

30 Giugno 2022

Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa

Piano integrato di attività e organizzazione PIAO 2022 - 2024

La Direzione Strategica

Direttore Generale ff: Dott. Raffaele Elia
Direttore Amministrativo: Dott. Salvatore Torrisi

Gruppo di lavoro

U.O.C. "Servizio Programmazione e Controllo di Gestione – SIAS

Margherita Billeri
Letizia Cannella
Elio Criscione
Pietro Dieli
Michele Digiacomo
Riccardo Giammanco
Luca Giurdanella
Giuseppe Iozzia
Vincenzo Iozzia
Sergio Melilli
Francesco Nicotra
Giulia Russo
Maria Elvira Salonia

U.O.C. Risorse Umane

Giovanni Tolomeo
Maria Schininà
Fiorenza Ficili

U.O.C. Formazione

Paola Santalucia

Ufficio del Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Antonina Giacalone
Giacomo Lauricella

Premessa

Il Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia" all'articolo 6, prevede che le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di 50 dipendenti adottino entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190.

Con l'introduzione del PIAO si vuole garantire la massima semplificazione, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima facilitazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni inserendo un unico documento la performance, i rischi corruttivi e la trasparenza, l'organizzazione del lavoro compreso quello agile, la formazione del personale ed il fabbisogno del personale.

In particolare nel PIAO confluiranno i seguenti documenti aziendali:

- Piano Triennale sulla Performance;
- Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
- Piano del fabbisogno del personale;
- Piano del Lavoro Agile;
- Programmazione dei fabbisogni formativi.

Infatti, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 6, comma 1, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, per le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, cessano di avere efficacia, 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 del personale) e 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;
- b) articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance);
- c) articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190 (Piano di prevenzione della corruzione);
- d) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Piano organizzativo del lavoro agile).

Prendendo spunto dall'intesa in sede di Conferenza Unificata del 2 dicembre 2021 sullo schema di Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione di cui all'articolo 6, comma 6 del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 con cui sono stati definiti i contenuti del Piano e predisposto un modello standard, questa Azienda ha previsto di articolare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione in tre sezioni, oltre alla scheda anagrafica dell'amministrazione:

- Valore pubblico, performance e anticorruzione;
- Organizzazione e capitale umano;
- Monitoraggio.

Inoltre, il PIAO dovrà contenere come previsto dall'art.6 comma 2 del Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, anche le seguenti informazioni:

- 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 inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- 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.

Il PIAO elaborato dall'ASP di Ragusa trova ispirazione nei seguenti principi:

- Principio di Trasparenza. Secondo quanto previsto dall'art. 11, comma 3 del Decreto Legislativo 150/2009 "Le Amministrazioni Pubbliche garantiscono la massima trasparenza in ogni fase del ciclo della performance"; a tal fine il Piano, a seguito della sua adozione, viene pubblicato sul sito della ASP in apposita

sezione dedicata, di facile accesso e consultazione (“Amministrazione Trasparente, sezione - Performance”);

- Principio della verificabilità degli obiettivi. Gli obiettivi che vengono posti con il presente Piano devono essere oggettivamente verificabili e misurabili attraverso una serie di indicatori numerici/economici ed un range di tollerabilità dell’obiettivo;
- Principio della intelligibilità, della veridicità e verificabilità. Al fine di garantire la facilità di comprensione agli interlocutori interni ed esterni, il Piano viene redatto secondo una struttura multilivello prevedendo diverse prospettive di lettura, in considerazione degli stakeholders del sistema. In particolare, l’Azienda ha deciso di allegare al Piano delle sezioni intere in cui sarà possibile analizzare:
 - le principali caratteristiche epidemiologiche della popolazione che insiste nel bacino dell’ASP di Ragusa;
 - i fabbisogni sanitari ospedalieri erogati presso le strutture ospedaliere ubicate nel bacino di utenza dell’ASP di Ragusa ma anche erogati in mobilità passiva intra ed extra regione;
 - i fabbisogni sanitari territoriali;
- Principio di coerenza interna ed esterna. Al fine di rendere il Piano attuabile, i contenuti dello stesso sono coerenti con il contesto di riferimento e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili;
- Principio della partecipazione. Il processo di costruzione della performance consegue ad un percorso di condivisione della visione strategica e degli obiettivi operativi con tutti i professionisti (Dirigenza e Comparto) che operano all’interno dell’Azienda e con il Comitato Consultivo Aziendale.

Il Consiglio dei Ministri in data 13 aprile ha approvato lo Schema di Decreto Legge “PNNR 2” ed ha stabilito di prorogare l’adozione del PIAO entro il 30 giugno 2022. Il Piano avrà valenza triennale e sarà soggetto ad aggiornamenti annuali.

Sommario

PREMESSA 3

SEZIONE 1. – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	7
SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE.....	10
2.a Sottosezione di programmazione – Valore pubblico.....	10
2.a.1 Mandato istituzionale e Missione	25
2.a.2 Gli stakeholders	27
2.a.3 La realizzazione delle reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e l'attuazione del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR)	32
2.a.4 La trasformazione digitale e l'organizzazione dell'innovazione	44
2.a.5 Elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare.....	54
2.b Sottosezione di programmazione - Performance.....	58
2.b.1 Analisi del contesto esterno	59
2.b.2 Analisi del contesto interno	60
2.b.2.1 Assistenza territoriale.....	62
2.b.2.2 Assistenza ospedaliera e Area dell'emergenza/urgenza.....	63
2.b.2.3 Risorse finanziarie	66
2.b.3 Le Aree Strategiche	67
2.b.3.1 Dalle Aree strategiche agli obiettivi operativi e alle Azioni	67
2.b.3.2 L'albero della performance.....	68
2.b.3.3 Il Ciclo di gestione della performance organizzative e performance individuale	81
2.b.4 Gli obiettivi operativi.....	81
2.b.4.1 Obiettivo operativo “salute e funzionamento”	81
2.b.4.2 Obiettivo operativo “miglioramento della performance”	82
2.b.4.3 Obiettivo operativo “miglioramento della qualità percepita dagli utenti”	83
2.b.5 La valutazione della performance organizzativa e della performance individuale 2022	84
2.b.6 Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance.....	86
2.b.6.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano	86
2.b.6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	87
2.b.6.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della performance.....	88
2.b.6.3.1 L'evoluzione del sistema di controllo di gestione	89
2.b.6.3.2 Performance management.....	89
2.b.7 Analisi SWOT: minacce e opportunità - punti di forza e punti di debolezza	90
2.c Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza.....	92
2.c.1 Contesto normativo	92
2.c.2 Definizione di Corruzione.....	93
2.c.3 Oggetto e finalità del PTPCT	94
2.c.4 Processo di adozione del PTPCT.....	94
2.c.5 Procedure di formazione e di adozione del piano	102
2.c.6 Processo di gestione del rischio corruzione.....	103
2.c.7 Strumenti per il miglioramento del processo - Coordinamento ed integrazione del Piano della Performance con il Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza.	103
2.c.8 Mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio	105
2.c.9 Individuazione delle aree di rischio e mappatura dei processi.....	106
2.c.10 Il metodo di ponderazione del rischio.....	108

2.c.11 Elenco delle misure generali e specifiche per il triennio 2022-2024.....	112
2.c.12 Il Sistema dei controlli interni.....	129
2.c.13 Misure ulteriori di trattamento	129
2.c.14 Le Responsabilità.....	131
2.c.15 Sezione trasparenza	135
SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	317
3.a Sottosezione di programmazione Struttura organizzativa	317
3.a.1 Le Risorse Umane.....	325
3.a.2 Parità di genere	329
3.b Sottosezione di programmazione Organizzazione del lavoro agile	331
3.b.1 Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile.....	332
3.b.2 Programma di sviluppo del lavoro agile: fattori abilitanti	332
3.b.3 Collegamento al sistema di misurazione e valutazione della performance.....	333
3.b.4 Sintesi delle disposizioni del P.O.L.A.....	334
3.c Sottosezione di programmazione Piano triennale dei fabbisogni di personale	336
3.c.1 La programmazione strategica delle risorse umane: il Piano triennale del fabbisogno del personale (PTFP) 2021-2023.....	336
3.c.2 Programmazione della Dotazione Organica Asp Ragusa – obiettivi di trasformazione delle risorse	338
3.c.3 Programmazione dotazione organica presidi ospedalieri	338
3.c.4 Territorio infermieri di famiglia e di Comunità e ADI.....	339
3.c.5 Programmazione Dotazione Organica Territorio	339
3.c.6 Personale Amministrativo e Professionale.....	340
3.c.7 Formazione del personale.....	340
Il risultato finale, dinamico e versatile, è un modello aziendale sicuro, efficace, efficiente in cui vi sia un allineamento completo circa le modalità di perfezionamento delle competenze e di miglioramento delle dinamiche di gruppo.....	341
3.c.7.1 Strategia del Piano Formativo.....	341
SEZIONE 4 – MONITORAGGIO	343
APPENDICE.....	344

SEZIONE 1. – Scheda anagrafica dell'amministrazione

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

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

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

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa ha sede legale in Ragusa, Piazza Igea n° 1, cod. fiscale e [partita IVA n°01426410880](#). Il Legale Rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale pro tempore.

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

Il logo dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa è il



Il sito web ufficiale dell'Azienda è: www.ASP.rg.it

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili appartenenti a qualsiasi titolo alle cessate Aziende USL n. 7 di Ragusa ed Ospedaliera "Civile-Maria Paternò Arezzo", dai beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità ivi compresi quelli da trasferire o trasferiti alla stessa dallo Stato o da altri enti pubblici, in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi.

L'Azienda, ai sensi e per gli effetti del II comma, art.5 del D.L.vo n.502/1992, dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che, ai sensi dell'articolo 830, secondo comma, del codice civile, i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione se non nei modi stabiliti dalla legge.

L'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione tecnologica e strutturale dell'offerta di salute. A tal fine può adottare iniziative di investimento anche mediante processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali, previa la necessaria autorizzazione regionale ex art.5 c. 2 del D.L.vo n. 502/1992 e delle norme tempo per tempo emanate e vigenti.

L'Azienda provvede inoltre alla salvaguardia, alla valorizzazione e all'aumento della redditività del patrimonio immobiliare indisponibile e disponibile, anche mediante una corretta procedura d'ammortamento finalizzata al reintegro delle risorse disponibili. Tutti i beni di proprietà dell'Azienda sono iscritti nel libro degli inventari redatto ai sensi dell'art. 2117 c.c. e, a nome della stessa, presso i pubblici registri.

Il **Direttore Generale** è il Legale Rappresentante dell'Azienda, responsabile della gestione complessiva della stessa, esercita le competenze di governo e di controllo, nomina i responsabili delle strutture operative. È coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dai Direttori Amministrativo, Sanitario, da lui nominati.

Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario costituiscono la **Direzione Aziendale** che assicura la direzione strategica dell'ASP attraverso la funzione generale di pianificazione, programmazione, indirizzo e controllo.

Il Collegio Sindacale, nominato dal Direttore Generale, esercita le funzioni di verifica in ordine alla regolarità amministrativa e contabile dell'attività aziendale, di vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale, esamina ed esprime valutazioni sul bilancio d'esercizio.

Assetto istituzionale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

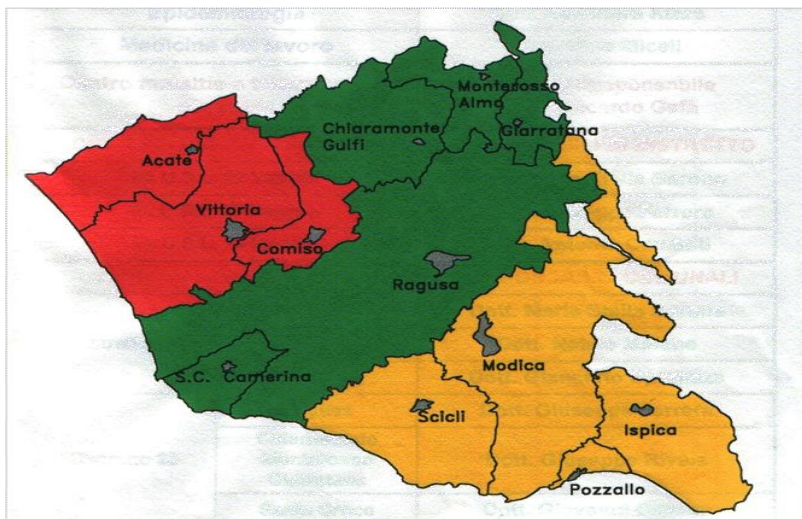


Tabella 1 Strutture pubbliche, professionisti Convenzionati, Strutture private accreditate e Farmacie (anno 2021)

STRUTTURE PUBBLICHE/PROFESSIONISTI CONVENZIONATI			STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE E FARMACIE
Area Ospedaliera	<u>Presidi Ospedalieri:</u> Ospedali Ragusa OORR Modica-Scicli OORR Vittoria-Comiso	3	- n. 1 Casa di Cura
	<u>Dipartimenti funzionali:</u> • Dip. Chirurgia • Dip Medicina • Dip Oncologia • Dip Materno-Infantile • DEA • Dip Servizi	6	
Area Territoriale	<u>Dipartimento funzionale (Dip. Cure Primarie):</u>	1	
	Distretti Sanitari	3	- N. 43 Strutture per attività clinica, laboratorio e diagnostica per immagini;
	<i>PTA</i>	3	
	<i>SUAP (15 PL)</i>	1	
	<i>RSA (130 PL)</i>	3	
	<i>Poliambulatori</i>	17	- N.4 Strutture C.T.A Assistenza disabili psichici;
	<i>Punti di guardia Medica</i>	19	
	<i>Consultori</i>	11	
	SC Assistenza Sanitaria di base		- N.1 Struttura RSA (24 PL Alzheimer);
	<i>Medici di Medicina Generale</i>	249	
	<i>Pediatrati di libera Scelta</i>	45	
	SC Assistenza specialistica		- N. 80 Farmacie convenzionate
	<i>Medici specialisti ambulatoriali</i>	46	
	SC Farmacia territoriale	1	
	SC Medicina legale	1	
	<u>Dipartimento strutturale (Dip. SM):</u>	1	
	<i>SERT</i>	3	
	<i>CSM</i>	2	
	SC Farmacia territoriale	1	
	SC Medicina legale	1	
Area Prevenzione	<i>Dipartimenti strutturali</i>	2	
	<i>Dip. Prevenzione</i>	1	
	<i>Dip. Prevenzione Veterinaria</i>	1	

SEZIONE 2 – Valore Pubblico, Performance, Anticorruzione

2.a Sottosezione di programmazione – Valore pubblico

L'evoluzione del rapporto tra il cittadino e il medico solleva argomentazioni sulla sostenibilità dell'offerta dei servizi capace di soddisfare un bisogno di salute sempre più mutevole e complesso.

In particolare, da un passato in cui il valore primario dei processi di cura era contrastare la malattia si è passati ad un presente che pone attenzione al benessere e alla qualità della vita, alla partecipazione del paziente alla decisione clinica, alla possibilità di valutare opzioni alternative nel processo di cura.

Per questo motivo nel settore della sanità la scarsità di risorse e gli obiettivi di pareggio di bilancio si inseriscono in una logica che deve necessariamente tenere conto di un prodotto/processo produttivo molto speciale, basato su un outcome molto speciale: il benessere del cittadino.

È compito dell'organizzazione favorire la costante valutazione del valore prodotto analizzando ciò che accade al paziente nel suo percorso di cura e migliorare gli esiti di salute nel modo più efficiente possibile.

L'uso della leva digitale per fare innovazione in Sanità è una certezza, non una possibilità. La pianificazione e la progettazione hanno una naturale risposta nel digitale (integrazione ospedale-territorio, logistica del farmaco, CCE, telemedicina, etc.). Purtroppo bisogna tenere presente che le Aziende sanitarie non sono Organizzazione «nativa digitale» ed è per questo che l'approccio sistemico è più oneroso e complesso e provoca stress su tutta la Struttura.

La strategia digitale, infatti, non si realizza una-tantum ma in modo iterativo e incrementale e questo rende ancora più importante un approccio strutturato. La direzione strategica adotta una visione sistemica per generare valore nel medio-lungo periodo.

Per quanto fin qui argomentato Valore è accrescere il benessere del cittadino massimizzando il rapporto costo efficacia, secondo quanto meglio specifico di seguito.

Il PIAO introduce in maniera molto forte il concetto di Valore Pubblico, inteso come miglioramento del livello complessivo di benessere dei cittadini e degli stakeholders nelle varie prospettive economica, sociale, sanitaria, da generare attraverso strategie misurabili in termine di impatto (outcome).

In senso stretto, per Valore Pubblico si intende “il livello complessivo di *benessere* economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un'amministrazione pubblica (o co-creato da una filiera di PA e organizzazioni private e no profit), rispetto ad una baseline, o livello di partenza”¹. Di conseguenza questa Azienda, per creare il Valore Pubblico in senso stretto, sta già procedendo ad impattare complessivamente in modo migliorativo sulle diverse prospettive del benessere rispetto alla loro baseline (impatto degli impatti). Invece, per creare Valore Pubblico in senso ampio si sta procedendo a coinvolgere e motivare dirigenti e dipendenti, a curare la salute delle risorse e migliorare le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento degli impatti (ciclo della performance e performance management vedi pag.68 e 90).

Il Valore Pubblico si crea attraverso la programmazione di obiettivi operativi specifici (e relativi indicatori performance di efficacia quanti-qualitativa e di efficienza economico-finanziaria, gestionale, produttiva, temporale) e di obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, la produzione di una comunicazione esterna ed interna, efficaci e funzionali alle strategie di generazione del Valore Pubblico. Quindi, il Valore Pubblico si genera anche programmando misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza specifici e generali.

La creazione e la protezione del Valore Pubblico si sostengono programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa (adeguando l'organizzazione alle strategie pianificate e innovando le metodologie di Lavoro Agile) e della salute professionale (reclutando profili adeguati e formando competenze utili alle strategie pianificate).

Il PIAO svolge, in questo contesto, la funzione pubblica di tutela e promozione della salute, che persegue e sviluppa una rete integrata di servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione e una rete di servizi socio-sanitari in ambito ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale, nonché dei vincoli di bilancio, gli obiettivi strategici e operativi, e i relativi indicatori per la misurazione e la valutazione della performance delle varie articolazioni organizzative.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa è da sempre orientata ad una gestione basata sulla ricerca del “valore”

¹ Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica “Linee Guida sulla valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche”, Novembre 2019

attraverso l'identificazione del "valore" in tutti i suoi aspetti, sociale, clinico-assistenziale, ed economico in risposta ai bisogni delle persone.

La misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita, e di responsabilizzazione di tutto il personale. Per l'ASP di Ragusa, in particolare, tale processo è finalizzato a favorire e ad incentivare – nel rispetto della mission aziendale e dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) - il miglioramento dei servizi clinici, diagnostici ed assistenziali rivolti al paziente cittadino ed agli stakeholder in genere, promuovendo la crescita delle competenze da parte delle risorse umane impiegate.

L'ASP di Ragusa ha inteso elaborare il proprio PIAO integrando gli indirizzi di programmazione regionali con gli obiettivi aziendali, recependo i riferimenti normativi del livello nazionale e regionale tendendo, con miglioramenti riorganizzativi e con l'impegno di tutta l'Azienda, a mantenere e a migliorare le attività aziendali in termini sia qualitativi che di volumi di attività. Inoltre, sono stati inseriti obiettivi su tematiche di significativa rilevanza strategica, quali la digitalizzazione, la trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione e pari opportunità e bilancio di genere.

L'ASP di Ragusa già nella definizione del ciclo della performance del 2020 ha modificato, in via sperimentale, il Sistema di Misurazione e valutazione della performance attraverso lo sviluppo di un processo bottom up in cui i Direttori di struttura complessa (livello apicale) propongono alla Direzione Strategica, come conseguire gli obiettivi operativi.

Il nuovo sistema ha preso avvio con la realizzazione di un progetto formativo rivolto ai direttori di struttura complessa il cui scopo era di stabilire gli obiettivi, misurare la performance e valorizzare i talenti.

In particolare, il progetto è stato diretto al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- ricondurre tutti i direttori responsabili di una struttura complessa a d una logica di appropriatezza e/o legittimità dei processi di comunicazione interpersonale più che ad una logica di consequenzialità e/o intenzione;
- indurre a far corrispondere e/o innovare le procedure aziendali in materia di comunicazione interpersonale, in base a situazioni reali più che lasciare arbitrarità nelle scelte di routine;
- favorire nuove interpretazioni/azioni comportamentali in materia di comunicazione, in chiave prospettica (più che storica) prospettando nuovi modi di interagire tra colleghi in risposta agli attuali feedback sui fattori di miglioramento;
- favorire una migliore comunicazione interpersonale impiegando in modo innovati gli strumenti di programmazione, assegnazione degli obiettivi, misurazione e rendicontazione della performance individuale.

L'esigenza di coniugare costantemente la domanda crescente di salute con la limitatezza delle risorse disponibili porta necessariamente a un miglioramento continuo nel modo di pianificare gli interventi di assistenza sanitaria, orientando i servizi non solo all'erogazione di prestazioni, ma principalmente alla "produzione di salute" con la presenza, la partecipazione, il coinvolgimento e l'impegno di tutti e con l'assunzione di responsabilità ai diversi livelli (istituzionali, personali e comportamentali).

