dei cittadini.

**RIFERIMENTO NORMATIVO:**

Con linee guida n. 4 novembre 2019, la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica – ai sensi D-Lgs 150/2009 e DPR 105/16 (art. 3 comma 1) ha inteso rafforzare il ruolo dei cittadini utenti nel ciclo di gestione della performance e introdotto con il nuovo art. 19 bis.

Con il successivo D.Lg.s 74/17 il legislatore ha dato maggiore concretezza al principio astratto della partecipazione (l'art. 7 comma 2 lettera c) declinando su tre aspetti fondamentali i profili di partecipazione:

<b>Profilo</b>	<b>Processo</b>
<b>Soggettivo</b>	Coinvolti i fruitori delle attività istituzionali e dei servizi pubblici (stakeholders) in qualsiasi modo direttamente o indirettamente interessati
<b>Oggettivo</b>	Concerne la qualità di tutte le attività istituzionali e tutte le prestazioni dei servizi delle PP.AA.
<b>Procedimentale</b>	La partecipazione alla valutazione è ricondotta all'ambito specifico "della performance organizzativa dell'amministrazione secondo quanto stabilito dagli art.. 8 e 19 bis"

L'Azienda già dal 2020 ha iniziato l'attivazione e il processo della scala di sviluppo della valutazione partecipativa, in particolare con l'attuazione degli artt. 8 e 19 bis.

**L'art. 8 prevede:**

- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive
- sviluppo qualitativo e interattivo delle relazioni con i cittadini attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione

**L'art. 19 bis prevede:**

- la partecipazione dei cittadini alla valutazione della performance organizzativa anche in "forma associativa"
- coinvolge l'OIV quale interlocutore dei cittadini e degli utenti a cui comunicare "il proprio grado di soddisfazione" per le attività e i servizi erogati



## PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

- dare uno specifico ruolo anche agli utenti interni, cioè ai settori delle strutture amministrative che si avvalgono di servizi strumentali e di supporto dell'amministrazione valutata
- pubblicare i risultati della rilevazione del grado di soddisfazione dei soggetti su attività dei servizi con cadenza annuale

Per l'attuazione delle linee previste dai suddetti articoli, l'amministrazione intende avvalersi della presenza dell'OIV, che rappresenta l'organo di verifica della effettiva adozione dei sistemi di rilevazione; lo stesso OIV terrà conto dei risultati sia ai fini della valutazione della performance organizzativa della amministrazione e sia ai fini della relazione annuale sulla performance.

Il coinvolgimento dei cittadini e utenti al processo di valutazione della performance diventerà funzionale al perseguimento delle finalità intrinseche dei sistemi di valutazione delle prestazioni.

Inoltre, con la partecipazione dei cittadini l'azienda punta ad incidere sugli orientamenti quali l'impatto delle politiche e dei servizi pubblici sulla collettività e la fiducia dei cittadini sull'amministrazione pubblica, cogliendo i vari significati e la diversa rilevanza che gli stakeholders attribuiscono ai risultati conseguiti dall'amministrazione.

### **AZIONI E FASI CHE L'AMMINISTRAZIONE INTENDE ATTUARE E/O CONSOLIDARE PER L'ANNO IN CORSO:**

L'amministrazione, già dal 2020, ha inteso avviare un'azione di coinvolgimento per migliorare l'apertura in chiave partecipativa sia al loro esterno che al loro interno, attivando strumenti quali:

1. mappatura degli *stakeholder* dell'amministrazione; (cittadini, organizzazioni sindacali e sociali ecc.)
2. selezione dei servizi e delle attività oggetto di valutazione e delle corrispondenti modalità e strumenti di coinvolgimento;
3. selezione dei cittadini e/o degli utenti;
4. definizione delle dimensioni di *performance* organizzativa per la valutazione dei servizi e delle attività selezionati;
5. motivazione dei cittadini e/o degli utenti nonché dei dipendenti coinvolti nella valutazione;
6. valutazione delle attività e/o dei servizi;
7. utilizzo dei risultati ai fini della valutazione della *performance* organizzativa.

Le azioni sopra riportate rappresentano input per l'amministrazione per superare le maggiori criticità sulle quali gli stakeholders possono influenzare le azioni della amministrazione, quali:

- eliminare le autoreferenzialità
- rafforzare il sistema di gestione della performance
- rafforzare i requisiti normativi minimi



## PIANO INEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

L'amministrazione, anche alla luce della recente pubblicazione delle linee guida, dovrà predisporre il modello di valutazione partecipativa da adattare in base alle esigenze dell'ASP.