L'Azienda adotta quale metodo fondamentale di gestione la programmazione annuale e pluriennale, definita anche sulla base degli strumenti e degli indirizzi fissati dalla Regione e dal Ministero della Salute e delle risorse con quest'ultima negoziate. Tali indirizzi e risorse costituiscono il quadro di riferimento entro il quale deve essere elaborata la programmazione aziendale.

In sintesi, si riportano i principali progetti legati all'orientamento strategico aziendale che hanno permesso a questa azienda di favorire la creazione di Valore Pubblico:

- **Potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria/ospedale-territorio:**

il potenziamento dei servizi territoriali in generale, ove la centralità del paziente richiede, necessariamente, l'intervento integrativo di strutture socio-assistenziali, nel medio termine, costituirà una concreta soluzione all'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri (particolare attenzione è dedicata alla prevenzione e cura delle malattie oncologiche e all'incremento dell'assistenza domiciliare integrata).

Attualmente l'Azienda ha in corso, anche, un progetto di potenziamento dei PUA, come meglio specificato nel paragrafo ad esso dedicato, con l'obiettivo di rafforzare la capacità dell'ASP di presa incarico dei pazienti nel percorso socio-sanitario. Il sistema dell'assistenza territoriale dell'ASP di Ragusa fa registrare ad oggi performance migliorative rispetto ai target fissati (ad esempio, si pensi alla percentuale di cittadini di età superiore ai 65 anni gestiti a domicilio) e tale evidenza testimonia come l'attuale modello di funzionamento possa rappresentare una buona base su cui innestare un percorso di evoluzione, a fronte

delle peculiarità dei nuovi servizi, e di consolidamento/ ottimizzazione complessiva.

Il potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria, passa anche dallo sviluppo dei meccanismi organizzativo-operativi così come dal rafforzamento delle soluzioni tecnologiche e dei Sistemi Informativi a supporto dei processi di integrazione ospedale-territorio.

Dal punto di vista del potenziamento organizzativo-operativo occorre tenere presente che le prestazioni sociosanitarie che questa intende erogare in sinergia con gli Enti locali possono essere così classificate:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale,
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale

Sono attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite.

Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente a adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza dell'Azienda ed a carico della stessa, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

Sono attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Sono da considerare prestazioni sociali a rilevanza sanitaria tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Tali attività, di competenza dei Comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi.

Le prestazioni di competenza dei Comuni sono di seguito elencate:

- sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;
- interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;
- sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;
- ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio;
- interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;
- ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente.

Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungo-assistenza.

La realizzazione del potenziamento sia tecnologico che organizzativo sarà di fondamentale importanza per favorire il coordinamento tra servizi sociali e i servizi sanitari nell'attivazione di interventi e prestazioni socio-sanitarie a favore dei cittadini.

- **Percorsi diagnostici terapeuti assistenziali PDTA - Reingegnerizzazione e Digitalizzazione**

La reingegnerizzazione dei PDTA è stato un percorso continuo di adattamento del PDTA Regionale alle specifiche esigenze tecnico/organizzative e cliniche dell'ASP.

Il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) Aziendale definisce, in modo puntuale, la sequenza di attività che costituisce il percorso clinico del paziente, riconducendo ciascuna task ad un attore e un setting assistenziale, coerentemente con le caratteristiche distintive dell'Azienda.

In questi ultimi anni l'Azienda ha intrapreso un percorso di definizione di PDTA Aziendali per specifiche patologie, ovvero Ictus, Infarto miocardico acuto, Scompenso Cardiaco, BPCO, Diabete, Carcinoma Tiroide.

Questo percorso è stato sviluppato alla luce della riorganizzazione dei processi clinici e trae beneficio dagli interventi di digitalizzazione già avviati dall'Azienda, in particolare la piattaforma di Connected Care.

Quest'ultima è stata progettata tenendo in considerazione il cittadino/paziente che, adeguatamente formato e ingaggiato, può fruire di servizi e informazioni attraverso piattaforme e strumenti digitali, come la Telemedicina.

In particolare, saranno messe a disposizione del PDTA i sistemi di:

- Televisita (relazione medico-paziente);
- Teleconsulto (relazione medico-medico);
- Cartella clinica digitale (ambulatoriale e ospedaliera);
- Sistema di monitoraggio degli indicatori del PDTA;
- Piattaforma PUA (punto unico di accesso);
- Piattaforma websanity (gestione anagrafiche);
- Piattaforma TreC (piattaforma di interconnessione per front-end).

La digitalizzazione dei PDTA Aziendali mira a favorire lo sviluppo di modelli organizzativi, basati sulla gestione di "workflow" di processo che coinvolgano attori e setting assistenziali (siano essi di natura territoriali od ospedalieri) diversi al fine di realizzare un modello di "presa in carico" che favorisca la situazione del paziente.

Attraverso la digitalizzazione del percorso, gli attori saranno in grado di gestire i bisogni dei pazienti evitando perdite di efficienza ed efficacia, accedendo alle informazioni in maniera facilitata, valorizzato dal ruolo della piattaforma Connected Care.

• **Logistica del Farmaco**

Il progetto approvato nel mese di marzo 2022, la cui gara sarà pubblicata a breve sulla Gazzetta Europea nasce secondo l'Istituto del PPI, ovvero è finalizzato allo sviluppo e all'esercizio da parte di un soggetto privato affidatario che, a seguito di aggiudicazione di gara europea, si occuperà di gestire una nuova Infrastruttura innovativa per il supporto al governo del ciclo del farmaco, del dispositivo medico monouso per l'intera Azienda Sanitaria Provinciale sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale.

Tale progetto, garantendo la piena integrazione della logistica sanitaria, assicurando uniformità di prestazioni e organizzazioni di attività, livelli di servizio e tempi omogenei, non solo è altamente innovativo, ma rappresenta un modello virtuoso e, per certi versi, assolutamente unico in Italia.

La revisione ed ottimizzazione della logistica intraziendale e territoriale sfrutta le leve innovative a disposizione, tenendo in considerazione anche le eventuali evoluzioni future del modello logistico, integrando i sistemi informativi in esercizio, introducendo ed includendo nuove tecnologie ed applicazioni per l'automazione e la digitalizzazione dei processi oggi manuali. Il modello intra-logistico da implementare prevede il ridisegno della distribuzione attuale, con la creazione e l'automazione di un magazzino centrale e la gestione intelligente, automatizzata e completa dei magazzini delle unità periferiche. Questa logica anticipa ed è in linea con i più attuali modelli logistici che portano verso i magazzini centrali unici diminuendo i costi e migliorando la sicurezza.

Infatti, le aree nelle quali si concentrano gli interventi di ottimizzazione della *supply chain* ospedaliera e territoriale sono identificate in due ambiti: la **macro-logistica** e la **micro-logistica**:

- La **macro-logistica** si concentra, grazie alla completa conduzione ed automatizzazione del magazzino centrale, sulla gestione ed ottimizzazione del materiale farmaceutico, dei dispositivi medici e dei relativi flussi di informazioni fra i diversi attori operanti nella rete clinico - sanitaria;
- La **micro-logistica**, invece, analizza tutto ciò che avviene nell'ultimo "miglio", assicurando efficacemente ed efficientemente la disponibilità della cura al paziente ricoverato, analizzando la gestione delle scorte di farmaci e presidi, la loro corretta somministrazione/impiego al paziente e infine le modalità di ripristino di tali scorte all'interno della singola UO ospedaliera e/o territoriale.

L'obiettivo principale è il miglioramento dell'intera gestione del farmaco e dei dispositivi medici finalizzata

al contenimento dei consumi e alla diminuzione dei costi, al miglioramento della sicurezza, al tracciamento dell'intero processo riducendone il rischio clinico, unitamente alla riduzione dei costi logistici connessi alla distribuzione territoriale dei materiali farmaceutici.

L'investimento necessario per l'implementazione di tale infrastruttura verrà sostenuto integralmente dal soggetto privato affidatario che dall'esercizio dei servizi connessi garantirà benefici economici all'ASP e quindi una piena sostenibilità economica del progetto. Il canone annuale derivante dall'affidamento del servizio sarà infatti legato ai diversi gradi di prestazioni previste e verrà automaticamente adeguato in caso di non raggiungimento degli obiettivi stabiliti. Questo innovativo approccio garantirà all'ASP un pieno coinvolgimento sul raggiungimento degli obiettivi stessi da parte del soggetto privato affidatario.

La fase di gestione del servizio prevede benefici riconducibili alla liberazione di risorse economiche derivanti dall'efficientamento della spesa in termini di minori scorte, riduzione dei consumi, abbattimento delle scadenze, unitamente ad una migliore assistenza da parte di medici, farmacisti e infermieri che, grazie alla digitalizzazione del processo e all'automazione della logistica, potranno dedicare il tempo, oggi impiegato da incombenze a basso valore aggiunto come quelle di natura amministrativa e documentale, al rapporto con i propri pazienti.

In conclusione, lo studio di un innovativo progetto disegnato e calato sulle istanze della nostra ASP, l'investimento e la conduzione dell'infrastruttura e dei servizi da parte di un soggetto privato che compartecipa al raggiungimento dei risultati attesi costantemente misurati con costi/benefici ancorati direttamente al canone, garantiscono un ritorno dell'investimento per tutta la collettività dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa.

- **La Transizione Digitale dell'ASP**

La gestione della Transizione digitale dell'ASP è stata oggetto di specifica attenzione. Infatti, con l'adozione dell'Atto Aziendale dell'ASP di Ragusa, adottato con deliberazione n. 3076 del 12/12/2019 ed approvato con D.A. n. 159/2020 del 03/03/2020, è stato dato ampio spazio all'innovazione gestionale, digitale e tecnologica, assegnando un ruolo primario al decentramento gestionale ed al sistema per progetti e prevedendo la realizzazione di gruppi di progetto al fine di conseguire obiettivi specifici.

Al fine di rispondere alle sfide innovative e sfruttare il potenziale offerto dalle moderne tecnologie in ambito sanitario, nel triennio è stato implementato un Programma di reingegnerizzazione e digitalizzazione dei processi di cura che ha permesso la semplificazione dell'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini, il miglioramento della loro efficienza e una riduzione del carico sulle strutture sanitarie attraverso una maggiore capacità di indirizzo e controllo.

Degna di menzione è l'intensa formativa on the job sviluppata per diffondere la cultura della progettazione agile e tecniche di Project Management per la creazione della figura di Project Manager (PM) per la progettazione agile.

In atto, sulla scorta di quanto sopra, sono stati realizzati i seguenti interventi:

Cartella Clinica Elettronica CCE

Il progetto della Cartella Clinica Elettronica (CCE) si inquadra in un programma di profonda trasformazione digitale che, come obiettivi, si pone la fornitura di servizi integrati e la condivisione delle informazioni cliniche, mediche e socio-sanitarie per tutti i pazienti ed i cittadini della Provincia di Ragusa.

In un contesto come quello appena descritto il ruolo della CCE diventa fortemente strategico nella produzione di informazioni digitali condivisibili con gli altri servizi territoriali. ASP Ragusa ha deciso di migliorare la presenza dei propri servizi sul territorio e di facilitare con strumenti digitali l'accesso alla struttura per tutti i pazienti.

L'obiettivo strategico è quello di automatizzare e gestire in modo integrato tutto il percorso di cura del paziente in reparto o in ambulatorio seguendo tutte le fasi del processo: prenotazione, accettazione, cura e dimissione ed eventuali follow-up.

Nell'ambito del progetto generale di digitalizzazione Aziendale, ASP Ragusa ha implementato un'applicazione per la gestione della Cartella Clinica Elettronica, in modo da poter gestire in modo digitale il percorso clinico-terapeutico del paziente in regime di ricovero e/o ambulatoriale.

Dal punto di vista della macro-organizzazione ospedaliera, in conformità con i recenti indirizzi di politica sanitaria regionale di cui al D.A. 22/2019 e successive modifiche e integrazioni, l'Azienda connette i seguenti punti di offerta sanitaria:

- D.E.A. di I livello Ospedali di Ragusa, comprendente il P.O. "Giovanni Paolo II" e il P.O. "Maria Paternò Arezzo".
- D.E.A. di I livello Ospedali di Modica - Scicli, comprendente il P.O. "Maggiore" di Modica ed il P.O. "Busacca" di Scicli.

- D.E.A. di I livello Ospedali di Vittoria - Comiso, che comprende il, il P.O. “R. Guzzardi” di Vittoria e il P.O. “Regina Margherita” di Comiso.
- Distretti Sanitari Territoriali di Ragusa, Vittoria e Modica ove insistono ambulatori specialistici, cure residenziali (RR.SS.AA., Hospice, SUAP).
- Distretto di Modica 7 poliambulatori- in dettaglio:

- Poliambulatorio (EX INAM) Modica	17
- Poliambulatorio Modica Alta	1
- Poliambulatorio Via Aldo Moro	2
- Poliambulatorio Frigintini	6
- Poliambulatorio Pozzallo	12
- Poliambulatorio Ispica	11
- Poliambulatorio Scicli	15
- Distretto di Ragusa 5 poliambulatori – in dettaglio:

- Poliambulatorio (Ex INAM) Ragusa	12
- Poliambulatorio Santa Croce	7
- Poliambulatorio Chiaramonte	9
- Poliambulatorio Giarratana	7
- Poliambulatorio Monterosso	6
- Distretto di Vittoria 3 poliambulatori- in dettaglio:

- Poliambulatorio Vittoria:	19
- Poliambulatorio Comiso:	17
- Poliambulatorio Acate:	3
- Ambulatori specialistici afferenti al dipartimento di salute mentali nonché UU.OO. di ricovero e cura nell’ambito dei DEA I livello di Ragusa e Modica – Scicli (SPDC).

Nell’ottica dell’integrazione territorio ospedale, quindi, il progetto coinvolge le UU.OO. di ricovero e cura per acuti e post acuti afferenti ai Dipartimenti Funzionali Ospedalieri dei DEA di I° Livello di Ragusa, Modica-Scicli e Vittoria-Comiso, oltre ai servizi erogati dal Dipartimento di Salute Mentale sia in regime di ricovero che ambulatoriale e ai servizi erogati dal Dipartimento delle Cure Primarie negli ambulatori specialistici e nelle residenzialità.

Pertanto, il progetto interessa le seguenti Unità operative:

- n. 21 - nel DEA di I Livello di Ragusa;
- n. 15 – nel DEA di I Livello di Vittoria-Comiso;
- n. 18 - nel DEA di I Livello di Modica-Scicli;
- n. 3 RR.SS.AA., n. 2 Hospice;
- n. 1 SUAP oltre gli ambulatori specialistici territoriali.

Piattaforma Connected Care (CC) e integrazione con la Piattaforma TreC ASST di Trento

L’ASP di Ragusa, nell’ambito del percorso di trasformazione digitale avviato nel marzo 2020 e anche in virtù dell’emergenza sanitaria da Covid19 – ha espresso la necessità di definire nuove modalità di accesso, assistenza e cura del proprio bacino di utenti, attraverso il ricorso al paradigma della Connected Care, intesa come segue: “ecosistema” per la salute disegnato attorno al cittadino/paziente che, adeguatamente formato e ingaggiato, può fruire di servizi e informazioni attraverso piattaforme e strumenti digitali, anche di Telemedicina, sicure ed interoperabili e che favoriscono la collaborazione sulle stesse informazioni di tutti gli attori dell’ecosistema: dalla prevenzione, alla cura ed alla riabilitazione.

La realizzazione della Connected Care è quindi un progetto di visione e ambizioso che non si limita ai processi cura, e quindi al perimetro della Telemedicina, ma si estende all’accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari (PUA e COT) e ai percorsi di cura tra ospedale e territorio, anche per i pazienti con comorbidità.

Tale visione vede, in primis, la definizione di una strategia per la transizione digitale che armonizzi le iniziative e progettualità in corso, coerenti con il paradigma della Connected Care e adeguatamente supportate dal punto di vista dell’architettura tecnologica.

L’obiettivo primario della transizione digitale è di supportare il personale sanitario nell’attività quotidiana e favorire l’accesso ai servizi da parte dei cittadini e migliorare l’assistenza, nel rispetto dei requisiti normativi legati in particolare al trattamento dei dati personali.

La portata del nuovo paradigma è stata tale da far divenire urgente per questa Direzione, fin dal proprio insediamento, portare a termine un primo gruppo significativi di Servizi Digitali per il Cittadino entro aprile 2022.

Gli obiettivi che si è posti per la realizzazione della Connected Care sono stati identificati come segue:

- Creare un modello di connessione digitale dei servizi e delle prestazioni socio-sanitarie erogate dall'ASP;
- Creare un modello socio sanitario che consideri il Cittadino al centro;
- Migliorare l'accessibilità e la fruibilità dei servizi socio sanitari degli utenti;
- Garantire e standardizzare i servizi di prevenzione e la continuità delle cure ospedale territorio;
- Creare un sistema informativo capace di predire l'evoluzione del bisogno di salute e consentire la riprogettazione dell'offerta socio-sanitaria;
- Creare una coscienza digitale degli operatori e del cittadino per l'accesso ai servizi di prevenzione e cura;
- Abilitare il cittadino all'utilizzo dei servizi digitali forniti dall'ASP;
- Creare un sistema digitale di condivisione tra i professionisti di tutte le informazioni disponibili relative all'assistenza sanitaria e ai servizi socio-sanitari;
- Aumentare il numero dei Pazienti che effettuano l'accesso ai servizi con strumenti digitali;
- Ridurre gli accessi inappropriati e il sovraffollamento nei luoghi di cura.

La Connected Care è un progetto di Telemedicina esteso ai servizi sanitari e socio-sanitari, PUA e COT, e ai percorsi di cura tra ospedale e territorio (PDTA) e richiede una strategia per l'armonizzazione delle iniziative in corso affinché siano coerenti alla visione (processi e tecnologia).

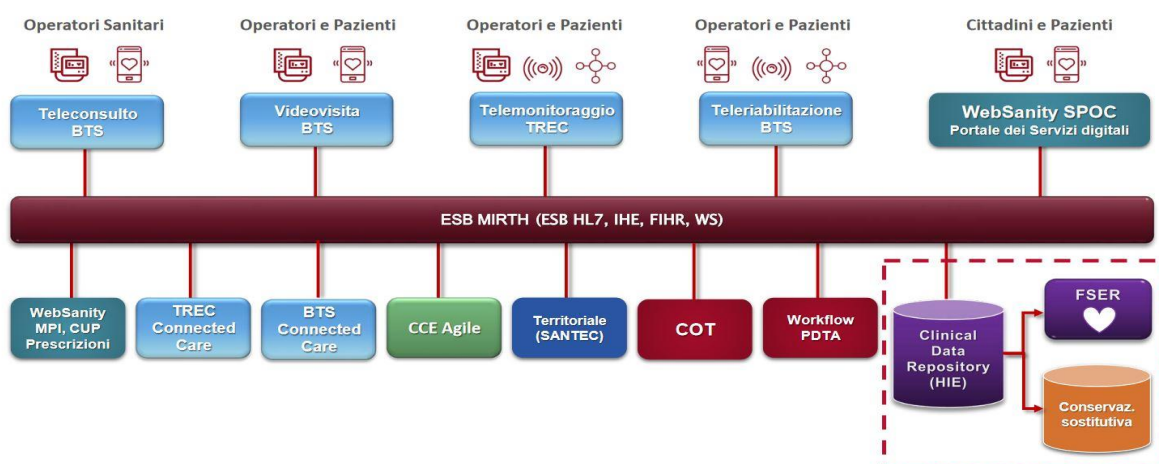
Gli obiettivi che questa Direzione ha inteso perseguire con la realizzazione del progetto Connected Care sono una prima realizzazione di servizi integrati di telemedicina, ma questa base di partenza costituisce la fondamentale premessa per l'attivazione del Population Health Management (PHM) e la predizione sullo stato di salute del bacino d'utenza dell'ASP. Si è consapevoli che tutto ciò potrà condurre ad un'attività di prevenzione e di rimodulazione della risposta ai fabbisogni di salute della popolazione.

Per rispondere alle sopradette sfide e sfruttare tutto il potenziale che le moderne tecnologie digitali oggi possiedono, la Direzione dell'ASP Ragusa ha deciso di implementare il sistema di Connected Care utilizzando la tecnologia in riuso della piattaforma TreC. Il riuso ha consentito all'ASP di Ragusa di usufruire gratuitamente del programma informatico TreC sviluppato dalla Fondazione di Ricerca Bruno Kessler (FBK) di Trento insieme alla APSS di Trento.

Il sistema TreC insieme con i nostri servizi digitali diventa un "ecosistema" per la salute disegnato attorno al cittadino/paziente che, adeguatamente formato e ingaggiato, può fruire di servizi e informazioni attraverso la nuova piattaforma Connect Care.

Tale piattaforma comprende diverse tipologie di applicazioni, ad esempio Telemedicina, Tele monitoraggio, etc. Si tratta di un sistema aperto che è in grado di essere interoperabile in modo da condividere le informazioni con tutti gli attori coinvolti nel processo di cura del paziente presso il suo domicilio, dalla prevenzione alla cura e alla riabilitazione.

Modello di alto livello della Connected Care in ASP RG



Teleconsulto

Il Teleconsulto fa parte dei Servizi di Telemedicina ed è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi sulla condivisione di dati clinici, referti, immagini, audio-video. Se il paziente è presente si svolge in tempo reale e si configura come una video visita multidisciplinare. L'obiettivo dell'Azienda sarà quello di consolidare l'esperienza effettuato per realizzare un servizio utilizzabile dai professionisti sanitari in modo agevole e che miri al miglioramento dei processi di cura e modellare il servizio in modo che sia usabile ed apprezzato dagli utenti.



Teleriabilitazione

Con la teleriabilitazione sono erogate a distanza le prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare, o comunque migliorare il funzionamento psicofisico di persone di tutte le fasce di età, affetti da disabilità o disturbi, congeniti o acquisiti, transitori o permanenti.

È un'attività sanitaria di pertinenza dei professionisti sanitari che comprende la prescrizione, l'esecuzione, il controllo, il monitoraggio, la supervisione, la modifica, la sostituzione di prestazioni e/o servizi di valutazione, abilitazione e riabilitazione.

È stata realizzata per avere caratteristiche di multidisciplinarietà e consente la collaborazione di familiari e caregiver.

Prestazioni e servizi di teleriabilitazione possono essere fruiti da qualsiasi luogo assistenziale e/o educativo in cui si trova il paziente e in mobilità, ovvero da luoghi non ordinariamente prestabiliti per la riabilitazione.

Nelle attività di teleriabilitazione vanno comprese anche quelle volte alla valutazione a distanza del corretto utilizzo di ausili, ortesi e protesi durante le normali attività di vita condotte all'interno dell'ambiente domestico o lavorativo.

Il progetto di teleriabilitazione prevede diversi ambiti: teleriabilitazione motoria, cognitiva, neuropsicologica, occupazionale, della comunicazione, della deglutizione, del comportamento, cardiologica e polmonare, per tutte le fasce d'età.

L'ASP Ragusa ha avviato, in questo primo momento la teleriabilitazione motoria e cognitiva.

Televisita

Con la televisita i medici ASP interagiscono, svolgendo un atto sanitario, a distanza con il paziente per mezzo di una piattaforma web accessibile sia da smartphone che da computer; una volta eseguito l'accesso da parte degli utenti, il medico e il paziente entrano in comunicazione in tempo reale per effettuare la visita. La televisita, in atto, è utilizzata per visite di controllo in soggetti con una diagnosi precedentemente accertata e per cui è disponibile un codice di esenzione.

La televisita è stata attivata in fase pilota in data 6/12/2021 e ha coinvolto più di 250 pazienti identificati dai medici delle U.O.C. di Neurologia e Cardiologia. Lo strumento di televisita è stato apprezzato sia dai professionisti sanitari che dai pazienti. Al termine della fase pilota avvenuta in data 14/3/2022, sono stati analizzati i risultati ottenuti e definite le successive fasi di sviluppo/miglioramento dello strumento tecnologico utilizzato per la televisita; sono stati, altresì, definiti gli ulteriori campi di applicabilità dello stesso ad altre specialità (genetica medica, chirurgia vascolare, ecc.) e ad un numero sempre maggiore di pazienti. I prossimi passi riguardano la definizione del piano di attivazione di nuove prestazioni erogabili in televisita e l'integrazione della stessa con strumenti digitali già esistenti (es. Cartella Clinica Elettronica) coerentemente con la fase di transizione digitale di ASP Ragusa (sistema blueprint).

Telemonitoraggio

Questa Azienda ha progettato il sistema di telemonitoraggio in aderenza all'accordo Conferenza Stato Regioni "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" del 17/12/2020.

Per quanto sopra il telemonitoraggio permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biomediche con o senza parti applicate). Il set di tecnologie a domicilio, personalizzato in base alle indicazioni fornite dal

medico, è connesso costantemente al sistema software che raccoglie i dati provenienti dai sistemi di rilevamento, li integra con altri dati sanitari e li mette a disposizione degli operatori in base alle modalità organizzative prestabilite.

Conseguentemente con il telemonitoraggio è possibile controllare nel tempo l'andamento dei parametri rilevati, permettendo da un lato una maggiore frequenza e uniformità di rilevazione e dall'altro una riduzione degli accessi ambulatoriali da parte dei pazienti.



Attualmente ASP Ragusa ha avviato il progetto di telemonitoraggio della gravidanza fisiologica e dello scompenso cardiaco grazie all'utilizzo del software TreC concesso in riuso dalla Fondazione Bruno Kessler; il software consta di un Cruscotto Medico e di un App per il cittadino a supporto rispettivamente del Percorso Nascita e del PDTA aziendale dello Scompenso. Nella seconda fase sarà prevista l'integrazione dell'App con i dispositivi medici.

Process mining

Le tecniche di process mining, a partire dai dati di log (elenco cronologico delle attività svolte dai nostri sistemi operativi o database) di applicazioni aziendali diverse ed eterogenee, hanno permesso di scoprire e comprendere i processi, valutarne le performance e disegnare, grazie a specifiche piattaforme digitali di analisi della governance, un quadro preciso dei flussi esecutivi da analizzare.

In generale, gli obiettivi che l'Azienda si prefigge di raggiungere dall'implementazione del process mining sono:

- comprendere criticamente e oggettivamente i punti di debolezza e di forza nei processi interni;
- costruire le capacità per far evolvere il proprio modello operativo in modo più "agile", evitando lunghe fasi di riprogrammazione dei processi;
- mettere a punto sistemi di *performance management* legati al funzionamento reale dei processi;
- affrontare fenomeni quali la scarsità di risorse, l'evoluzione delle norme, la diffusione delle tecnologie digitali e la crescente competizione a livello globale.

Tale approccio è stato utilizzato per la gestione del pronto soccorso di Ragusa. È ormai tra le tecniche disponibili nel know how aziendale, sarà quindi obiettivo dei prossimi anni utilizzare il process mining per reingegnerizzare progressivamente tutti i processi strategici sanitari e anche quelli amministrativi.

Spid

L'ASP Ragusa ha sviluppato ed offerto il servizio realizzando l'integrazione del sistema di autenticazione SPID sul portale di prenotazione Websanity.

Il Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID) consente ai nostri cittadini l'accesso facilitato ai servizi digitali delle amministrazioni locali e centrali. Il cittadino in possesso di una identità digitale SPID è riconosciuto attraverso un unico sistema di accesso e può utilizzare in maniera personalizzata e sicura i servizi digitali della PA.

La nostra piattaforma è stata realizzata in conformità al Decreto Semplificazioni (Decreto-legge n 76/2020), che stabilisce che a partire dal 1° marzo 2021, tutte le amministrazioni locali e centrali, gli enti pubblici e le agenzie, debbano consentire ai cittadini di accedere ai propri servizi digitali previa identificazione informatica effettuata esclusivamente attraverso il Sistema pubblico per l'identità digitale (SPID), ovvero tramite la Carta d'Identità Elettronica (CIE). Dal 1° marzo 2021, quindi, le amministrazioni non potranno più rilasciare o rinnovare credenziali per l'identificazione e l'accesso dei cittadini ai propri servizi in rete diverse da SPID o CIE.

Tutti i servizi online dell'Azienda saranno integrati con tale sistema.

Project & Portfolio Management

L'ASP di Ragusa ha introdotto azioni volte a far emergere il valore che i Sistemi Informativi possono generare per supportare i processi dell'Azienda, per questo si è reso necessario un'azione formativa on the job che sviluppi nelle nostre risorse umane la capacità di gestione delle progettualità e dalle fasi di ideazione fino alla messa in produzione delle nuove soluzioni in maniera chiara e puntuale.

In sintesi, gli obiettivi raggiunti ed i benefici traggurati:

- Avviato un quadro organico sempre aggiornato di tutte le progettualità in corso e da avviare;
- Definito un modello di prioritizzazione trasparente delle iniziative, per includere sempre nei portafogli quelle più adatte al raggiungimento degli obiettivi strategici;

- Definite le regole per rendere fluido ed efficace il dialogo tra soggetti funzionali e i soggetti tecnici;
- Definito il modello per garantire un allineamento continuo tra ciclo di budget e ciclo di vita dei progetti;
- Definiti i processi necessari a garantire il monitoraggio e il governo dei progetti;
- Condivisione del modello con i direttori delle UOC attraverso 4 edizioni del workshop «Percorso di Trasformazione Digitale dell'ASP Ragusa»;

Per quanto sopra, nell'arco di vigenza del presente piano, le azioni programmate di change management finalizzate saranno orientate:

- Sviluppo di un sistema di comunicazione e collaborazione per favorire l'ingaggio delle risorse e del personale nei processi di cambiamento, al fine di permettere a tutti di restare aggiornati sui progetti in corso e poter proporre iniziative diminuendo il rischio di non essere ascoltati;
- Implementazione delle gestioni del «portafoglio progetti» sulle progettualità del Recovery Fund;
- Valutazione di strumenti informatizzati al supporto della valutazione e gestione dei progetti in corso (Tool ITSM);
- Adozione di atti formali per il funzionamento del nuovo modello organizzativo all'interno dell'ASP.

Clinical data repository

La realizzazione del "Clinical Data Repository" sta permettendo di affiancare alle procedure in uso una piattaforma di dati granulari ed omogenei. Ciò consente di focalizzare la strategia evolutiva sul governo, sulla gestione e sulla condivisione del dato, unico elemento stabile ed invariante nel tempo, bypassando gli attuali limiti imposti da un'architettura basata su applicativi proprietari e debolmente interconnessi con dati che diventano sempre più settoriali e circoscritti ad attività specifiche.

La disponibilità del Clinical Data Repository alimentato con dati completi omogenei ed affidabili permetterà di:

- monitorare la cura del paziente durante tutto il suo percorso;
- effettuare una più completa gestione della prevenzione e una più puntuale programmazione dei servizi e della ricerca.

I dati, organizzati in forma elementare e strutturata, sono fruibili secondo due coordinate: la prima, orientata sul paziente, per fornire all'operatore sanitario un quadro completo dello stato della singola persona, l'altra orientata all'attività di studio e ricerca con analisi e trattamento di dati aggregati.

Workflow documentale

L'attività riguardante il Workflow documentale è stata concretizzata attraverso la realizzazione di un'applicazione per la gestione dei messi, delle delibere, delle determine e del protocollo informatico integrati con la pubblicazione nell'albo pretorio online e nella sezione dell'amministrazione trasparente.

L'obiettivo principale del progetto è stato quello di dare piena attuazione al CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale) attraverso il completamento del processo di dematerializzazione documentale. La completa integrazione tra l'area amministrativa e l'area contabile sta consentendo a tutti gli attori dei processi coinvolti di consultare in tempo reale i capitoli del bilancio di propria competenza in termini di stanziamento, prenotazione e/o impegno e di disponibilità residue.

La standardizzazione dei processi, invece, sta portando ad una maggiore e più agevole divulgazione dell'azione amministrativa eliminando l'attuale scarsa disponibilità dei documenti. Infine, l'integrazione dei moduli con il Protocollo informatico, la pubblicazione nell'albo pretorio online e nella sezione Amministrazione trasparente del portale istituzionale, sta garantendo la puntuale pubblicazione degli atti eliminando le code, i ritardi e molte delle attività manuali ad oggi effettuate dagli utenti.

Il Protocollo Informatico è diventato il fulcro di tutta l'azione amministrativa.

Ricette dematerializzate

La digitalizzazione delle ricette mediche consente all'utente medico oltre alla prescrizione della ricetta di ricevere la stessa in formato stampabile. La scelta della soluzione tecnologica che è stata effettuata ha previsto lo sviluppo di un middleware di comunicazione fra la Cartella Clinica "CliniClick" e il modulo di prescrizione del progetto AFT, mentre la funzionalità di integrazione FSE (rilevazione erogatore), viene gestita nel modulo Websanity e integrata con Cartella Clinica, dove vengono storicizzati i dati. Inoltre, è stato predisposto un meccanismo di autenticazione per lo scambio di messaggi tra l'applicativo di cartella clinica informatizzata "CliniClick" e il software di ricetta dematerializzata. Con questa integrazione il medico può

effettuare in automatico una nuova prescrizione dove vengono riportati i dati del medico prescrittore e del paziente indispensabili ad eseguire una nuova prescrizione farmacologica. Quando il medico, invece, deve modificare la prescrizione farmaceutica il nuovo documento andrà a sostituire integralmente il precedente. Nel caso in cui il medico prescrittore deve annullare la prescrizione dovrà eseguire un'operazione di annullamento della prescrizione di una ricetta emessa, accederà al sistema di Gesan tramite apposito pulsante presente in CCE, ed eseguirà l'annullamento della ricetta. In risposta la CCE provvederà ad eliminare il documento presente all'interno della cartella clinica del paziente.

Servizi di gestione e manutenzione IT (ITSM)

L'ASP Ragusa ha lavorato per l'efficientamento dell'erogazione dei Servizi IT attraverso la creazione delle basi per una gestione strutturata. Sono stati definiti i processi di Incident Management (da utilizzare per la gestione malfunzionamenti) e Service Request Management (da utilizzare per la gestione richieste dell'utente) e definizione del ruolo del Service Desk all'interno del processo di supporto. È stato definito un catalogo dei servizi IT, la gestione dei malfunzionamenti, la gestione delle richieste da parte dell'utente. Tale sistema, conclusa la fase di supporto agli utenti interni all'ASP, sarà rivolto alle istanze del cittadino.

Servizi applicativi trasversali

L'ASP Ragusa ha adeguato la sua infrastruttura tecnologica per consentire la fruizione applicativa e la messa in produzione dei servizi di Connected Care, sia lato centrale che nei diversi setting assistenziali nonché nei diversi reparti.

I sottosistemi applicativi coinvolti nel progetto di integrazione sono: Anagrafica Centralizzata – Aggiornamento del dato del paziente, CUP – il sistema di gestione delle richieste, CCE –repository complementare, SSO – gestione autenticazione operatore, paziente tramite SPID, Integrazioni tra TreC e sistemi ASP ed eventuali device utente, Integrazione con i sistemi di pagamento PagoPA per erogazione, Firma grafometrica, Archiviazione sostitutiva.

Tutti gli applicativi che saranno sviluppati nel corso di vigenza del presente piano beneficeranno di tali servizi, rendendo l'accesso degli utenti più semplice e immediato.

Architettura cloud

L'ASP Ragusa ha intrapreso un graduale e continuo percorso di evoluzione ed ottimizzazione delle proprie risorse di "Information Technologies". A tale scopo è stato avviato un progetto per la realizzazione di un piano di migrazione delle applicazioni verso l'infrastruttura SpcCloud (Sistema pubblico di connettività in Cloud). È stata quindi avviata una fase di analisi e di assessment delle applicazioni indicate dalla stessa amministrazione per disegnare, per ognuno degli ambiti applicativi, una opportuna strategia di migrazione in Cloud dei servizi. Per ogni applicazione è stata precompilata una scheda tecnica per tracciare le informazioni sui flussi logici ed infrastrutturali. Sulla base dell'assessment condotto, sono stati analizzati i report relativi all'infrastruttura in uso ed alla capacità computazionale e di storage utilizzato per le applicazioni oggetto di analisi.

Il piano strategico di migrazione cloud prevede un percorso da compiersi nei prossimi 24 mesi. La realizzazione del progetto permetterà che tutti gli applicativi saranno gestiti dal cloud aziendale, i principali benefici attesi riguardano:

- Diminuzione dei costi medi di protezione del dato e degli applicativi (disaster recovery e business continuity esternalizzato)
- Velocità di utilizzo dei sistemi
- Infrastrutture scalabili senza limiti fisici per dimensione di storage e velocità di calcolo

Front end cittadino

Con questa iniziativa l'ASP Ragusa ha definito i canali di comunicazione con il cittadino per accedere ai servizi digitali (es. la Registrazione ai servizi digitali, richiesta, prenotazione, pagamento, ritiro referti). I servizi saranno offerti tramite: applicazione web "ServiceNow" per la gestione del front-end, servizio di call-center unico che ha la gestione dell'IVR (sistema di risposta vocale interattiva) di competenza integrato con "ServiceNow".

L'operatore di call-center inserirà tutte le pratiche richieste dall'utente sul sistema "ServiceNow" in modo da tenere traccia e gestire le comunicazioni tra il cittadino e gli operatori sanitari. Le figure professionali abilitate all'erogazione dei servizi al cittadino sono: infermieri, operatori ADI, operatori di sportello, medici, altre tipologie di utenti.

Service desk al cittadino

Il Service Desk al cittadino ha il compito di fornire un punto di contatto unico per tutti gli utenti utilizzatori dei servizi digitalizzati, svolgendo una molteplicità di attività interrelate.

Esso si pone come interfaccia tra gli utenti ed i processi. Lo scopo è quello di creare comunicazione efficace tra l'IT e gli utenti che utilizzano il servizio, poiché a seconda delle problematiche emerse e delle richieste effettuate si ha una visione più ampia delle esigenze del cittadino e di conseguenza della persona; tutto ciò si traduce in un miglior servizio per gli utenti finali e in una accessibilità più agevole.

Pertanto, il nostro obiettivo è stato quello di sviluppare un modello di connessione digitale socio-sanitaria e mettere al centro il cittadino con i suoi bisogni tenendo conto dell'alfabetizzazione digitale di quest'ultimo. A tal fine per agevolare e supportare il cittadino nell'uso delle tecnologie informatiche, l'ASP Ragusa ha previsto l'introduzione della figura del 'facilitatore digitale', figura funzionale a supporto dei singoli cittadini nell'utilizzo dei servizi digitali.

• **Evoluzione dei servizi PUA e Punti Unici di accesso**

L'ASP di Ragusa — in coerenza con le linee guida del 2009 per il riordino del Sistema Sanitario Regionale e con l'intervento finanziato dal Quadro Strategico nazionale nel 2018 — ha messo in atto la riorganizzazione della rete territoriale a partire dalla costituzione del Punto Unico di Accesso (PUA), in modo da garantire i percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali di cui al presente Capo prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.

Il PUA mira ad integrare e mettere in rete l'offerta dell'assistenza territoriale, inclusi i professionisti che concorrono all'erogazione delle prestazioni sul territorio, rispetto al fabbisogno espresso all'interno dei Distretti.

Le nuove linee guida regionali sul funzionamento del PUA e la maturità del contesto territoriale ragusano hanno rappresentato un'occasione favorevole non tanto per adeguarsi a quanto previsto dalle nuove norme (compliance di fatto già ottenuta dall'Azienda nei primi mesi dell'attuale mandato da Direttore Generale), ma soprattutto per fare evolvere il proprio sistema almeno secondo tre direttrici:

- completare il processo evolutivo da "puro" sistema amministrativo a sistema piattaforma pienamente gestionale integrata e modulare di servizi evoluti, non solo per il paziente ma, a regime, per il cittadino inteso come soggetto portatore di interesse sanitario di breve, medio, lungo periodo;
- fare evolvere il sistema non solo secondo le logiche dell'accessibilità ma anche dal punto di vista dei paradigmi dell'usabilità da parte degli utilizzatori (sia intermedi che finali) e delle più moderne logiche di *patient experience*;
- migliorare la capacità predittiva di breve, medio, lungo termine del proprio sistema producendo maggior valore sia nella definizione del proprio setting di offerta di servizi, sia nella definizione della propria "capacità produttiva" necessaria per l'erogazione degli stessi servizi.

In coerenza con quanto sopra, questa Amministrazione ha definito le linee di sviluppo del PUA per realizzare i seguenti obiettivi:

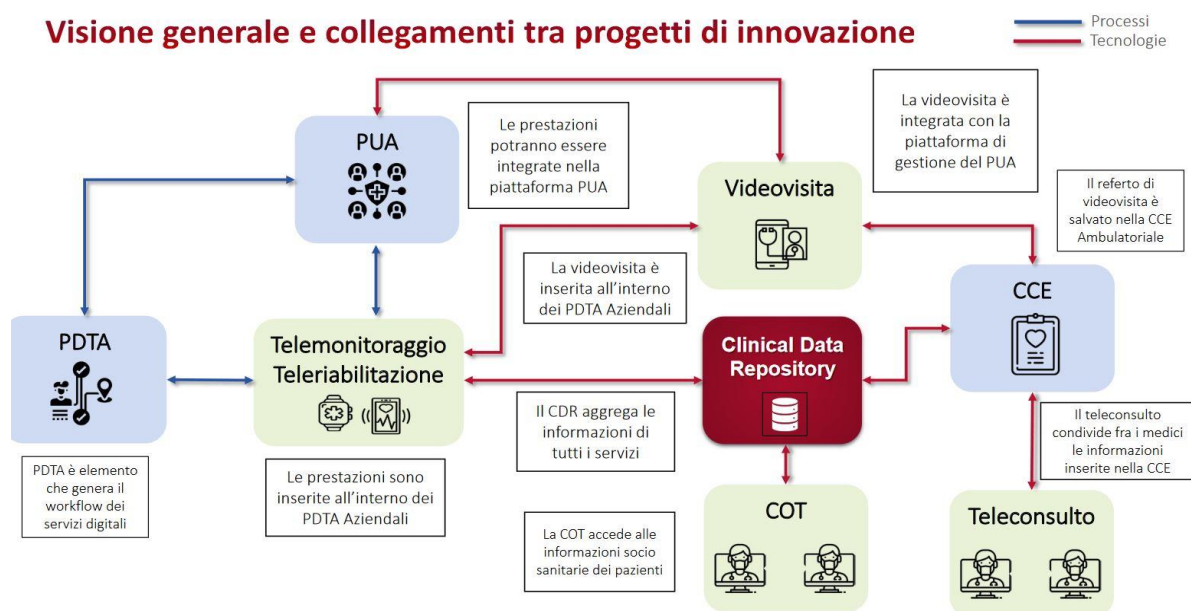
- Valorizzare il patrimonio informativo dell'ASP sia negli aspetti clinico-sanitari che in quelli amministrativi, socio-sanitari, sociali;
- Potenziare la capacità predittiva del sistema ospedale-territorio rispetto alla domanda di servizi;
- Potenziare l'offerta di servizi integrata ospedale-territorio all'interno di un quadro coerente di sviluppo rispetto alla normativa regionale, alle esigenze del territorio e agli eventuali casi di riferimento sul territorio nazionale;
- Supportare l'evoluzione dell'offerta integrata ospedale-territorio considerando sia il modello di funzionamento per gli aspetti organizzativi e operativi, sia i Sistemi Informativi e le soluzioni digitali per la dimensione tecnologica e architetture.