Riferendosi alle linee guida n. 4/19 sarà imprescindibile adottare un modello che si rifaccia a quanto previsto per i requisiti minimi riportati secondo la "scala di sviluppo della valutazione partecipativa" e di cui alle tabelle 1 – 2.

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE AGGIORNATO AL 22/1/2024 - LA SOTTO SEZIONE DI 1° LIVELLO BANDI DI GARA E CONTRATTI  
AGGIORNATA SECONDO L'ALLEGATO N. 9 AL PNA 2022**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Ambito soggettivo (vedi foglio 2)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Unità operativa	Dirigente responsabile funzionario
<b>Disposizioni generali</b>	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 dei 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) ( <a href="#">link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione</a> )	Annuale	Responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza	Sig.ra Giuseppina Salvo Dott.ssa Agata Di Giorgio
	Atti generali	A	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della U.O. proponente	Responsabile U.O.
				Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Aziendale	Resp. Uffici di Staff Responsabile sito WEB Dott.ssa Agata Di Giorgio
				Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Aziendale	Resp. Uffici di Staff Responsabile sito WEB Dott.ssa Agata Di Giorgio
		D	Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Aziendale	Responsabile sito WEB Dott.ssa Agata Di Giorgio
		A	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
	Oneri informativi per cittadini e imprese		Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	Servizi e Strutture Aziendali cui fa riferimento il singolo obbligo	Responsabile delle singole strutture
	Articolazione degli uffici	A	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
			Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale, UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.

			Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UO di Riferimento	Resp. UO di Riferimento
	Telefono e posta elettronica	<b>A</b>	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SIFA Responsabile sito WEB	Ing. Santo Pettignano
<b>Consulenti e collaboratori</b>	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	<b>T</b> (ex A)	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori  (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU UOC Affari Generali	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio Dott.ssa Maria Carmela Liali
			Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU UOC Affari Generali	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio Dott.ssa Maria Carmela Liali
			Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU UOC Affari Generali	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio Dott.ssa Maria Carmela Liali
			Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU UOC Affari Generali	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio Dott.ssa Maria Carmela Liali
			Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU UOC Affari Generali	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio Dott.ssa Maria Carmela Liali
		<b>A</b>	Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	UOC GRU UOC Affari Generali	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio Dott.ssa Maria Carmela Liali	
					Per ciascun titolare di incarico:			
			Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			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)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
			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)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
					Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio

Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
			2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
			3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
	P	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio		
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio		
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio		
				Per ciascun titolare di incarico:					
				Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio		
				Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio		
				Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio		
Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
				Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi 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)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU			Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU			Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU			Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU			Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU			Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi 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)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
			Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi 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)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
			Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi 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)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
			Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio			

Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali  (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio	
		P		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
				Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
		A		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	UOC GRU
	N	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio	
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio	
Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti		Nessuno	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio		

		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della 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	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	T	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
Posizioni organizzative		Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
Dotazione organica	A	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
Personale non a tempo indeterminato	A	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
Tassi di assenza	A	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	A	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
Contrattazione collettiva	A	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
Contrattazione integrativa	A	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispongono, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio

OIV	A	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Responsabile Dott.ssa Alessia Rubino	
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Responsabile Dott.ssa Alessia Rubino	
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Responsabile Dott.ssa Alessia Rubino	
<b>Bandi di concorso</b>	A	Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio	
<b>Performance</b>	A	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Struttura Tecnica Permanente	Responsabile Dott.ssa Alessia Rubino	
		Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Responsabile Dott.ssa Alessia Rubino
			Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Responsabile Dott.ssa Alessia Rubino
	A	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Ammontare complessivo dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
		Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC GRU	Dott.ssa Lavinia Lo Curzio
Enti pubblici vigilati	A  (ex C, soppresso e confluito in A)	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	
				Per ciascuno degli enti:				
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	
	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A			

Enti controllati	P  A (ex C, soppresso e confluito in A)			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	N/A	N/A	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	N/A	N/A	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N/A	N/A	
	Società partecipate	A  (ex C, soppresso e confluito in A)	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
					Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
					1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
					2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
					3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 22, c. 2, 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)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
					5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
					6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
					7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )		Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante	
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante				
Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante				

		Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
Rappresentazione grafica	A (ex C, soppresso e confluito in A)	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
Dati aggregati attività amministrativa	A	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016		
				<b>Per ciascuna tipologia di procedimento:</b>			
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.