Inoltre, al fine di garantire una integrazione socio-sanitaria ancora più efficiente ed efficace durante quest'anno l'ASP di Ragusa ha sottoscritto con i 12 Comuni un "Accordo di Programma" che metterà in stretta collaborazione i professionisti dell'ASP con quelli dei Comuni. A tal fine è stata condivisa la piattaforma centralizzata dell'ASP che gestisce l'integrazione socio-sanitaria, accessibile in modalità web su protocollo sicuro.

L'accordo prevede, altresì, la sperimentazione e l'implementazione di una "Cartella Socio Sanitaria informatizzata", quale strumento operativo destinato al lavoro degli operatori da collegare alla già esistente Cartella Clinica Elettronica Ospedale Territorio.

Quanto sopra descritto consentirà di connettere i vari sistemi informativi verticali, in una rete unica di progetti di innovazione fra di loro correlati, così come rappresentato nell'immagine seguente.

Visione generale e collegamenti tra progetti di innovazione



- **La Rete dell'ictus**

Ogni anno 150.000 soggetti sono colpiti da ICTUS cerebrale. L'Ictus rappresenta la prima causa di disabilità nell'adulto e la seconda di morte.

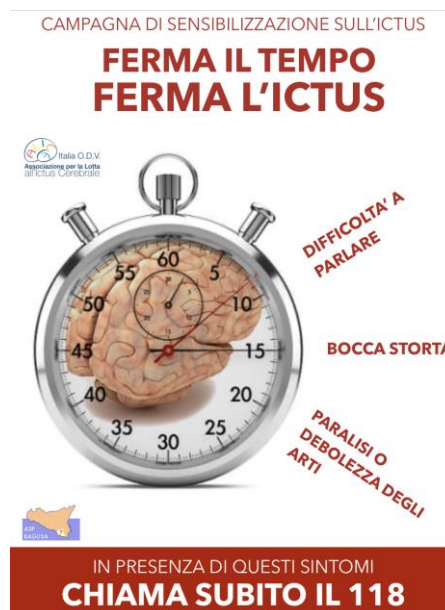
La Regione Sicilia risulta la seconda regione italiana per incidenza di ICTUS nella popolazione. La presa in carico tempestiva rappresenta elemento determinante per la riduzione della disabilità e della mortalità. L'ASP di Ragusa ha un bacino di utenza pari a 315.000 abitanti, l'offerta sanitaria è distribuita su tre DEA I Livello, con una UOC di Neurologia/Stroke Unit presso il DEA I Livello di Vittoria. La strategia aziendale messa in campo nel rispetto della best practice è stata fondata sulla disponibilità della terapia "riperfusiva" per il paziente con ICTUS acuto, in tutti i presidi ospedalieri dell'ASP.

L'azienda ha aderito al progetto Angels che prevede una prima fase di osservazione e identificazione delle criticità e condivisione con il team ictus multidisciplinare delle azioni da intraprendere e definizione degli obiettivi e di un piano strategico operativo a breve e lungo termine, successivamente si è attuata una revisione sistematica del PDTA aziendale anche attraverso formazione in situ con tecniche di simulazione del percorso in una visione intraospedaliera e interospedaliera.

A seguire la fase di follow-up periodico e monitoraggio dei risultati, incluso i dati relativi alla degenza in stroke unit e al successivo percorso riabilitativo.

I principali risultati ottenuti riguardano: l'esecuzione della trombolisi in area di emergenza di tutti presidi ospedalieri aziendali, con successivo ricovero presso la Stroke Unit del DEA I Livello di Vittoria; riduzione del "door to needle" della trombolisi da 120 minuti (anno 2018) a 40 minuti (anno 2020); raggiungimento del 120% degli obiettivi prefissati dall'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana, in rapporto al valore atteso dall'Osservatorio epidemiologico regionale.

Al team stroke aziendale è stato conferito per due anni consecutivi 2020 e 2021, il riconoscimento internazionale "Premio Angels - status Gold", relativamente alla qualità dell'attività svolta nella gestione del paziente con ICTUS in adesione a dei criteri standardizzati predefiniti.



- **Il laboratorio di genetica medica**



Il laboratorio di genetica medica dell'ASP di Ragusa nell'ambito del progetto generale della Connected Care.

Nel mese di marzo 2022 è stato attivato il laboratorio di Genetica medica presso l'UOC Laboratorio Analisi P.O. "Giovanni Paolo II" - Ragusa.

Il Laboratorio di Genetica Medica si posiziona in maniera trasversale a tutte le branche mediche, fra le quali, citando soltanto le più interessate, l'Ostetricia e la Ginecologia per la diagnosi prenatale e il supporto alle coppie inserite nei percorsi di fecondazione medicalmente assistita e per la poliabortività. La Neonatologia,

la Pediatria e la Neuropsichiatria infantile per la diagnosi precoce di malattie rare e dei disturbi comportamentali in età pediatrica. Nel campo dell'Ematologia il laboratorio di genetica ha un ruolo nella diagnosi delle malattie oncoematologiche e soprattutto nel monitoraggio della malattia residua per la

diagnosi precoce di patologie genetiche. Anche la Neurologia è interessata per la diagnosi delle malattie Neurodegenerative. Inoltre, il Laboratorio di Genetica Medica, svolge un ruolo primario di supporto all'Oncologia per lo studio a livello germinale dei tumori eredo-familiari, per la prognosi e la terapia mirata nei pazienti oncologici; questo in relazione all'offerta diagnostico-terapeutica che, nell'ambito del carcinoma della mammella, l'Azienda è chiamata a garantire, così come previsto dal Progetto Regionale che identifica l'ASP di Ragusa quale Centro di riferimento della Rete oncologica senologica regionale "Breast Unit".

• Mare senza frontiere

Ogni anno dal 2019 questa ASP ha realizzato l'iniziativa "Mare senza Frontiere", un progetto che ha consentito la fruizione di tutte le spiagge del litorale ibleo ai disabili. Tale iniziativa ha coinvolto nella partecipazione tutti i Comuni del Libero Consorzio Ibleo, anche quelli che non hanno affaccio diretto al mare.

In questi anni "Mare senza frontiere" ha avuto un forte impatto mediatico, non solo a livello territoriale ma anche nazionale. È riconosciuto quale modello organizzativo che ha garantito un concreto servizio a tutte quelle persone con disabilità che non avrebbero potuto, come in passato, usufruire delle spiagge e del mare. Una rete tra pubblico, privato e associazionismo che ha perfettamente funzionato creando una straordinaria sinergia.



• Codice Rosa

Il "codice rosa" un percorso di cura e sostegno alle vittime di violenza e abusi, nato per la prima volta in Sicilia nel 2013, proprio nella Provincia di Ragusa. L'ASP ha posto come elemento centrale della propria strategia Sanitaria lo sviluppo di iniziative finalizzate a promuovere la salute, ed il raggiungimento di condizioni di benessere psico-fisico della popolazione, interpretando in modo innovativo il ruolo azienda quale solido riferimento del cittadino anche nel "sociale". È stato aggiornato il percorso e i relativi protocolli con la Procura della Repubblica e con le associazioni di volontariato per l'assistenza alle vittime di abusi e violenze. Il codice Rosa è attivo nei tre PS della Provincia di Ragusa.



Tutela la tua sicurezza e quella dei tuoi figli e delle tue figlie.

A chi rivolgerti in caso di violenza

Se riconosci nella tua vita o nella vita di chi ti sta vicino atteggiamenti violenti, rivolgiti ai seguenti servizi. Esiste una rete ad hoc per accoglierti, consigliarti, orientarti, tutelarti, proteggerti e accompagnarti durante tutti i passi necessari a uscire dalla situazione di violenza e ritrovare la tua autonomia. I servizi sono totalmente gratuiti.

Forze dell'ordine
Numeri Pronto intervento
attivi tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24
Carabinieri 112
Polizia di Stato 113

CENTRO ANTIVIOLENZA
1522

2021 CODICE ROSA



2.a.1 Mandato istituzionale e Missione

L'ASP di Ragusa inquadra il proprio mandato istituzionale all'interno del contesto legislativo fondamentale del Sistema Sanitario Regionale della Sicilia e del quadro normativo nazionale. Essa attraverso la programmazione locale, il confronto e la presa in carico delle richieste del proprio territorio, esercita il ruolo di garante della salute dei propri cittadini.

La Missione dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa - ASP Ragusa, secondo il dettato dell'Atto Aziendale, indicata nell'art. 3, è di "svolgere la funzione di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività, attraverso attività di prevenzione, cura degli stati di malattia e di recupero della salute, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza -(LEA) e consolidando l'integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, al fine di mantenere il più alto livello possibile di qualità della vita dei cittadini, fornendo servizi erogati direttamente o da altre Aziende del SSN, pubbliche o private nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza e di riservatezza".

La visione dell'azienda è di "Sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie con il contesto locale e nazionale, per arricchire il capitale sociale esistente e per migliorare l'offerta dei servizi per la salute, in un'ottica di miglioramento continuo dei risultati; sviluppare e valorizzare il capitale umano, il loro impegno nel fornire prestazioni standard e di eccellenza e nel sostenere i valori assunti come fondanti."

L'Azienda pone a fondamento della propria azione i seguenti principi:

- criteri di efficacia, di appropriatezza, di efficienza, di equità, di professionalità, in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili - vincolata al principio della trasparenza in ragione del quale l'Azienda rende visibili e certi gli impegni dell'organizzazione e le relative garanzie mediante l'impiego di strumenti adeguati - alla valorizzazione delle risorse interne, integrazione delle professionalità e responsabilizzazione del personale sugli obiettivi aziendali;
- rispetto della dignità umana, equità ed etica professionale;
- centralità del valore salute e orientamento ai bisogni del paziente-utente;
- sviluppo delle cure primarie, appropriatezza clinica e organizzativa;
- garanzia per l'utente del servizio in campo assistenziale, didattico e di ricerca;
- 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;
- compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi regionali;
- programmazione dell'impiego delle risorse disponibili secondo criteri di costo-efficacia, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali di salute;
- miglioramento continuo nell'erogazione del prodotto e nel processo produttivo;
- appropriatezza delle performance cliniche e gestionali;
- valorizzazione delle risorse interne, integrazione delle professionalità e responsabilizzazione del personale sugli obiettivi aziendali;
- flessibilità organizzativa in relazione ai bisogni espressi dalla comunità che insiste sul territorio di riferimento;
- partecipazione alla propria attività dei singoli cittadini e delle loro associazioni, nel rispetto delle norme vigenti.

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

Il contesto, in cui opera l'Azienda, è caratterizzato da complessità e pluralità di bisogni, da rapidi mutamenti della struttura socio-demografica che comportano una gestione improntata ad una ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze medico-scientifiche, gestionali e degli strumenti di comunicazione.

La sua ragion d'essere futura è:

- sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie con il contesto locale e nazionale, per arricchire il capitale sociale esistente e per migliorare l'offerta dei servizi per la salute, in un'ottica di miglioramento continuo dei risultati;
- sviluppare e valorizzare il capitale umano, il loro impegno nel fornire prestazioni standard e di eccellenza e nel sostenere i valori assunti come fondanti.

La strategia dell'Azienda è orientata a:

- qualificare l'offerta di azioni sanitarie di prevenzione e clinico-assistenziali, sviluppando la capacità di identificare i bisogni di salute e di valutare gli esiti dell'azione svolta;
- innovare, differenziare e potenziare l'offerta clinico-assistenziale;
- affermare la pratica della continuità clinico-assistenziale;
- perseguire gli orientamenti e le metodologie del governo clinico;
- razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi-erogativi finalizzare l'utilizzo delle risorse disponibili al soddisfacimento dei bisogni di salute;
- allargare e rinforzare le reti di assistenza aziendali, interaziendali e interistituzionali, per qualificare ed ampliare ulteriormente l'offerta di servizi al cittadino mirando all'obiettivo di una progressiva riduzione della mobilità sanitaria passiva extraaziendale.

L'ASP promuove la salute nel territorio di competenza sulla base dei dati epidemiologici rilevati sulla popolazione del territorio:

- sviluppando attività di educazione sanitaria, igiene e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, di vigilanza sui cibi destinati all'alimentazione umana e degli animali, di promozione della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori negli ambienti di lavoro al fine di prevenire le malattie professionali e gli infortuni;
- erogando prestazioni e servizi sanitari e, in particolare, di prevenzione attivando programmi di screening e diagnosi e cura sia in regime domiciliare, sia in regime ambulatoriale, sia di ricovero ordinario ospedaliero che in emergenza.

L'Azienda accoglie nelle sue strutture pubbliche o private accreditate ed eroga i servizi a chiunque ne abbia bisogno, indipendentemente dalla nazionalità, dall'etnia, dalla cultura e dalla religione. Particolare impegno è rivolto alla promozione di obiettivi di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni (attraverso la promozione di linee guida, di protocolli diagnostici, di priorità nell'erogazione delle prestazioni in presenza di determinate patologie, presunte o accertate) sia l'individuazione di condizioni di non appropriatezza (in sede di ricovero o ambulatoriale), per le quali una programmazione di contenimento consenta di ricavare margini per lo sviluppo di prestazioni innovative in diversi campi.

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

- nell'equità, solidarietà e riduzione delle disuguaglianze nella accessibilità e fruibilità dei servizi, per ragioni sociali, culturali ed economiche: affermare il diritto di ogni persona, senza discriminazione alcuna, di aspirare al migliore stato di salute, in un sistema di garanzie fondato sull'eguaglianza dei diritti e dei doveri;
- nella trasparenza di una organizzazione che si impegna a garantire la libera circolazione delle informazioni sulle risorse impiegate e sui risultati ottenuti, la visibilità dei processi decisionali delle politiche aziendali, la diffusione dei criteri (evidenze di efficacia) su cui si basano le scelte di governo clinico e politica sanitaria, l'esplicitazione dei livelli di responsabilità ed autonomia dei professionisti, in modo da sviluppare rapporti di fiducia e comprensione dei reciproci punti di vista nonché dei vincoli di sistema;
- nell'efficacia e appropriatezza intese come insieme di strumenti, di tempi, di azioni svolte da professionisti competenti supportate da evidenze di efficacia in termini di risultati di salute, capaci di raggiungere gli obiettivi assistenziali ed organizzativi scelti come priorità dall'Azienda;
- nell'affidabilità, intesa come capacità di rispettare gli impegni presi in ragione delle competenze disponibili e di adeguare continuamente e coerentemente i comportamenti, le azioni, le politiche e i servizi erogati alle reali necessità (bisogni) della popolazione servita, rispettando le priorità e gli obiettivi a tal fine fissati e dichiarati dall'Azienda;
- nella sicurezza dei prodotti, processi e ambienti di lavoro, intesa come insieme di tecnologie, regole, procedure e comportamenti finalizzati a garantire la massima tutela per i pazienti e gli operatori che usufruiscono o lavorano nei servizi;
- nell'abilità nel rendere più sensibile e specifica l'azione e l'intervento ai bisogni assistenziali ed organizzativi richiesti.
- nella tutela e promozione della salute degli individui e della collettività, attraverso attività di prevenzione, cura degli stati di malattia e di recupero della salute, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza e consolidando l'integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera.

2.a.2 Gli stakeholders

Nell'ambito del Valore Pubblico, l'ASP di Ragusa intende porre in essere attività di revisione e aggiornamento della gestione con gli stakeholders.

Il Comitato Consultivo Aziendale

I Comitati Consultivi Aziendali in Sicilia, istituiti in ogni Azienda del Servizio Sanitario Regionale dalla legge regionale n.5 del 14 aprile 2009 e regolamentati dal Decreto 15 aprile 2010 n.1019 con integrazione del Decreto 21 settembre 2012 n. 1874, sono composti da rappresentanti di organizzazioni e associazioni di volontariato di tutela dei diritti degli utenti e degli operatori del settore sanitario e socio-sanitario, nell'ambito territoriale di riferimento.

Si tratta di organismi istituzionali che prevedono la partecipazione dei cittadini, nelle forme e nelle modalità previste, alla gestione della erogazione dei servizi sanitari.

I comitati Consultivi Aziendali sono quindi organizzazioni di rappresentanza civica all'interno di ogni Azienda Sanitaria e Ospedaliera della Sicilia che a titolo gratuito, in modo collegiale e indipendente, esprimono pareri obbligatori non vincolanti e formulano proposte al Direttore Generale in ordine agli atti di programmazione dell'Azienda, all'elaborazione dei piani di educazione sanitaria alla salute, alla verifica della funzionalità dei servizi aziendali, nonché alla loro rispondenza alle finalità del Servizio sanitario regionale e nazionale, redigendo ogni anno una relazione sull'attività dell'Azienda.

Pertanto, i Comitati Consultivi Aziendali operano compiti istituzionali nell'interesse generale delle Aziende Sanitarie del Servizio sanitario siciliano, essendo portatori delle istanze e della voce dei cittadini.

Una spinta notevole al coinvolgimento dei cittadini nella partecipazione della gestione del SSR si è realizzata con la costituzione della Rete Civica della Salute, che dovrà ancora di più essere sviluppata e incrementata.

Si tratta di una struttura sociale di inclusione e comunicazione, formata da " Cittadini informati " e dai Riferimenti Civici della Salute, riconosciuti dal SSR in ciascun comune di residenza, per esercitare il diritto costituzionale di partecipazione attiva al miglioramento e controllo del Sistema Salute.

Il Comitato Consultivo Aziendale dell'ASP di Ragusa è composto da 38 componenti in rappresentanza di associazioni di volontariato e di tutela dei diritti degli utenti e di organizzazioni degli operatori del settore sanitario e socio-sanitario.

In seno al Comitato la rappresentanza e la competenza delle diverse categorie è molto ampia: disabilità, non autosufficienza, patologie oncologiche, Alzheimer, autismo, salute mentale, donazione organi, diritti dei malati, difesa del cittadino, diritti dei consumatori, attività solidali, antiviolenza sulle donne, assistenza agli ammalati, organizzazioni di operatori sanitari e ordini professionali, raccolta sangue, assistenza a cerebrolesi, sindrome fibromialgica, sordità, fibrosi cistica, stomizzati, diabete e cardiopatie.

Al fine di approfondire le tematiche inerenti i diversi servizi sanitari e di proporre soluzioni alle criticità presenti, il Comitato Consultivo Aziendale si è organizzato in n. 6 gruppi di lavoro:

- Liste di attesa per prestazioni ospedaliere e ambulatoriali;
- Verifica e funzionalità dei servizi sanitari ospedalieri;
- Prevenzione tumori e obiettivi di screening, consultori familiari, medicina di genere;
- Disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, fragilità e salute mentale;
- Stili di vita, educazione alla salute, malattie croniche e non autosufficienza;
- Formazione dei componenti del CCA e dei Riferimenti Civici della Salute, Rete Civica della Salute.

Oltre allo svolgimento dei propri compiti e prerogative, il Comitato Consultivo Aziendale si propone di attuare iniziative sull'educazione alla salute, sull'organizzazione della Giornata Internazionale del Volontariato e sulla Giornata della trasparenza, sulla formazione dei propri componenti e dei Riferimenti Civici della Salute, sull'ulteriore sviluppo e potenziamento della Rete Civica della Salute attraverso accordi di collaborazione con partner istituzionali, sul potenziamento di campagne di informazione ai cittadini sui temi della salute e sull'accesso e utilizzo dei servizi sanitari.

Per la vigenza del presente Piano il Comitato Consultivo Aziendale tenuto conto che l'Azienda Sanitaria ha la necessità di avere consapevolezza della reale percezione della qualità dei servizi erogati all'utenza, attraverso strumenti di rilevazioni già istituiti, segnalazioni all'U.R.P. e interviste telefoniche ha proposto di istituire un Osservatorio Provinciale delle segnalazioni e uno Sportello della Salute, da strutturare e regolamentare insieme alla Direzione Generale, direttamente gestito dal Comitato Consultivo nella propria sede, attraverso strumenti e idonea formazione con rilevazioni presso:

- Associazioni
- Istituzioni scolastiche
- Privato sociale
- Parrocchie
- Centri sportivi
- Medici base
- Privati cittadini

Le Organizzazioni Sindacali

L'Azienda assegna rilievo centrale al sistema delle relazioni sindacali per lo sviluppo efficace delle strategie di gestione e di valorizzazione delle risorse umane. Adotta, quindi, politiche e "stili" relazionali improntati alla chiarezza e alla trasparenza delle proprie scelte e dei propri comportamenti e al coinvolgimento delle Organizzazioni sindacali (OO.SS.), secondo i criteri e le prassi definite dai CCNL e nel rispetto delle funzioni e delle responsabilità proprie dei sindacati e dell'Azienda.

Le relazioni sindacali si connotano pertanto come:

- strumento per la corretta gestione dell'informazione, della contrattazione integrativa aziendale, della concertazione e della consultazione in riferimento alla contrattazione collettiva;
- elemento di confronto per la migliore definizione dei programmi di tutela e promozione della salute, che richiedono percorsi di analisi e di valutazione adeguati al grado di complessità sviluppato nella comunità di riferimento.

In coerenza con il modello aziendale prescelto, che sviluppa le articolazioni organizzative e decentra le competenze-responsabilità gestionali in prossimità dei punti di insorgenza dei problemi, il sistema aziendale delle relazioni sindacali si attua mediante una dinamica di azione di maggior agilità ed efficacia.

Le relazioni con le OO.SS., sia di categoria che confederali, e con le Rappresentanze Sindacali Unitarie, rappresentano una risorsa strategica non solo per ricercare la maggiore valorizzazione delle risorse umane e professionali ma anche per rispondere ai bisogni dei cittadini e per elaborare lo sviluppo di efficaci modelli di gestione.

Il sistema delle relazioni sindacali deve essere orientato in modo da temperare l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro ed alla crescita professionale dei dipendenti con l'esigenza dell'Azienda di mantenere elevate l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati all'utenza.

I Comuni della provincia di Ragusa

L'Azienda mantiene e sviluppa stretti legami con i comuni della provincia di Ragusa quali attori della programmazione territoriale e referente della collettività nelle problematiche socio-sanitarie. Particolarmente rilevante è il rapporto istituzionale con la "Conferenza dei Sindaci dei Comuni" quale organismo rappresentativo delle autonomie locali cui spetta il diritto-dovere di sovrintendere sui bisogni socio-sanitari delle comunità amministrate inserire frase dall'atto aziendale.

L'ASP di Ragusa — in coerenza con le linee guida del 2009 per il riordino del Sistema Sanitario Regionale e con l'intervento finanziato dal Quadro Strategico nazionale nel 2018 — ha messo in atto la riorganizzazione della rete territoriale a partire dalla costituzione del Punto Unico di Accesso (PUA), in modo da garantire al cittadino la possibilità di trovare, attraverso un'unica porta di accesso al sistema, una risposta uniforme e tempestiva ed appropriata alla sua domanda di salute.

Il PUA mira ad integrare e mettere in rete l'offerta dell'assistenza territoriale, inclusi i professionisti che concorrono all'erogazione delle prestazioni sul territorio, rispetto al fabbisogno espresso all'interno dei Distretti socio sanitari.

Pertanto, al fine di garantire una integrazione socio sanitaria ancora più efficiente ed efficace nel 2021 l'ASP di Ragusa ha sottoscritto con i Comuni un "Accordo di Programma" che metterà in sinergia i professionisti dell'ASP con quelli dei Comuni. Inoltre, sarà condivisa la piattaforma centralizzata che gestisce l'integrazione socio-sanitaria, accessibile in modalità web su protocollo sicuro. Infine, l'accordo prevederà anche la sperimentazione e l'implementazione di una "Cartella Socio Sanitaria informatizzata", quale strumento operativo destinato al lavoro degli operatori di tutti i PUA.

Il sistema, così definito, predisporrà periodicamente la reportistica standard per la valutazione del fabbisogno quali- quantitativo dell'offerta socio-sanitaria e socio-assistenziale.

Fornitori

Le procedure di acquisto di beni e servizi avvengono nel rispetto di quanto previsto compiutamente dalla vigente legislazione, nazionale e regionale.

L'attività contrattuale deve aver luogo coerentemente alla programmazione annuale degli acquisti dei beni e servizi ed al sistema budgetario. L'affidamento al contraente nei rapporti attivi ed in quelli passivi avviene nel rispetto dei principi della trasparenza e della massima concorrenzialità, perseguendo costantemente l'obiettivo

della efficacia, efficienza ed economicità per l'Azienda, assicurando il positivo rapporto costi/benefici, nel rispetto dei vincoli di spesa definiti a livello di bilancio.

L'Azienda, previa adeguata informazione ai concorrenti dei criteri e delle modalità di individuazione del contraente, potrà, di volta in volta, ricorrere a sistemi che attribuiscono rilevanza ai soli profili economici ovvero anche ai profili funzionali e qualitativi dell'offerta, correlativamente utilizzando tutti i sistemi di comparazione delle offerte pervenute, ivi comprese le forme più avanzate di approvvigionamento elettronico.

I contratti si perfezionano attraverso la forma scritta o, alternativamente, per via telematica con le garanzie della firma digitale.

La trasparenza e la concorrenzialità devono essere perseguite assicurando, ove possibile, la pubblicizzazione dell'oggetto e delle condizioni contrattuali in forme adeguate attraverso il ricorso ai più moderni sistemi telematici ed informatici. La funzione di approvvigionamento deve essere improntata ad un comportamento corretto, leale, di "buona fede" ex artt. 1337 e 1338 del Codice civile.

Con appositi atti il Direttore Generale può delegare ad una o più delle figure professionali richiamate nel presente atto, in relazione alle diverse competenze, gli acquisti di beni e servizi relativi ad intere tipologie prestabilite e/o gli acquisti di ogni tipo di bene e servizio inferiore ad una soglia per importo predeterminato.

È predisposto annualmente un programma per individuare il fabbisogno aziendale di beni e servizi, secondo principi di priorità e di coerenza.

Altre Aziende Sanitarie e Istituti di Ricerca e Cura a carattere scientifico

Alla luce della rete ospedaliera adottata dalla Regione Siciliana redatta in coerenza con le indicazioni del DM 70/2015 in cui vengono individuate delle strutture a complessità crescente (DEA II°- DEA I°-PS Base e PS zona disagiata), l'ASP di Ragusa nell'ambito dei rapporti istituzionali tra enti del comparto sanità, ha instaurato dei rapporti convenzionali con alcune Aziende Sanitarie della Regione Siciliana e con alcuni centri privati ed altre enti del terzo settore al fine di governare la domanda di salute per alcune prestazioni che vengono erogate in mobilità passiva (radiologia interventistica, Prestazioni di Medicina Nucleare, Chirurgia Bariatrica, Chirurgia Senologica, Neurochirurgia, ecc.). Allo stesso tempo sono stati previsti anche accordi di collaborazione con alcune strutture sanitarie pubbliche e private della Regione dove i professionisti dell'ASP di Ragusa svolgono diverse attività.

Lo svolgimento di tale attività si basa anche sulla sinergica collaborazione con altri Istituti ed Enti di Ricerca nazionali ed internazionali, la cui collaborazione viene formalmente regolamentata mediante la stipula di appositi Accordi di Collaborazione Scientifica, al fine di promuovere, avviare e incrementare i rapporti di collaborazione tra diversi istituti nei diversi settori diagnostici e terapeutici di comune interesse, con lo scopo di coordinare ed incrementare le rispettive potenzialità assistenziali e di ricerca biomedica. Obiettivo di tali attività è pertanto lo sviluppo e ottimizzazione della Ricerca clinica transazionale mediante la condivisione di protocolli e di casistiche omogenee e dati sperimentali, anche ai fini di potersi proporre più efficacemente come promotori di sperimentazione clinica.

Si riporta di seguito una sintesi delle principali convenzioni instaurate dall'ASP di Ragusa:

Tabella 2 Convenzioni Stipulate dall'ASP

CONVENZIONI	Totale
associazione/onlus	41
centro medico privato	27
aziende provinciali sanitarie, aziende ospedaliere, universitarie, irccs	24
enti	23
strutture sanitarie private	5
enti locali	5
cooperative	4
farmacie private	3
strutture sanitarie residenziali	3
altro	3
TOTALE CONVENZIONI	138

La Regione Siciliana – Assessorato della Salute

L'Azienda informa le attività di pianificazione alla programmazione sanitaria regionale e nazionale. In particolare, recepisce orientamenti e obiettivi del Piano sanitario regionale e tiene conto della relazione sullo stato del SSR predisposta annualmente dall'Assessore della Salute.

L'Azienda organizza la propria programmazione secondo quanto previsto dall'art. 5 della L.R. 5/2009 ed esplicitata nel Piano attuativo, nei programmi annuali di attività e nella relazione sanitaria aziendale.

L'Azienda si interfaccia costantemente con il Dipartimento per la Pianificazione strategica e con il Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico e partecipa attivamente a gruppi di lavoro istituiti presso la Regione.

L'ASP di Ragusa si propone a livello regionale come centro di riferimento HUB regionale per la celiachia.

Inoltre, è stata individuata dalla Regione capofila del Progetto PSN sulla veterinaria relativo al Potenziamento delle attività sugli animali domestici contro la tubercolosi e la brucellosi.

Il progetto è finalizzato a potenziare il controllo delle malattie infettive e diffusive degli animali, ed in particolare, a potenziare le attività di eradicazione della tubercolosi e della brucellosi negli allevamenti bovini ed ovi-caprini. Esso mira a garantire il regolare svolgimento dei controlli e ricontrolli, nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente, in tutte le aziende presenti sul territorio nonché ad intensificare i controlli sulle movimentazioni animali e sulle aziende che insistono attorno ai focolai o che siano epidemiologicamente correlati ad essi.

Il Ministero della Salute

Il Ministero della salute è l'organo centrale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), cui sono attribuite le funzioni spettanti allo Stato in materia di tutela della salute umana, di coordinamento del Sistema sanitario nazionale, di sanità veterinaria, di tutela della salute nei luoghi di lavoro, di igiene e sicurezza degli alimenti, ferme restando le competenze esclusive delle Regioni che le esercitano tramite le aziende sanitarie locali.

Con la riforma del Titolo V della Costituzione Italiana (legge n. 3/2001) fu introdotta la potestà di legislazione concorrente dello Stato e delle Regioni in materia di tutela della salute.

Secondo l'articolazione delle competenze sancita dalla Costituzione italiana, la funzione sanitaria pubblica è esercitata da due livelli di governo: lo Stato, che definisce i livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'ammontare complessivo delle risorse finanziarie necessarie al loro finanziamento e le Regioni, che hanno il compito di organizzare i rispettivi Servizi sanitari regionali (SSR) e garantire l'erogazione delle relative prestazioni nel rispetto dei LEA.

Il Ministero della Salute ha avviato una serie di iniziative atte a diffondere nelle organizzazioni la dimensione del coinvolgimento come asse portante del sistema sanitario, in quanto essenziale per assicurare efficacia ed efficienza del sistema medesimo.

In particolare, il Ministero della Salute intende "Sviluppare strumenti idonei ad assicurare il coinvolgimento attivo dei pazienti e degli operatori e di tutti gli altri soggetti che interagiscono con il S.S.N." attraverso cui è stata fatta la ricognizione della situazione in atto nel nostro paese e sono stati prodotti strumenti per sviluppare il coinvolgimento dei pazienti e degli operatori nel processo assistenziale.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)

Nel dicembre 2020 e nell'aprile 2022 sono state sottoscritti due accordi di collaborazione tra l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e l'ASP di Ragusa con l'obiettivo di favorire lo scambio di competenze e di esperienze in vari ambiti dell'organizzazione dei servizi sanitari, anche attraverso l'individuazione di modelli innovativi e best practice su settori strategici e di interesse comune alle Parti, con particolare riferimento all'analisi dell'offerta delle prestazioni sanitari sul territorio nazionale.

Con i presenti accordi AGENAS e l'ASP di Ragusa intendono perseguire un interesse di natura puramente pubblica a beneficio e vantaggio della collettività e che dall'accordo discende una reale divisione di compiti e responsabilità in relazione alle rispettive funzioni istituzionali e che pertanto entrambe le Amministrazioni forniranno un proprio contributo.

L'oggetto della Convenzione è stato identificato:

- sviluppo e attivazione del modello organizzativo della Centrale Operativa Territoriale (COT) sul territorio afferente all'ASP di Ragusa, sulla base di quanto già effettuato con la precedente convenzione AGENAS-ASP di Ragusa prot. AGENAS n. 7112/2020 e delle esperienze maturate nell'ambito del Progetto PON-GOV Cronicità – "Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell'ICT";
- stima del fabbisogno assistenziale per l'attivazione del modello organizzativo innovativo della Case della Comunità e dell'Ospedale di Comunità sul territorio dell'ASP di Ragusa, secondo le indicazioni contenute nelle sottomisure 1.1 e 1.3 del PNRR.

Ministero dell'Interno, Prefettura di Ragusa e Organizzazione Internazionale per la Migrazione (OIM)

La Prefettura di Ragusa, capofila dell'iniziativa progettuale finanziata a valere sui FAMI - Fondo asilo, Migrazione e integrazione 2014-2020 - si è fatta promotrice in partenariato con OIM e l'azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa di un progetto denominato "WE CARE" il cui obiettivo è di potenziare e rafforzare l'attività sanitaria itinerante e nei Centri di Accoglienza Straordinari (CAS), incentivare la formazione sanitaria dei migranti e degli operatori della P.A. e fornire supporto alla vulnerabilità psicologiche nei CAS.

Le linee di azione progettuale prevedono per l'ASP il rafforzamento della capacità di individuare, informare ed orientare i cittadini dei Paesi terzi che vivono in contesti di forte marginalità e di individuare e prendere in carico le vulnerabilità psicosociali anche all'interno dei CAS.

Partecipazione dei Cittadini al processo di valutazione

Ai sensi di quanto previsto al comma 1 dell'art 19-bis del Decreto Legislativo n. 74/2017 "I cittadini, anche in forma associata, partecipano al processo di misurazione delle performances organizzative, anche comunicando direttamente all'Organismo indipendente di valutazione il proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati, secondo le modalità stabilite dallo stesso Organismo".

A tal fine, infatti, l'ASP di Ragusa" così come tutte le altre Aziende del SSR aderisce dall'anno 2016 (Direttiva dell'Assessorato della Salute n. 88278 del 18/11/2015) al Programma Regionale di Valutazione della Qualità Percepita dei Servizi sia di ricovero che ambulatoriali, monitorando il grado di Soddisfazione degli utenti.

Nello specifico la metodologia di rilevazione della qualità percepita si basa su un'intervista telefonica ai pazienti, mediante un'indagine di tipo campionario, che sostituisce da gennaio 2016 la precedente modalità censuaria.

In tal modo l'Assessorato della Salute stabilisce i piani di interviste annuali da attuare e l'Azienda, mediante operatori formati, procede alla raccolta dei consensi informati, alla somministrazione dell'intervista e al caricamento dei dati raccolti sul portale Qualità Sicilia (applicativo CUSTAT).

Le interviste telefoniche sono svolte sulla base di un questionario e sono suddivise per Unità Operative, per distribuzione temporale nell'arco dell'anno (quadrimestre) e spaziale (specificazione dei Presidi Ospedalieri) e per tipologia di prestazione (ovvero ricovero e servizi ambulatoriali).

I risultati del grado di soddisfazione degli utenti vengono analizzati da un gruppo di lavoro regionale, al fine di individuare per ciascuna azienda i punti di criticità, sui quali definire specifiche politiche e azioni di miglioramento. In adeguamento a quanto previsto dal comma 2 dell'art.19-bis del decreto legislativo n. 74/2017 e che fa riferimento alla partecipazione dei cittadini e degli altri utenti finali al processo di misurazione della performance organizzative i risultati di tale rilevazione saranno pubblicati con cadenza annuale sul sito dell'Azienda e contribuiranno ai fini della valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione e ai fini della validazione della Relazione sulla performance di cui all'art.14 c.4 lettera c) del decreto.

2.a.3 La realizzazione delle reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e l'attuazione del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR)

L'ASP di Ragusa visto il Piano Nazionale di ripresa e resilienza dell'Italia approvato dal Consiglio dell'Economia e delle Finanze dell'Unione Europea in data 13 luglio 2021, - Missione 6 "Salute" Component 1 - e, in particolare, l'obiettivo "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", che contempla specifici interventi finalizzati a rafforzare l'assistenza sanitaria territoriale e l'integrazione ospedale – territorio, in sinergia con le indicazioni regionali (nota prot. 54249 del 10 dicembre 2021 e nota prot. 55047 del 16 dicembre 2021), ha avviato una serie di attività propedeutiche per l'attivazione, delle strutture previste dalla Missione 6 "Salute" Component 1, nello specifico:

- Case della Comunità;
- Centrali operative territoriali (COT);
- Ospedali di Comunità.

In particolare, ad oggi, si è proceduto a sviluppare le seguenti azioni:

- **Progettazione delle reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale:** identificare un modello di analisi che ha permesso di conoscere le principali caratteristiche della popolazione del bacino dell'ASP di Ragusa al fine di identificare la migliore allocazione delle strutture previste dalla Missione 6;
- **Attivazione della Centrale Operativa Territoriale dell'ASP di Ragusa:** avviare la realizzazione della Centrale Operativa Territoriale (COT) come strumento utile ad incrementare la medicina di iniziativa e a migliorare l'integrazione e il coordinamento degli interventi assistenziali territoriali.

La Progettazione delle Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Obiettivo del presente capitolo è fornire un puntuale riscontro sui criteri posti a base delle proposte che questa ASP ha sviluppato sulla base delle indicazioni regionali in ordine alla realizzazione degli Ospedali di comunità, Case delle comunità e Centrali Operative territoriali.

Preliminarmente si espongono alcune considerazioni di carattere generale utili ad esplicitare il modus operandi di questa Azienda durante il periodo della pandemia. Si ritiene infatti che le scelte operate da questa ASP, di cui si discute nel proseguo, sono anche frutto dell'esperienza maturata durante il periodo pandemico.

L'ASP di Ragusa, nel rispetto delle disposizioni in materia di contenimento e gestione dell'emergenza Covid-19, ha adeguato quasi nell'immediato la propria struttura organizzativa garantendo al cittadino la massima assistenza sanitaria possibile. Ha fortificato i suoi rapporti con altre aziende pubbliche e private e sono state assunte nuove risorse per incrementare le attività necessarie per il contenimento dei contagi, soprattutto per poter affiancare e supportare tutti gli operatori sanitari che nell'esercizio delle loro funzioni si sono costantemente distinti per senso di abnegazione.

Un ruolo fondamentale è stato attribuito alle funzioni territoriali e di integrazione socio sanitaria che hanno permesso di gestire a domicilio la popolazione.

La pandemia ha modificato anche i processi organizzativi e produttivi dell'intera Azienda con una drastica riduzione delle attività di tipo chirurgico e delle prestazioni ambulatoriali.

L'ASP di Ragusa ha tenuto in considerazione questo particolare momento storico in cui vi è stata, e continua ad esserci, la necessità di cambiare l'organizzazione dell'Azienda, l'organizzazione del lavoro, la distribuzione delle risorse e delle responsabilità, ma anche di diffondere conoscenza.

Per quanto sopra esposto si è ritenuto di sviluppare i criteri scelti per la programmazione del PNRR in due paragrafi:

- I criteri posti alla base delle proposte effettuate dall'ASP di Ragusa
In questo paragrafo saranno descritti i principali indici demografici, a livello provinciale distrettuale e comunale relativi alla composizione della popolazione per età e sesso. Sarà inoltre sviluppata un'analisi della natalità e mortalità. Infine, sarà presa in considerazione l'evoluzione della domanda di salute con particolare riferimento al tasso di ospedalizzazione. Le analisi sono state condotte mettendo in relazione l'anno 2019 e il 2020.
- Le proposte effettuate dall'ASP di Ragusa
In questo paragrafo si descrivono le proposte operative in ordine alla realizzazione degli Ospedali di comunità, Case delle comunità e Centrali Operative Territoriali.
In particolare, sulla base della programmazione regionale (nota prot. 54249 del 10 dicembre 2021 e nota

prot. 55047 del 16 dicembre 2021), in linea con gli standard previsti nella bozza del Regolamento sui “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” (di seguito denominato bozza DM 71) e dopo un’attenta analisi dei principali indici demografici, dei fabbisogni sanitari ospedalieri e territoriali sviluppati per singolo distretto e singolo comune è rappresentata la proposta di ridisegno dell’offerta sanitaria territoriale in una visione integrata con l’assetto ospedaliero e sociale.

I criteri posti alla base delle proposte effettuate dall’ASP di Ragusa

La pandemia, ha fatto riflettere questa Azienda sulla necessità di potenziare, rimodulare e rinnovare alcuni elementi strategici della nostra organizzazione sanitaria.

L’esigenza di coniugare costantemente la domanda crescente di salute con la limitatezza delle risorse disponibili porta necessariamente a un miglioramento continuo nel modo di pianificare gli interventi di assistenza sanitaria, orientando i servizi non solo all’erogazione di prestazioni, ma principalmente alla “produzione di salute” con la presenza, la partecipazione, il coinvolgimento e l’impegno di tutti e con l’assunzione di responsabilità ai diversi livelli (istituzionali, personali e comportamentali).

In particolare, tra le leve che l’Azienda ha utilizzato, anche per la gestione dell’emergenza, un ruolo rilevante è attribuito all’innovazione gestionale, digitale e tecnologica, attraverso la quale si intende superare le logiche obsolete di gestione. Consideriamo infatti l’innovazione espressione della capacità di intuire ed assecondare i mutamenti del contesto socio ambientale di riferimento.