<b>Attività e procedimenti</b>	Tipologie di procedimento	A	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
				Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
				Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013	7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
				Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
				Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013	9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
				Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013	10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
				Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013	11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.

					<b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b>		UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013			1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012			2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Amministrative, Sanitarie, Direzione Mediche Presidi PP.OO. Direzione Distretto, uffici di staff	Rispettivi responsabili delle UU.OO.
Monitoraggio tempi procedimentali	<b>B</b>	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedimentali		Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	<b>A</b>	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizi e Strutture Aziendali cui fa riferimento il singolo obbligo	Responsabile delle singole strutture
<b>Provvedimenti</b>		Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico		Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Affari Generali, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
		Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi		Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure		Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture

Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	(da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG)/smartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali  Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4)  Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni., compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016						UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative	Responsabile delle singole strutture
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	<b>SETTORI ORDINARI</b> Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016  <b>SETTORI SPECIALI</b> Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture

	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016	Avvisi e bandi	<p><b>SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA</b>  Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4)  Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9)  Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC)  Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b)</p> <p><b>SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA</b>  Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali)  (art. 70, c. 2 e 3)  Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4)  Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1)  Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153)  Bando per il concorso di idee (art. 156)</p> <p><b>SETTORI SPECIALI</b>  Bandi e avvisi (art. 127, c. 1)  Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3)  Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1)  Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1 )  Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1)  Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3)</p> <p><b>SPONSORIZZAZIONI</b>  Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 19, c. 1)</p>	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi relativi all'esito della procedura	<p><b>SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA</b>  Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2  Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2</p> <p><b>SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA</b>  Avviso di appalto aggiudicato (art. 98)  Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3)  Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2)</p> <p><b>SETTORI SPECIALI</b>  Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130)  Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3)  Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141, c. 2)</p>	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; DPCM n. 76/2018	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	<p>Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1)</p> <p>Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"</p>	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture

**Bandi di gara e contratti**

Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura

	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti, il compenso dei singoli commissari e il costo complessivo sostenuto dall'amministrazione per la procedura di nomina.	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verbalì delle commissioni di gara	Verbalì delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimenti di esclusione e di ammissione	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Contratti	Testo dei contratti (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Concessioni e partenariato pubblico privato	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, <b>in quanto compatibili</b> , ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre:  Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi )  Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3)  Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3)  Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2)  Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187)  Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture

	Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	<u>Obbligo previsto per i soli enti gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione</u> Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Fase esecutiva	Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - quinto d'obbligo Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica conformità Accordi bonari e transazioni Atti di nomina del: direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissioni di collaudo	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
	D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Collegi consultivi tecnici	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti, costo complessivo sostenuto dall'amministrazione per la procedura di nomina	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato e nel caso di scostamento, il dettaglio delle voci che lo hanno determinato con l'indicazione dei singoli importi	Tempestivo (non oltre 6 mesi dal termine dell'esecuzione del contratto)	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
	d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
	d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
	Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006 alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture

			Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016		Publicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
			Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	Tempestivo	UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Direzioni Amministrative PP.OO.	Responsabile delle singole strutture
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteria e modalità	<b>B</b>	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteria e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
	Atti di concessione	<b>B</b>	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione  (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)  (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
Bilancio preventivo e		<b>B</b>	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante

<b>Bilanci</b>	consuntivo		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
			Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	A	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
<b>Beni immobili e gestione patrimonio</b>	Patrimonio immobiliare	A	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
	Canoni di locazione o affitto		Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe				Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.A.C.	Struttura Tecnica Permanente	Dott.ssa Alessia Rubino
					Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Struttura Tecnica Permanente	Dott.ssa Alessia Rubino
					Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Struttura Tecnica Permanente	Dott.ssa Alessia Rubino
					Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Dott.ssa Alessia Rubino

Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organi di revisione amministrativa e contabile	A	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
	Corte dei conti			Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Unità Operativa destinataria del rilievo	Responsabile delle singole strutture

Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	<b>A</b>	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOS Comunicazione ed Informazione	Dott.ssa Adalgisa Cucè
	Class action	<b>R</b>	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	UOS Servizio Legale	Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio
			Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	UOS Servizio Legale	Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio
			Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	UOS Servizio Legale	Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio
Costi contabilizzati	<b>B</b>	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante	