L’uso della leva digitale per fare innovazione in Sanità è stata considerata una certezza, non una possibilità. La direzione strategica ha adottato una visione sistemica per generare valore nel medio-lungo periodo. La strategia digitale, infatti, non si è realizzata una-tantum ma in modo iterativo e incrementale e questo rende ancora più importante un approccio strutturato. In particolare, la chiave per attuare una trasformazione digitale sistemica è quella di utilizzare in modo sinergico la leva tecnologica, quella gestionale, e quella delle persone ampliando il principio del COME rispetto al COSA fare con la trasformazione digitale.

Tale strada è stata percorsa con la consapevolezza che un’Azienda Sanitaria, come tutte le pubbliche amministrazioni non è una Organizzazione «nativa digitale» ed è per questo che un approccio sistemico è più oneroso e complesso e provoca stress su tutta la Struttura.

L’ASP di Ragusa ha in atto un programma di innovazione e trasformazione che prevede la sperimentazione di alcuni interventi verticali di revisione dei processi in ottica di valorizzazione dei dati disponibili.

Si è partiti dalla valutazione della maturità attuale del portafoglio applicativo e tecnologico, sono stati identificati gli elementi di miglioramento e conseguentemente è stata elaborata una vera e propria strategia di evoluzione sul digitale e la sua implementazione.

Inoltre, come previsto in letteratura ma anche nella cosiddetta bozza del DM 71 tutti i principali cambiamenti negli assetti organizzativi prevedono una accurata analisi dei fabbisogni sanitari e questa Azienda dal 2019 ha sviluppato una metodologia di analisi della domanda e dell’offerta propedeutica per poter individuare i fabbisogni sanitari espressi dalla popolazione residente nel bacino di utenza della provincia di Ragusa. Fabbisogni afferenti sia l’ambito ospedaliero con la possibilità di intercettare i bisogni sanitari erogati sia nelle strutture della nostra ASP ma anche in mobilità passiva intra ed extra regione sia nell’ambito territoriale attraverso delle analisi che stanno permettendo in vista dell’applicazione del PNRR di stratificare i bisogni della popolazione cronica e fragile.

Pertanto, lo sviluppo della leva digitale insieme ad una attenta analisi dei fabbisogni sanitari e da una puntuale ricognizione di tutte le nostre strutture di offerta sono state alla base delle scelte effettuate da questa ASP in linea con le indicazioni regionali e agli standard nazionali ancora in fase di discussione nella cosiddetta bozza del DM 71.

Si riportano di seguito i principali indici demografici relativi all’anno 2019 e 2020 che sono stati analizzati al fine di individuare le caratteristiche della popolazione per Distretto e per Comune. Inoltre, sono stati sintetizzati i principali indicatori relativi ai tassi di ospedalizzazione da cui è possibile evincere la propensione della popolazione ragusana ad accedere alle strutture ospedaliere, sia allocate presso il bacino dell’ASP di Ragusa che fuori provincia o fuori Regione. L’analisi di tutte queste informazioni, ovviamente dettagliate più nello specifico nei documenti di programmazione dell’ASP di Ragusa, ha permesso a questa Azienda di effettuare le scelte sulla allocazione delle strutture previste nella Componente 1 della Missione 6 – Salute del PNRR.

Analisi dei principali indici demografici: caratteristiche della popolazione per provincia, distretto e comune (2019/2020)

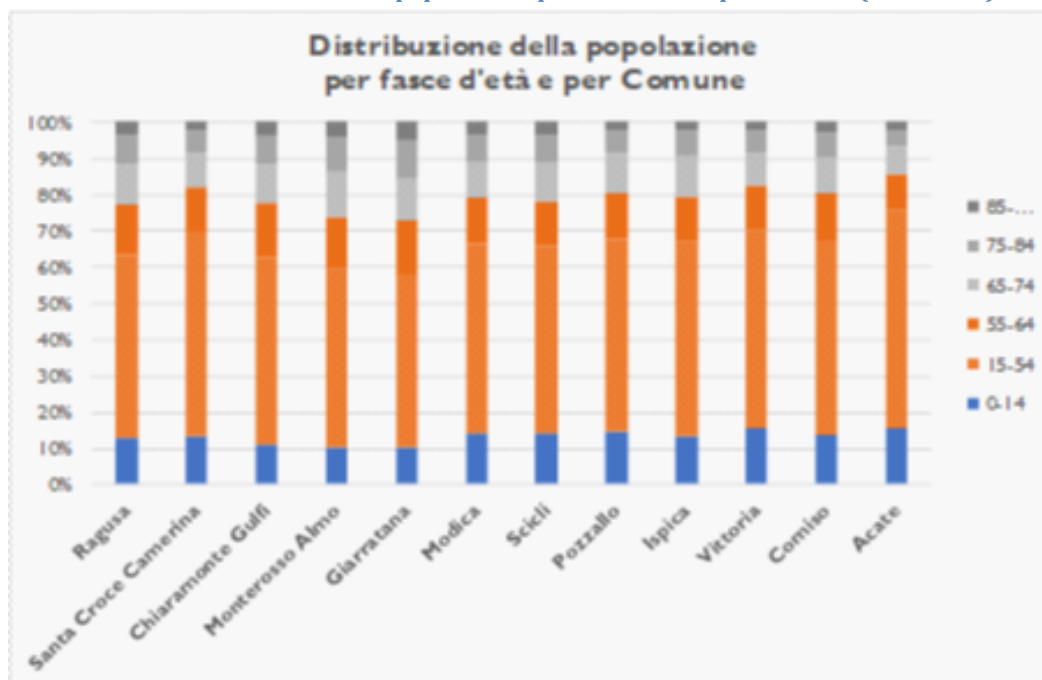
Nell'anno 2019 la popolazione residente nella Provincia di Ragusa è pari a 315.564 abitanti, in prevalenza donne (159.195) che uomini (156.369).

L'ASP di Ragusa comprende 3 Distretti Socio-Sanitari: Ragusa, Modica e Vittoria. La popolazione residente è così distribuita all'interno dei distretti: 30% nel Distretto di Ragusa, 37% nel Distretto di Modica, 33% nel Distretto di Vittoria.

Tabella 3 Popolazione per Comune e Distretto (anno 2019)

ASP di Ragusa - Popolazione per Comune e Distretto (anno 2019)				
Numero di abitanti	Maschi	Femmine	Totale	%Tot
Distretto di Ragusa	47.092	48.852	95.944	30%
Ragusa	34.518	36.856	71.374	74%
Santa Croce Camerina	5.682	5.017	10.699	11%
Chiaromonte Gulfi	4.062	3.992	8.054	8%
Monterosso Almo	1.416	1.497	2.913	3%
Giarratana	1.414	1.490	2.904	3%
Distretto di Modica	56.764	58.872	115.636	37%
Modica	25.986	27.781	53.767	46%
Scicli	13.126	13.526	26.652	23%
Pozzallo	9.444	9.672	19.116	17%
Ispica	8.208	7.893	16.101	14%
Distretto di Vittoria	52.513	51.471	103.984	33%
Vittoria	31.540	31.217	62.757	60%
Comiso	15.097	15.313	30.410	29%
Acate	5.876	4.941	10.817	10%
Totale	156.369	159.195	315.564	100%

Tabella 4 Distribuzione della popolazione per fasce d'età e per Comune (anno 2019)



Il Distretto di Ragusa, che comprende i comuni montani di Chiaromonte Gulfi, Monterosso Almo, Giarratana, è il Distretto a maggior prevalenza di popolazione anziana (>65 anni) su totale residenti (nel Distretto di Ragusa circa 1 residente su 5 è anziano).

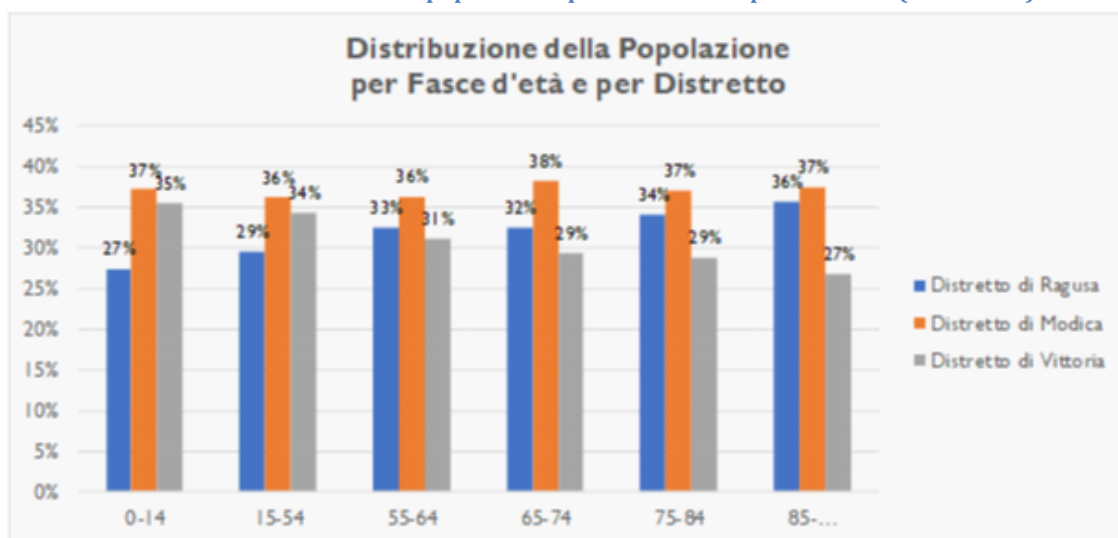
Il Distretto di Modica invece è quello in cui si concentra la maggior parte degli assistiti over 65 anni dell'ASP (circa il 40% degli anziani assistiti dall'ASP).

Nel Distretto di Vittoria si registra la più bassa incidenza di popolazione anziana (over 65 anni) su totale residenti (pari al 14% nel Comune di Acate).

Tabella 5 Popolazione per Comune e Distretto (anno 2019) - Focus over 65

ASP di Ragusa - Popolazione per Comune e Distretto (anno 2019)					
Numero di abitanti	Popolazione Totale	%Maschi su pop.tot.	%Femmine su pop.tot.	%over65 su pop.tot.	%over65 su tot.over65
Distretto di Ragusa	95.944	49%	51%	22%	34%
Ragusa	71.374	48%	52%	23%	76%
Santa Croce Camerina	10.699	53%	47%	18%	9%
Chiaromonte Guifi	8.054	50%	50%	22%	8%
Monterosso Almo	2.913	49%	51%	26%	4%
Giarratana	2.904	49%	51%	27%	4%
Distretto di Modica	115.636	49%	51%	21%	38%
Modica	53.767	48%	52%	21%	47%
Scicli	26.652	49%	51%	22%	24%
Pozzallo	19.116	49%	51%	20%	16%
Ispica	16.101	51%	49%	20%	14%
Distretto di Vittoria	103.984	51%	49%	18%	29%
Vittoria	62.757	50%	50%	17%	59%
Comiso	30.410	50%	50%	19%	32%
Acate	10.817	54%	46%	14%	8%
Totale	315.564	50%	50%	20%	100%

Tabella 6 Distribuzione della popolazione per fasce d'età e per Distretto (anno 2019)



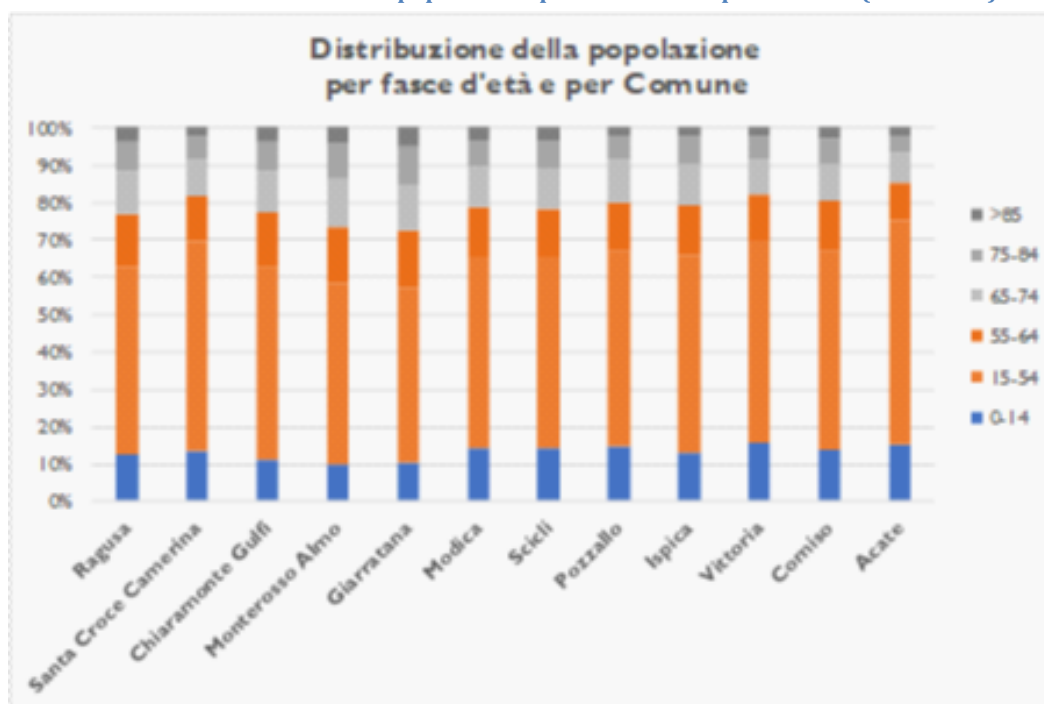
Nell'anno 2020 la popolazione residente nella Provincia di Ragusa è pari a 315.601 abitanti, in prevalenza donne (159.087) che uomini (156.514). La popolazione residente risulta leggermente in aumento rispetto all'anno precedente.

La popolazione residente è così distribuita all'interno dei tre Distretti Socio-Sanitari dell'ASP di Ragusa: 30% nel Distretto di Ragusa, 37% nel Distretto di Modica, 33% nel Distretto di Vittoria.

Tabella 7 Popolazione per Comune e Distretto (anno 2020)

ASP di Ragusa - Popolazione per Comune e Distretto (anno 2020)				
Numero di abitanti	Maschi	Femmine	Totale	%Tot
Distretto di Ragusa	47.169	48.713	95.882	30%
Ragusa	34.618	36.820	71.438	75%
Santa Croce Camerina	5.726	5.015	10.741	11%
Chiaromonte Gulfi	4.043	3.952	7.995	8%
Monterosso Almo	1.394	1.463	2.857	3%
Giarratana	1.388	1.463	2.851	3%
Distretto di Modica	56.866	58.922	115.788	37%
Modica	25.960	27.698	53.658	46%
Scicli	13.256	13.702	26.958	23%
Pozzallo	9.428	9.656	19.084	16%
Ispica	8.222	7.866	16.088	14%
Distretto di Vittoria	52.479	51.452	103.931	33%
Vittoria	31.401	31.123	62.524	60%
Comiso	15.138	15.371	30.509	29%
Acate	5.940	4.958	10.898	10%
Totale	156.514	159.087	315.601	100%

Tabella 8 Distribuzione della popolazione per fasce d'età e per Comune (anno 2020)



Il Distretto di Ragusa, che comprende i comuni montani di Chiaromonte Gulfi, Monterosso Almo, Giarratana, è il Distretto a maggior prevalenza di popolazione anziana (>65 anni) su totale residenti (nel Distretto di Ragusa circa 1 residente su 4 è anziano, con un trend in aumento rispetto all'anno precedente).

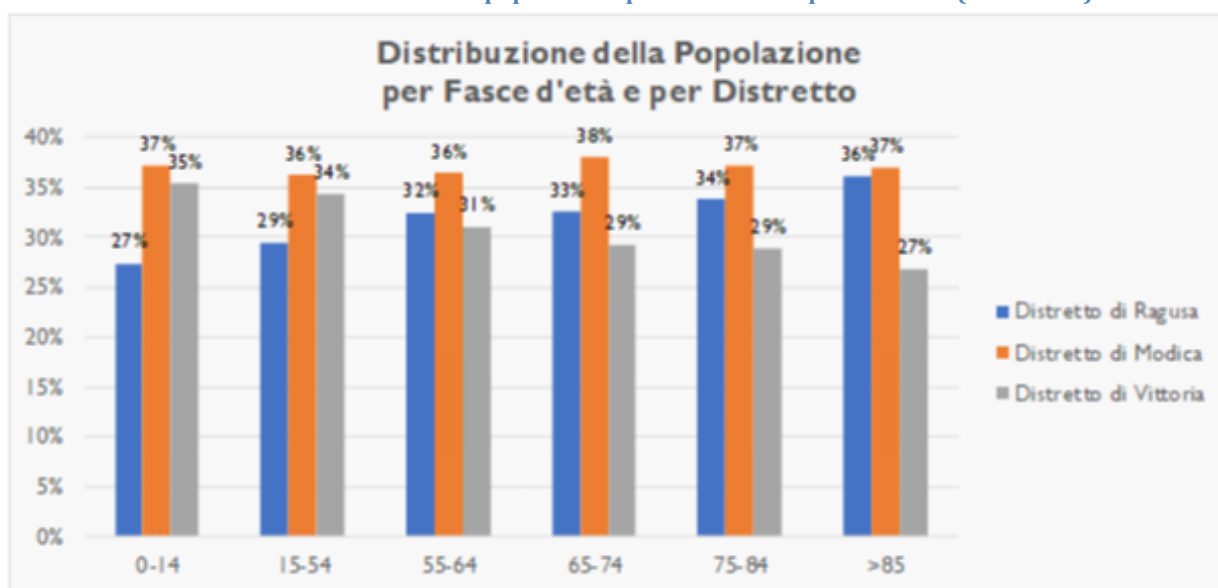
Il Distretto di Modica invece è quello in cui si concentra la maggior parte degli assistiti over 65 anni dell'ASP (circa il 40% degli anziani assistiti dall'ASP).

Nel Distretto di Vittoria si registra la più bassa incidenza di popolazione anziana (over 65 anni) su totale residenti (pari al 15% nel Comune di Acate).

Tabella 9 Popolazione per Comune e Distretto (anno 2020) - Focus over 65

ASP di Ragusa - Popolazione per Comune e Distretto (anno 2020)					
Numero di abitanti	Popolazione Totale	%Maschi su pop.tot.	%Femmine su pop.tot.	%over65 su pop.tot.	%over65 su tot.over65
Distretto di Ragusa	95.882	49%	51%	23%	34%
Ragusa	71.438	48%	52%	23%	76%
Santa Croce Camerina	10.741	53%	47%	18%	9%
Chiaromonte Guifi	7.995	51%	49%	22%	8%
Monterosso Almo	2.857	49%	51%	26%	3%
Giarratana	2.851	49%	51%	27%	4%
Distretto di Modica	115.788	49%	51%	21%	38%
Modica	53.658	48%	52%	21%	46%
Scicli	26.958	49%	51%	22%	24%
Pozzallo	19.084	49%	51%	20%	16%
Ispica	16.088	51%	49%	21%	14%
Distretto di Vittoria	103.931	50%	50%	18%	29%
Vittoria	62.524	50%	50%	18%	59%
Comiso	30.509	50%	50%	20%	32%
Acate	10.898	55%	45%	15%	9%
Totale	315.601	50%	50%	21%	100%

Tabella 10 Distribuzione della popolazione per fasce d'età e per Distretto (anno 2020)



Analisi dei principali indici demografici: natalità e mortalità per provincia, distretto e comune – anno 2019 -2020

Per l'anno 2019 la popolazione residente in Provincia di Ragusa presenta un tasso di natalità pari a circa 8 nuovi nati ogni 1000 abitanti e un tasso di mortalità pari a circa 10 ogni 1000 abitanti.

Il saldo della popolazione risulta complessivamente negativo, tranne per i comuni del Distretto di Vittoria (Vittoria, Comiso e Acate) e per il Comune di Santa Croce Camerina che presentano tutti un saldo positivo tra nuovi nati e morti nell'anno.

Tabella 11 Popolazione per Comune e Distretto (anno 2019) - Focus natalità e mortalità

ASP di Ragusa - Popolazione per Comune e Distretto (anno 2019)						
Numero di abitanti	Popolazione residente	Nati	Morti	Tasso di natalità (x1000ab.)	Tasso di mortalità (x1000ab.)	Saldo della popolazione (x1000ab.)
Distretto di Ragusa	95.944	677	1.067	7,06	11,12	-4,06
Ragusa	71.374	480	789	6,73	11,05	-4,33
Santa Croce Camerina	10.699	100	92	9,35	8,60	0,75
Chianamonte Guli	8.054	71	90	8,82	11,17	-2,36
Monterosso Almo	2.913	11	42	3,78	14,42	-10,64
Giamratana	2.904	15	54	5,17	18,60	-13,43
Distretto di Modica	115.636	934	1.196	8,08	10,34	-2,27
Modica	53.767	436	569	8,11	10,58	-2,47
Scicli	26.652	204	306	7,65	11,48	-3,83
Pozzallo	19.116	157	179	8,21	9,36	-1,15
Ispica	16.101	137	142	8,51	8,82	-0,31
Distretto di Vittoria	103.984	1.007	898	9,68	8,64	1,05
Vittoria	62.757	607	554	9,67	8,83	0,84
Comiso	30.410	287	284	9,44	9,34	0,10
Acefe	10.817	113	60	10,45	5,55	4,90
Totale	315.564	2.618	3.161	8,30	10,02	-1,72

Per l'anno 2020 la popolazione residente in Provincia di Ragusa presenta un tasso di natalità pari a circa 8 nuovi nati ogni 1000 abitanti e un tasso di mortalità pari a circa 11 ogni 1000 abitanti (più alto rispetto all'anno precedente). Il saldo della popolazione (differenza tra nuovi nati e morti) nell'anno 2020 risulta negativo per quasi tutti i comuni.

Tabella 12 Popolazione per Comune e Distretto (anno 2020) - Focus natalità e mortalità

ASP di Ragusa - Popolazione per Comune e Distretto (anno 2020)						
Numero di abitanti	Popolazione residente	Nati	Morti	Tasso di natalità (x1000ab.)	Tasso di mortalità (x1000ab.)	Saldo della popolazione (x1000ab.)
Distretto di Ragusa	95.882	676	1.177	7,05	12,28	-5,23
Ragusa	71.438	497	890	6,96	12,46	-5,50
Santa Croce Camerina	10.741	92	101	8,57	9,40	-0,84
Chianamonte Guli	7.995	57	103	7,13	12,88	-5,75
Monterosso Almo	2.857	16	43	5,60	15,05	-9,45
Giamratana	2.851	14	40	4,91	14,03	-9,12
Distretto di Modica	115.788	930	1.199	8,03	10,36	-2,32
Modica	53.658	426	567	7,94	10,57	-2,63
Scicli	26.958	223	284	8,27	10,53	-2,26
Pozzallo	19.084	162	174	8,49	9,12	-0,63
Ispica	16.088	119	174	7,40	10,82	-3,42
Distretto di Vittoria	103.931	981	1.013	9,44	9,75	-0,31
Vittoria	62.524	601	614	9,61	9,82	-0,21
Comiso	30.509	275	325	9,01	10,65	-1,64
Acefe	10.898	105	74	9,63	6,79	2,84
Totale	315.601	2.587	3.389	8,20	10,74	-2,54

Analisi della domanda di salute: Tassi di ospedalizzazione per provincia, distretto e comune – anno 2019-2020.

Nell'anno 2019 gli assistiti dell'ASP di Ragusa hanno ricevuto 37.595 ricoveri ospedalieri (per circa l'80% in regime ordinario, per il 20% in day hospital).

Il tasso di ospedalizzazione risulta leggermente più elevato nel distretto di Vittoria (123 ricoveri ogni 1000 abitanti).

Sono stati analizzati per ciascun distretto i tassi di ospedalizzazione dei ricoveri erogati in mobilità passiva intra ed extraregionale. In particolare, si rileva che nel Distretto di Modica si ha la maggiore mobilità passiva (sia intraregionale che extraregionale, circa 33 casi ogni 1000 abitanti) e nel Distretto di Vittoria la minore mobilità

extraregionale (il ricorso alla mobilità fuori regione si verifica solo nell'8% dei casi).

Tabella 13 Analisi della Domanda per Distretto di residenza (anno 2019)

ASP di Ragusa - Analisi della Domanda per Distretto di Residenza (anno 2019)						
Numero di ricoveri	DO	DH	Totale	%Tot	%DO	%DH
Distretto di Ragusa	8.874	2.501	11.375	30%	78%	22%
Ricoveri in ASP Ragusa	6.706	1.682	8.388	74%	80%	20%
Mobilità passiva intra-Regione	1.289	558	1.847	16%	70%	30%
Mobilità passiva extra-Regione	879	261	1.140	10%	77%	23%
Distretto di Modica	10.910	2.520	13.430	36%	81%	19%
Ricoveri in ASP Ragusa	8.079	1.552	9.631	72%	84%	16%
Mobilità passiva intra-Regione	1.770	668	2.438	18%	73%	27%
Mobilità passiva extra-Regione	1.061	300	1.361	10%	76%	22%
Distretto di Vittoria	10.604	2.186	12.790	34%	83%	17%
Ricoveri in ASP Ragusa	8.279	1.494	9.773	76%	85%	15%
Mobilità passiva intra-Regione	1.537	478	2.015	16%	76%	24%
Mobilità passiva extra-Regione	788	214	1.002	8%	79%	21%
Totale	30.388	7.207	37.595	100%	81%	19%

Tabella 14 Tasso di Ospedalizzazione per Distretto di residenza (anno 2019)

Tasso di Ospedalizzazione	Distretto di Ragusa	Distretto di Modica	Distretto di Vittoria	Totale
Ricoveri in ASP Ragusa	87,4	83,3	94,0	88,1
Mobilità passiva intra-Regione	19,3	21,1	19,4	20,0
Mobilità passiva extra-Regione	11,9	11,8	9,6	11,1
Totale	118,6	116,1	123,0	119,1
Popolazione ISTAT residente al 01/01/2019:	95.944	115.636	103.984	

Nell'anno 2020 gli assistiti dell'ASP di Ragusa hanno ricevuto 28.924 ricoveri ospedalieri (in prevalenza in regime ordinario, solo il 16% in day hospital).

Il tasso di ospedalizzazione, causa pandemia Covid-19, nell'ASP di Ragusa come a livello nazionale risulta più basso di quello dell'anno precedente (92 ricoveri ogni 1000 abitanti rispetto a circa 120 nel 2019).

Sono stati analizzati per ciascun distretto i tassi di ospedalizzazione dei ricoveri erogati in mobilità passiva intra ed extraregionale. In particolare, si rileva che nel Distretto di Modica si ha la maggiore mobilità passiva (sia intraregionale che extraregionale, circa 17 casi ogni 1000 abitanti) e nel Distretto di Vittoria la minore mobilità extraregionale (il ricorso alla mobilità fuori regione si verifica solo nell'6% dei casi).

Invero ad oggi, i dati ancora non consolidati dell'anno 2021, sembrano in controtendenza, con un forte incremento della mobilità attiva e contemporanea aumento della produzione in particolare in alcuni settori.

Tabella 15 Analisi della Domanda per Distretto di residenza (anno 2020)

ASP di Ragusa - Analisi della Domanda per Distretto di Residenza (anno 2020)						
Numero di ricoveri	DO	DH	Totale	%Tot	%DO	%DH
Distretto di Ragusa	7.260	1.554	8.814	30%	82%	18%
Ricoveri in ASP Ragusa	5.594	983	6.577	75%	85%	15%
Mobilità passiva intra-Regione	1.110	419	1.529	17%	73%	27%
Mobilità passiva extra-Regione	556	152	708	8%	79%	21%
Distretto di Modica	8.830	1.672	10.502	36%	84%	16%
Ricoveri in ASP Ragusa	6.744	963	7.707	73%	88%	12%
Mobilità passiva intra-Regione	1.459	504	1.963	19%	74%	26%
Mobilità passiva extra-Regione	627	205	832	8%	75%	25%
Distretto di Vittoria	8.101	1.507	9.608	33%	84%	16%
Ricoveri in ASP Ragusa	6.455	1.036	7.491	78%	86%	14%
Mobilità passiva intra-Regione	1.190	370	1.560	16%	76%	24%
Mobilità passiva extra-Regione	456	101	557	6%	82%	18%
Totale	24.191	4.733	28.924	100%	84%	16%

Tabella 16 Tasso di Ospedalizzazione per Distretto di residenza (anno 2020)

Tasso di Ospedalizzazione	Distretto di Ragusa	Distretto di Modica	Distretto di Vittoria	Totale
Ricoveri in ASP Ragusa	68,6	66,6	72,1	69,0
Mobilità passiva intra-Regione	15,9	17,0	15,0	16,0
Mobilità passiva extra-Regione	7,4	7,2	5,4	6,6
Totale	91,9	90,7	92,4	91,6
Popolazione ISTAT residente al 01/01/2020:	95.882	115.798	103.931	

Le proposte effettuate dall'ASP di Ragusa

La programmazione regionale (nota prot. 55047 del 16 dicembre 2021), in linea con gli standard previsti nella cosiddetta *bozza del DM 71* ha previsto per il bacino dell'ASP di Ragusa questo assetto:

- 3 ospedali di Comunità
- 9 Case della Comunità
- 3 Centrali Operative Territoriali.

Questa Azienda dopo un focus sui principali indici demografici esposti precedentemente, e da un'attenta analisi dei fabbisogni sanitari ospedalieri e territoriali sviluppati per singolo distretto e singolo comune, anche in relazione alla geografia del territorio e alle vie di comunicazione, ha deciso di dotare tutti i 12 Comuni che insistono nel bacino di utenza della ASP delle nuove strutture previste dal PNRR.

In particolare, gli Ospedali di Comunità sono stati individuati presso i comuni di Comiso, Ragusa e Scicli mentre le case della comunità nei restanti 9 comuni: Acate, Chiaramonte Gulfi, Modica, Monterosso Almo, Giarratana, Ispica, Pozzallo, Santa Croce Camerina e Vittoria,

Ospedali di Comunità

Come indicato nella cosiddetta *bozza del DM 71* l'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero breve che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

L'Ospedale di Comunità può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale.

Gli standard previsti prevedono almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti.

L'ASP di Ragusa dal punto di vista sanitario è organizzata in tre distretti sanitari di circa 100.000 abitanti e pertanto in linea con le indicazioni regionali ha previsto di individuare i 3 Ospedali di Comunità presso ogni singolo Distretto, in particolare presso i comuni di

- Comiso presso il "P.O. Regina Margherita" con una dotazione programmata di 40 posti letto;
- Ragusa presso il "P.O. Maria Paternò Arezzo" con una dotazione programmata di 40 posti letto;
- Scicli presso il "P.O. Busacca" con una dotazione programmata di 40 posti letto.

Questa scelta permetterà anche di riqualificare e rifunzionalizzare gli stabilimenti ospedalieri con particolare riferimento ai presidi ospedalieri minori con una vocazione di bassa media complessità e orientate alla post acuzie.

In entrambi i distretti si rilevano dei tassi di ospedalizzazione speculari caratterizzati da una presenza di ricoveri di bassa di complessità (peso medio inferiore a 1) erogati prevalentemente alla popolazione anziana. Pertanto, la presenza di queste strutture potrebbe intercettare il fabbisogno di quei pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso.

Case di Comunità

La Casa della Comunità come previsto dalla cosiddetta *bozza del DM 71* è stato identificato come il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria. La Casa di Comunità avrà l'obiettivo di promuovere un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali. Sarà identificata anche come la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

Gli standard attualmente in discussione prevedono:

- almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente.

L'ASP di Ragusa in linea con le indicazioni regionali e con gli standard previsti dalla cosiddetta bozza del DM 71 ha identificato 9 case della Comunità.

Anche in questo caso la scelta sui comuni da individuare per la definizione delle sedi sono stato frutto, come per le case di comunità di una attenta analisi:

- sui fabbisogni sanitari intercettati dai principali flussi territoriali (ADI, RSA, Hospice);
- analisi dei fabbisogni di assistenza sanitaria specialistica ambulatoriale sia relativamente ai poliambulatori pubblici sia quelli privati;
- analisi della dotazione tecnologica dei poliambulatori pubblici;
- analisi dell'assetto strutturale delle strutture identificate.

A seguito di queste analisi questa Azienda anche per dare forza ed enfasi al concetto di prossimità più volte richiamato nel PNRR e nella cosiddetta bozza del DM 71 ha individuato 9 strutture nei rimanenti 9 comuni del bacino della ASP di Ragusa.

Sulla base dei sopralluoghi effettuati e dei rilievi planimetrici questa Azienda ha deciso di allocare 7 Case della Comunità presso 7 Poliambulatori già esistenti e funzionanti su cui verranno effettuati degli interventi di ristrutturazione e ampliamento al fine di rendere coerenti queste strutture con gli standard strutturali previsti nel DM 71.

Questa Azienda inoltre ha deciso di individuare due nuove strutture presso i comuni di Modica e Pozzallo poiché i poliambulatori esistenti non sarebbero in condizione di essere adeguati ai nuovi requisiti previsti dalla cosiddetta bozza del DM 71.

In particolare, presso il Comune di Modica la sede della Casa di Comunità sarà allocata presso la Ex Scuola Media Giovanni XXIII, mentre nel comune di Pozzallo è stato individuato un terreno dove si sono avviati i lavori per la costruzione della nuova casa di comunità già finanziata con altri fondi ministeriali. Si riportano di seguito i comuni interessati:

- Chiaramonte Gulfi- ristrutturazione poliambulatorio con ampliamento
- Monterosso Almo- ristrutturazione poliambulatorio
- Giarratana – ristrutturazione poliambulatorio
- Santa Croce Camerina – ristrutturazione poliambulatorio
- Modica – ristrutturazione ex scuola media Giovanni XXIII
- Ispica – ristrutturazione poliambulatorio con ampliamento
- Acate – ristrutturazione poliambulatorio
- Vittoria – ristrutturazione poliambulatorio
- Pozzallo – in corso di realizzazione

Centrali Operativa Territoriale

La Centrale Operativa Territoriale, come previsto dalla cosiddetta bozza del DM 71, è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Gli standard attualmente in discussione prevedono 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o

comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

L'ASP di Ragusa in linea con le indicazioni regionali e con gli standard previsti dalla cosiddetta *bozza del DM 71* ha identificato 3 Centrali Operative Territoriali, una per ogni distretto.

Questa Azienda ha deciso che l'allocazione fisica delle 3 Centrali Operative Territoriali è identificata presso l'Ex Ospedale Civile di Ragusa su cui sono stati avviati i lavori di ristrutturazione che si prevede di concludere entro marzo 2022.

L'obiettivo della Centrale Operativa Territoriale (COT) è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria attraverso degli strumenti informatici che permettano di gestire l'interconnessione dei vari professionisti della Salute (operatori ospedalieri, delle ASL, MMG/PLS, etc.) professionisti del Settore Sociale.

In sintesi, la COT svilupperà una serie di servizi riepilogati nei cluster sottoindicati:

- Monitoraggio e sistemi di alert dei tempi di attivazione dei servizi territoriali ai pazienti;
- Controllo dei parametri clinici e aderenza terapeutica dei pazienti telemonitorati;
- Supporto ai professionisti nella gestione:
 - del cambio di setting assistenziale (delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale ad un altro);
 - dei servizi di fornitura dei pazienti del territorio (assistenza integrativa e protesica, assistenza farmaceutica e piani terapeutici ed altro ancora);
 - dei pazienti non alfabetizzati informaticamente;
 - delle scelte e supporto alle decisioni (EBM);
 - trasporti secondari;
 - teleconsulto e televisita.

Si precisa che questa Azienda, ha già intrapreso l'iter di progettazione e attivazione della COT con il supporto di AGENAS, così come già comunicato all'Assessorato alla Salute con nota n. 24622 del 16/07/2021 e con nota n.1063 del 11/01/2022 e su cui si riportano nel seguente paragrafo le attività sviluppate.

Attivazione della Centrale Operativa Territoriale dell'ASP di Ragusa

Nel dicembre 2020 è stato sottoscritto un accordo di collaborazione a titolo gratuito tra l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e l'ASP di Ragusa il cui obiettivo generale è quello "di favorire lo scambio di competenze e di esperienze in vari ambiti dell'organizzazione dei servizi sanitari, anche attraverso l'individuazione di modelli innovativi e best practice su settori strategici".

L'oggetto specifico della Convenzione tra l'AGENAS e l'ASP di Ragusa è stata la realizzazione della Centrale Operativa Territoriale (COT) come strumento utile ad incrementare la medicina di iniziativa e a migliorare l'integrazione e il coordinamento degli interventi assistenziali territoriali.

Nel Piano di attività, condiviso tra AGENAS e l'ASP di Ragusa, sono state individuate delle fasi operative, propedeutiche per individuare i fabbisogni assistenziali della piramide della cronicità, attraverso un approccio metodologico che permetta di identificare i volumi di prestazioni sanitarie e socio sanitarie che la COT dovrà gestire per livello di intensità. A tale fine si è deciso di individuare le seguenti fasi operative:

1. Effettuare un'analisi del fabbisogno di prestazioni sanitarie e sociosanitarie espresso dalla popolazione insistente sul territorio dell'ASP di Ragusa, al fine di definire il carico assistenziale e di lavoro che dovrà essere garantito dalla COT;
2. Analizzare e implementare le attività dei servizi e dei professionisti coinvolti nel processo di presa in carico sulla base dei bisogni assistenziali espressi dalle persone, al fine di inserire la COT come uno strumento di supporto alla presa in carico;
3. Analizzare e implementare i percorsi assistenziali per rafforzarne la capacità di governance e di intervento multidisciplinare e multiprofessionale;
4. Supportare l'ASP di Ragusa nella predisposizione del Progetto di fattibilità della COT (individuazione delle tecnologie necessarie, professionisti operanti nella COT, informazioni necessarie al funzionamento della COT, etc.);
5. Supportare l'ASP di Ragusa nell'attività di formazione degli operatori interessati dall'attivazione della COT.

Dall'avvio della Convenzione è stato analizzato e condiviso il modello di COT che si intende implementare nell'ASP di Ragusa, sulla base delle caratteristiche demografiche, orografiche e di distribuzione dei servizi sul territorio.

L'ASP di Ragusa, fin dal 2012, è dotata di un sistema gestionale che utilizza i flussi informativi sanitari anche con

scopi amministrativi e di rendicontazione. Il dato, infatti, origina dal Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) elaborato dall'Unità di valutazione multidimensionale e prosegue con la rendicontazione delle prestazioni effettuate via via che vengono eseguite.

L'ASP di Ragusa intende evolvere e costruire con la Regione, sulla base delle indicazioni assessoriali e, sulla base del quadro normativo regionale, una piattaforma di gestione dei bisogni del cittadino ed un sistema informativo basato su un "Clinical Data Repository" capace di prevedere l'evoluzione della domanda di assistenza sociosanitaria e di fornire elementi utili per la riprogettazione dell'offerta dei servizi.

Gli incontri con AGENAS, inoltre, sono stati utili a chiarire le possibilità derivanti dall'attivazione della COT in termini di miglioramento della qualità dei servizi, di efficientamento delle risorse e di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, sia in ambito ospedaliero, sia territoriale, sia nel consumo di farmaci.

Inoltre, per l'attivazione della COT è stato affrontato in maniera proattiva il tema relativo all'implementazione di un sistema *infrastrutturale di interoperabilità dei dati e di cooperazione applicativa a supporto delle Cure Primarie*, evidenziando l'importanza di una architettura informativa che permetta a tutti gli operatori di essere collegati e integrati tra loro in un'unica rete e di avere una unica porta di accesso alle informazioni e agli altri servizi sanitari e sociosanitari. Infine, è stato affrontato un altro aspetto fondamentale della gestione che costituisce la presa in carico proattiva dell'assistito. In particolare, è stata evidenziata la necessità che la strumentazione della COT permettesse:

- chiamate outbound;
- servizi di tele-monitoraggio, con postazioni dedicate;
- servizi di tele-consulenza con postazioni dedicate.

Per l'avvio della COT dall'ASP di Ragusa, ha sviluppato una piattaforma, Connected Care, quale strumento/ecosistema interoperabile che può fornire servizi, anche di Telemedicina, ed informazioni al cittadino, favorendo la collaborazione sulle stesse informazioni a tutti gli attori dell'ecosistema sociosanitario; una piattaforma di gestione dei bisogni del cittadino ed un sistema di predizione della domanda di assistenza sociosanitaria finalizzata a riprogettare l'offerta.

In particolare, mediante questa piattaforma possono essere messi in comunicazione i servizi relativi ai dispositivi (smartphone, sensori, medical device, subsystem), percorso clinico (presa in carico, piano di cura, esiti, monitoraggio, ...) e applicazioni (ADI, Ospedale, Territorio, MMG, il tutto ricondotto ad un unico Clinical Data Repository (CDR/FSER).

Le prestazioni di questo "ecosistema" sono erogate grazie ad una piattaforma capace di erogare i servizi fondamentali di base di presa in carico, PAI, PTI, controllo, rilevazione degli stili di vita e supporto medico con chat e video visite per il rilascio di certificati. Ai servizi fondamentali possono poi essere integrati i servizi specialistici per le patologie più comuni (o le emergenti), che richiedono un percorso di cura ed in alcuni casi il monitoraggio attraverso sensori indossabili o domestici (ad esempio: cardiologia, maternità, diabetologia, pediatria,) o sistemi complessi di rilevazione dello stato di salute e riabilitazione dei pazienti.

Il modello di Connected Care Integrata, di cui si avvale l'ASP si compone di due livelli:

1. **Frontend:** servizi rivolti ai cittadini tra i quali i servizi di Telemedicina (video visita, teleconsulto), monitoraggio PDTA, riabilitazione, SPOC, PUA;
2. **Backend:** funzione di raccordo tra servizi (SIO ASP, PUA, PDTA, Clinical Data Repository Strutturato, etc.) per i professionisti sanitari coinvolti.

Inoltre, come previsto anche nella bozza del DM 71, l'ASP di Ragusa ha sviluppato una metodologia di analisi del fabbisogno assistenziale dei propri cittadini, individuando categorie di popolazione cronica suddivisa per aree omogenee di complessità clinica e assistenziale. L'analisi ha restituito un quadro di dettaglio delle prestazioni rese, dei percorsi assistenziali più utilizzati e delle diagnosi effettuate sul territorio dell'ASP di Ragusa. Tale analisi, oltre a raggiungere l'obiettivo di fornire delle indicazioni utili al fabbisogno e al funzionamento della COT, consente anche di avere alcuni elementi utili da approfondire nel corso della prossima convenzione che consentiranno di definire con maggiore dettaglio il fabbisogno assistenziale a cui la riorganizzazione della rete territoriale prevista nella riforma del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e le sotto misure di investimento dovranno affrontare.