Liste di attesa	I	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario)  (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Coordinamento CUP	Dott. Cosimo Dell'Arte
Servizi in rete		Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	UOS Comunicazione e Informazione	Dott.ssa Adalgisa Cucè
Dati sui pagamenti		Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale		Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
	A			Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante

indicatori di tempestività dei pagamenti	Indicatore di tempestività dei pagamenti		Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
				Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
	IBAN e pagamenti informatici	A + M	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Economico Patrimoniale	Dott. Vincenzo Bastante
	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici		Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni realtive ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Tecnico	Ing. Rosario Brecci

Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Tecnico	Ing. Rosario Breci
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.  (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione )	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Tecnico	Ing. Rosario Breci
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Tecnico	Ing. Rosario Breci
			Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SIAV LSP	Dott.ssa Maria Beatrice Pellegrino/dott. Corrado Buonora

Informazioni ambientali	G	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SIAV LSP RTP	Dott.ssa Maria Beatrice Pellegrino/dott. Corrado Buonora/Dott. Anselmo Madeddu/Dott. Rosario Tumino
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SIAV LSP RTP	Dott.ssa Maria Beatrice Pellegrino/dott. Corrado Buonora/Dott. Anselmo Madeddu/Dott. Rosario Tumino
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SIAV LSP RTP	Dott.ssa Maria Beatrice Pellegrino/dott. Corrado Buonora/Dott. Anselmo Madeddu/Dott. Rosario Tumino
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SIAV LSP	Dott.ssa Maria Beatrice Pellegrino/dott. Corrado Buonora/Dott. Anselmo Madeddu
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SIAV LSP	Dott.ssa Maria Beatrice Pellegrino/dott. Corrado Buonora/Dott. Anselmo Madeddu
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SIAV LSP RTP	Dott.ssa Maria Beatrice Pellegrino/dott. Corrado Buonora/Dott. Anselmo Madeddu/Rosario Tumino
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC SIAV LSP RTP	Dott.ssa Maria Beatrice Pellegrino/dott. Corrado Buonora/Dott. Anselmo Madeddu/Rosario Tumino

Strutture sanitarie private accreditate	D	Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Affari Generali, Distretti Sanitari, UOC Cure Primarie, DSM, UOC Medicina Riabilitativa, Ospedalità	Responsabile delle singole strutture da organigramma
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Affari Generali, Distretti Sanitari, UOC Cure Primarie, DSM, UOC Medicina Riabilitativa, Ospedalità	Responsabile delle singole strutture da organigramma
Interventi straordinari e di emergenza	A	Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Competenti	Responsabile dell'U.O. Competente
				Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Competenti	Responsabile dell'U.O. Competente
				Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UU.OO. Competenti	Responsabile dell'U.O. Competente
Altri contenuti	A	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Annuale	Responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza	Sig.ra Giuseppina Salvo Dott.ssa Agata Di Giorgio
				Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza	Sig.ra Giuseppina Salvo Dott.ssa Agata Di Giorgio
				Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Tempestivo	Responsabile dell'Anticorruzione	Sig.ra Giuseppina Salvo
				Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	Responsabile dell'Anticorruzione	Sig.ra Giuseppina Salvo
				Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Tempestivo	Responsabile dell'Anticorruzione	Sig.ra Giuseppina Salvo
				Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Tempestivo	Responsabile dell'Anticorruzione
Altri contenuti	P	Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Responsabile dell'Anticorruzione	Sig.ra Giuseppina Salvo
				Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione/Responsabile della Trasparenza	Sig.ra Giuseppina Salvo, Dott.ssa Agata Di Giorgio
				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	Responsabili UU.OO. su cui ricade la richiesta come da regolamento	Responsabili UU.OO. su cui ricade la richiesta come da regolamento

			Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Responsabili UU.OO. su cui ricade la richiesta come da regolamento	Responsabili UU.OO. su cui ricade la richiesta come da regolamento
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	A	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	UOC Sifa-CdG	Ing. Santo Pettignano
			Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	UOC Sifa - CdG	Ing. Santo Pettignano
			Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	UOC Sifa-CdG	Ing. Santo Pettignano
Altri contenuti	Dati ulteriori	B	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	....	UOC Sifa-CdG - Resp. RPD	Ing. Santo Pettignano/Ing. Stefano Salemi

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