2.a.4 La trasformazione digitale e l'organizzazione dell'innovazione

L'uso della leva digitale per fare innovazione in Sanità è una certezza, non una possibilità. La pianificazione e la progettazione hanno una naturale risposta nel digitale (integrazione ospedale-territorio, logistica del farmaco, CCE, telemedicina, etc.)

L'ASP nel 2022 continuerà a percorrere la strada già intrapresa sulla trasformazione digitale dell'organizzazione, essa come tutte le pubbliche amministrazioni non è una Organizzazione «nativa digitale» ed è per questo che l'approccio sistemico è più oneroso e complesso e provoca stress su tutta la Struttura.

La direzione strategica adotta una visione sistemica per generare valore nel medio-lungo periodo. La strategia digitale, infatti, non si realizza una-tantum ma in modo iterativo e incrementale e questo rende ancora più importante un approccio strutturato. In particolare, la chiave per attuare una trasformazione digitale sistemica è quella di utilizzare in modo sinergico la leva tecnologica, quella gestionale, e quella delle persone ampliando il principio del COME rispetto al COSA fare con la trasformazione digitale.

L'ASP di Ragusa ha in atto un programma di innovazione e trasformazione che prevede la sperimentazione di alcuni interventi verticali di revisione dei processi in ottica di valorizzazione dei dati disponibili.

Si è partiti dalla valutazione della maturità attuale del portafoglio applicativo e tecnologico, sono stati identificati gli elementi di miglioramento e conseguentemente è stata elaborata una vera e propria strategia di evoluzione sul digitale e la sua implementazione.

Per la realizzazione di tale percorso è stato utilizzato il modello “e-health journey”, sviluppato dall'osservatorio Innovazione digitale in Sanità del politecnico di Milano.

In termini più specifici, sono state identificate le aree prioritarie di intervento e di innovazione, suddividendo l'Azienda in 5 macro-ambiti di innovazione:

- ambito amministrativo,
- ambito clinico-sanitario,
- relazione con il cittadino,
- integrazione socio-sanitaria con il territorio,
- infrastruttura di comunicazione e collaborazione).

Obiettivo è quello di transitare l'ASP da un sistema sanitario tradizionale (**Traditional Healthcare System**) ad un sistema sanitario evoluto (**Smart Healthcare System**).

Gli interventi prioritari sulla maturità delle soluzioni digitali

- Progetti di Connected Care con piattaforme per la gestione di videovisite e telemonitoraggio;
- Introduzione di sistemi per la self-accettazione delle prestazioni da parte dei pazienti (tramite App e Totem);
- Adeguamento del parco applicativo alle normative su privacy e sicurezza;
- Analisi dei rischi aziendali e piano di risk mitigation suddiviso per servizio ICT;
- Definizione di un Piano di Business Continuity aziendale.

Gli interventi prioritari sui modelli organizzativi per l'innovazione digitale

- Disegno e messa in opera di un modello di portfolio management per il governo e l'indirizzo unitario dell'innovazione;
- Attivazione di canali per la comunicazione bidirezionale tra organismi decisionali e strutture operative ai fini della definizione di iniziative d'innovazione;
- Introduzione processo, ruoli e responsabilità per la valutazione multidimensionale delle innovazioni e tecnologie sanitarie in ottica HTA;
- Formazione su competenze core per la digital transformation, per le figure-chiave in ambito sanitario e tecnico-amministrativo; Attività di formazione sull'utilizzo di alcuni applicativi.

Strumenti di governance (La Cabina di Regia)

Per finalizzare il programma di innovazione e trasformazione di cui si scritto al paragrafo 4.6 “La trasformazione digitale e l'organizzazione dell'innovazione” di pag. 67 è necessario prevedere una Roadmap di evoluzione della

maturità digitale che comprende interventi rispetto ai diversi ambiti: organizzazione e ruoli, competenza e cultura, processi, utilizzando il principio del “Come” rispetto al “Cosa”.

L’Atto Aziendale di questa ASP, adottato con Delibera n. 3076 del 12/12/2019 ed approvato con D.A. n. 159/2020 del 03/03/2020, a tal proposito, ha previsto che:

- l’art. 20 denominato “L’innovazione gestionale, digitale e tecnologica”, il quale:
 - definisce l’innovazione digitale una “leva che consente di modellare i processi aziendali e valutarne le performance, permettendo un utilizzo accurato e proficuo di tutti i dati digitalizzati, quale strumento volto alla semplificazione e miglioramento dei processi di cura”;
 - assegna al “decentramento gestionale ed al sistema per progetti” un ruolo fondamentale per il superamento della frammentazione organizzativa e la costruzione di rapporto tra vertice aziendale, servizi amministrativi e tecnici, strutture sanitarie e professionali;
- l’art. 49 denominato “Programmi e Gruppi di Progetto” il quale prevede che:
 - al fine di sviluppare approcci omogenei nelle diverse strutture su argomenti determinati, possono essere individuati specifici programmi da realizzare attraverso gruppi di progetto;
 - il “Gruppo di Progetto” è finalizzato al conseguimento di obiettivi specifici. Circoscritti nel tempo, che richiedono il coinvolgimento di più strutture operative, anche appartenenti a dipartimenti strutturali diversi;
 - il “Gruppo di Progetto” è istituito con provvedimento del Direttore Generale, che ne definisce gli obiettivi, la finalità e la durata ed individua i componenti ed il Responsabile;
 - l’istituzione di “Gruppi di Progetto” non costituisce modifica dell’Atto aziendale;

L’ASP per dare supporto all’applicazione dei succitati articoli 20 e 49 dell’Atto Aziendale, dal gennaio 2020 si è dotata di una “Cabina di Regia” permanente per l’innovazione gestionale, digitale e tecnologica, che, successivamente ha istituzionalizzato, con Deliberazione n. 907 del 15 aprile 2022, la “Cabina di Regia” permanente.

La Cabina di Regia ha come “mission” quello di supportare la Direzione Aziendale nella governance del processo di trasformazione digitale assumendo l’innovazione nelle sue differenti dimensioni e articolazioni come uno dei driver principali di cambiamento, di sviluppo, di presidio degli obiettivi da perseguire e dei risultati da ottenere.

I principali obiettivi possono essere così declinati:

- dare organicità alle azioni di innovazione, costituendo il luogo di generazione, realizzazione e valutazione delle iniziative e favorendo la sinergia tra i diversi attori e ruoli aziendali coinvolti;
- definire le linee di indirizzo strategico e il conseguente Piano dell’innovazione dell’Azienda, in pieno raccordo con gli atti di indirizzo strategico aziendali;
- assegnare le iniziative strategiche ai rispettivi responsabili (owner), fornendo strumenti e organizzazione a supporto della realizzazione;
- identificare, qualificare, gestire e portare a compimento, secondo una pianificazione coerente con gli obiettivi strategici aziendali e le risorse messe a disposizione, le iniziative che costituiscono il Piano dell’innovazione muovendosi sulle direttrici dell’organizzazione, dei processi, delle persone e della tecnologia;
- gestire i “Gruppi di Progetto”;

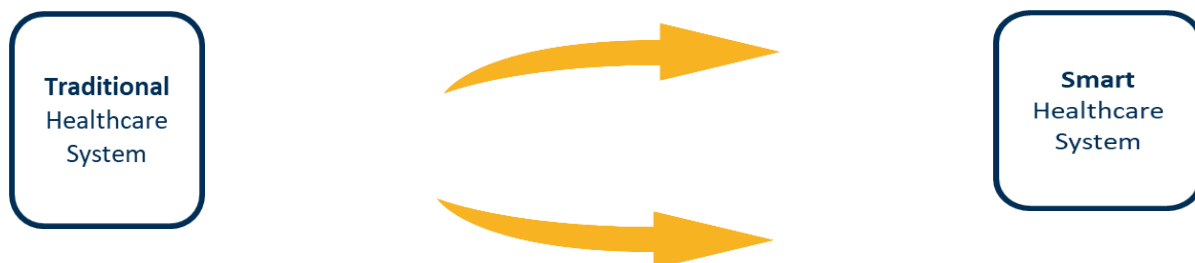
La Cabina di Regia è così composta:

- Partecipanti permanenti:
 - Direttore Generale;
 - Direttore Sanitario;
 - Direttore Amministrativo;
 - Servizio Informatico e della Transizione Digitale;
 - Servizio Programmazione, Controllo di Gestione e SIAS.
- Partecipanti permanenti con compiti di supporto alle decisioni:
 - Ufficio Organizzazione e Coordinamento attività di integrazione socio-sanitaria;

- Responsabile funzione Programmazione Sanitaria.
- Partecipanti su richiesta:
 - Responsabili dei progetti (oggetto di monitoraggio da parte della CdR) e altri referenti;
 - Partecipanti esterni: referenti di progetto di aziende partner, Esperti di dominio.

La Roadmap evolutiva della transizione digitale

Come già anticipato, abbiamo lavorato per transitare l'ASP da un sistema sanitario tradizionale (**Traditional Healthcare System**) ad un sistema sanitario evoluto (**Smart Healthcare System**).

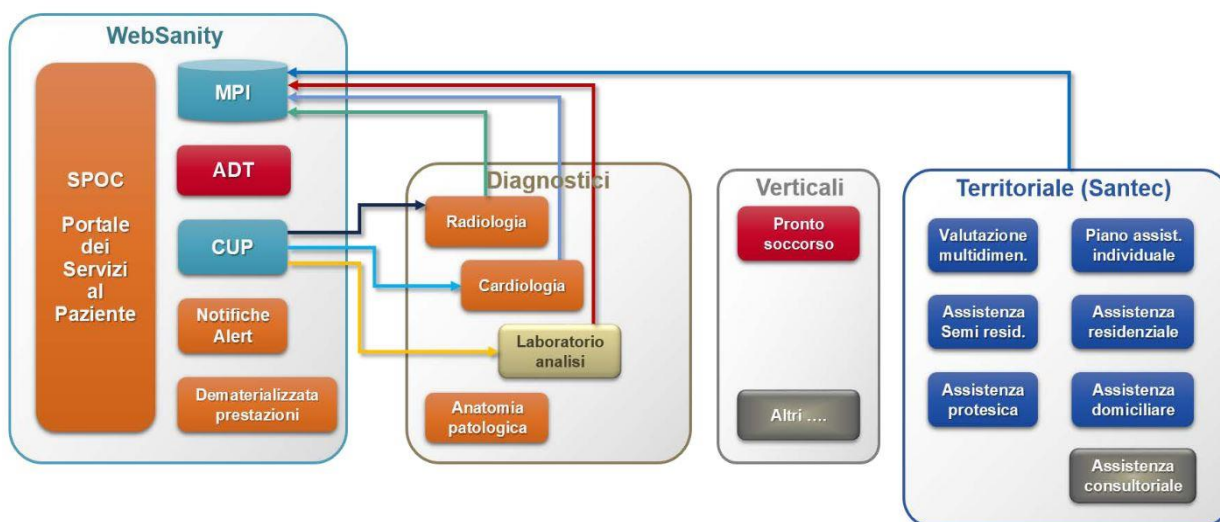


Il presente paragrafo partendo dalla rappresentazione dell'assetto complessivo dei sistemi informatici e informativi alla fine del 2019 metterà in luce l'evoluzione conseguita alla data odierna (aprile 2022) e il percorso evolutivo già progettato per condurre questa azienda fino alla data di valenza del presente piano (dicembre 2024).

Nella figura seguente è rappresentata in maniera sintetica la situazione dei singoli sistemi informativi sanitari (SIS) esistenti nel 2019 con evidenza dei SIS da migliorare e/o da acquisire.

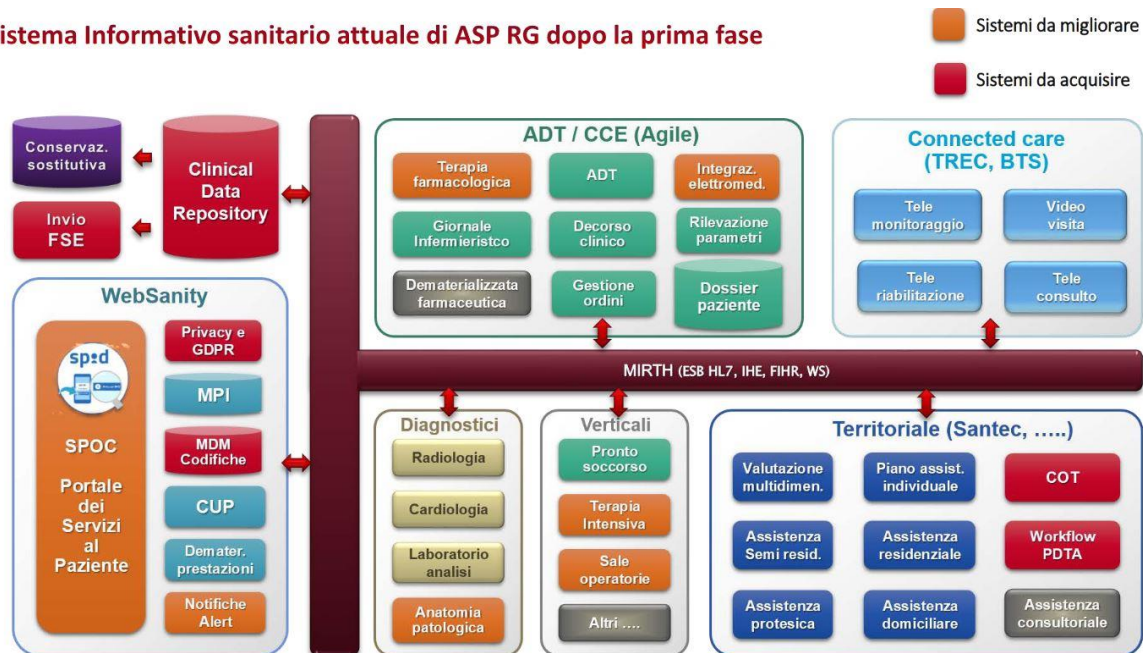
Schema sintetico del Sistema Informativo Sanitario (SIS) iniziale di ASP RG

- Sistemi da migliorare
- Sistemi da sostituire



Nella figura seguente è rappresentata in maniera sintetica la situazione dei singoli sistemi informativi sanitari (SIS) esistenti dopo la conclusione della prima fase dell'intervento (maggio 2022) con evidenza dei SIS da migliorare e/o da acquisire.

Sistema Informativo sanitario attuale di ASP RG dopo la prima fase

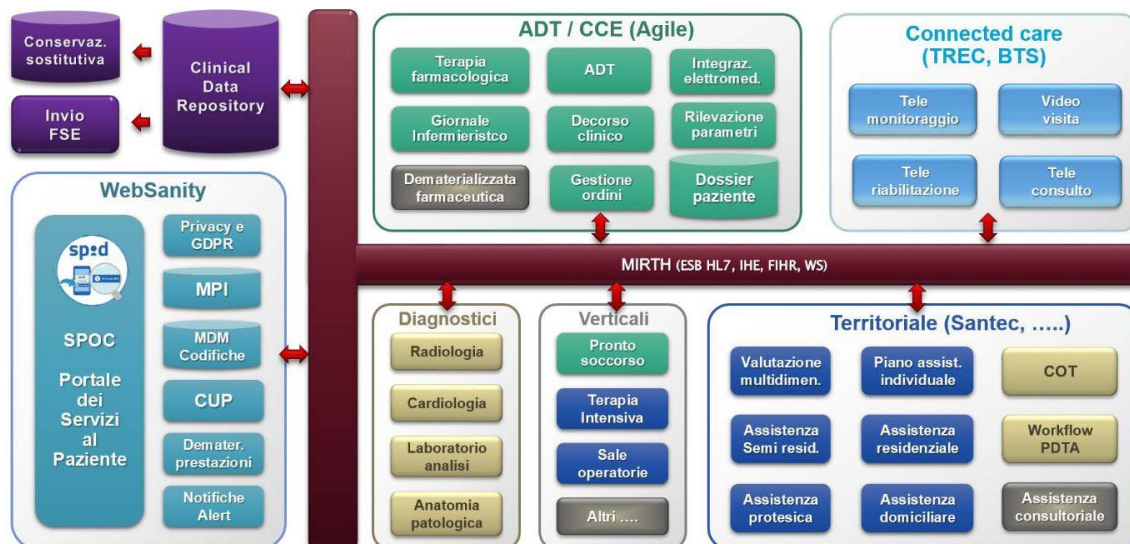


Infine, nel prossimo triennio prevediamo una evoluzione dell'attuale Sistema Informativo Sanitario, dove il nuovo assetto prevederà una serie di elementi innovativi:

- *Il front-end verso il cittadino sarà rappresentato unicamente dal Portale dei servizi in WebSanity che dovrà essere arricchito di ulteriori funzionalità, inoltre va rilasciata una specifica APP di ASP RG per rendere ottimale la user experience su dispositivi mobili;*
- Relativamente al tema *privacy, GDPR e consensi* va capito se optare per una soluzione esterna o sviluppare ulteriormente su WebSanity. Considerato che non è un'applicazione semplice la logica «buy» sembra preferibile rispetto ad un approccio «make»;
- Tutte le applicazioni comunicheranno internamente ed esternamente *esclusivamente attraverso l'ESB centralizzato*;
- Le applicazioni centrali, verticali, dipartimentali e territoriali invieranno verso il CDR centrale tutti i dati strutturati o non riguardanti: processo di cura, esami diagnostici, visite specialistiche e percorsi territoriali. La soluzione minimale prevede l'invio al CDR di transazioni ITI in standard XDS-b contenenti:
 - *Dati non strutturati*: si tratta della soluzione minimale, attualmente definita anche per il FSE Fase 1, che prevede un PDF firmato Pades oltre al set minimo di metadati necessario alla catalogazione del documento inviato
 - *Dati strutturati*: si tratta della soluzione a regime, attualmente definita anche per il FSE Fase 2, che prevede un CDA2 firmato Pades e che contiene anche tutti i principali dati clinici utili a fini: clinici, epidemiologici, ricerca, etc. È consigliabile proseguire nella digitalizzazione dei dati clinici in CDA2, anche se non espressamente richiesti da FSE, perché questo rappresenta una chiave di volta per misurare e migliorare qualità, efficienza ed efficacia delle cure mediche erogate
- I dati non strutturati contenuti nel CDR saranno utilizzati anche per alimentare il sistema di archiviazione sostitutiva;
- I processi di cura territoriali ed i workflow di cura definiti, utilizzeranno come supporto informativo e clinico il CDR;
- Sarà necessario scegliere con quali strumenti informatici supportare i PDTA ed i processi di cura trasversali digitalizzati.

Nella figura seguente è rappresentata in maniera sintetica la situazione dei singoli sistemi informativi sanitari (SIS) esistenti dopo la conclusione della seconda fase dell'intervento (dicembre 2024) con evidenza dei SIS da migliorare e/o da acquisire.

Sistema Informativo sanitario prospettico di ASP RG a fine della seconda fase

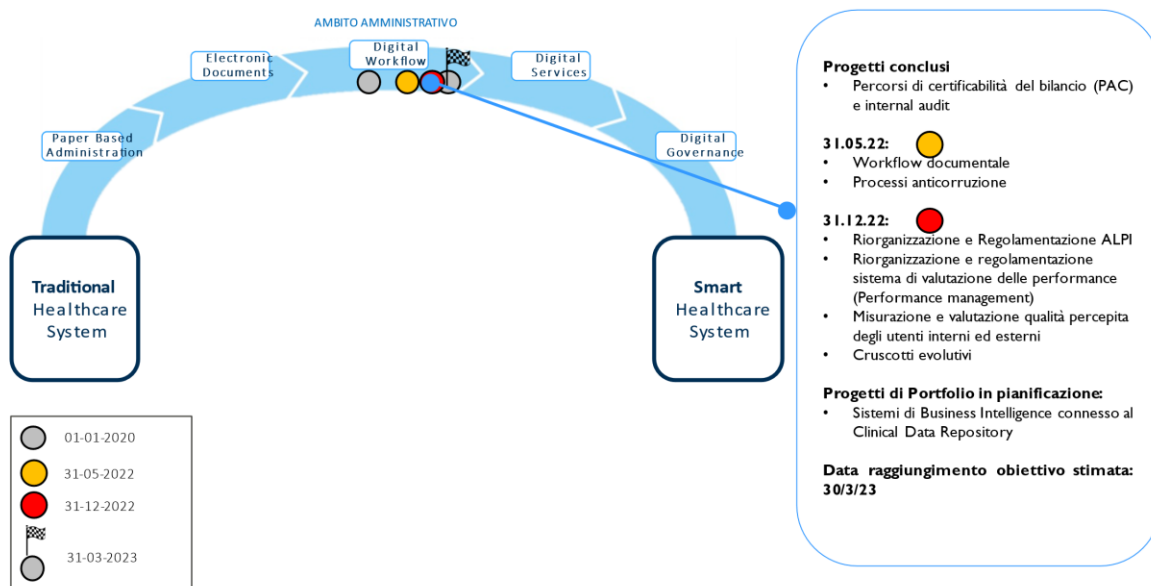


Per la realizzazione di tale percorso, come già scritto in precedenza, sono state identificate le aree prioritarie di intervento e di innovazione, suddividendo l'Azienda in 5 macro-ambiti di innovazione:

- ambito amministrativo;
- ambito clinico-sanitario;
- relazione con il cittadino;
- integrazione socio-sanitaria con il territorio;
- infrastruttura di comunicazione e collaborazione).

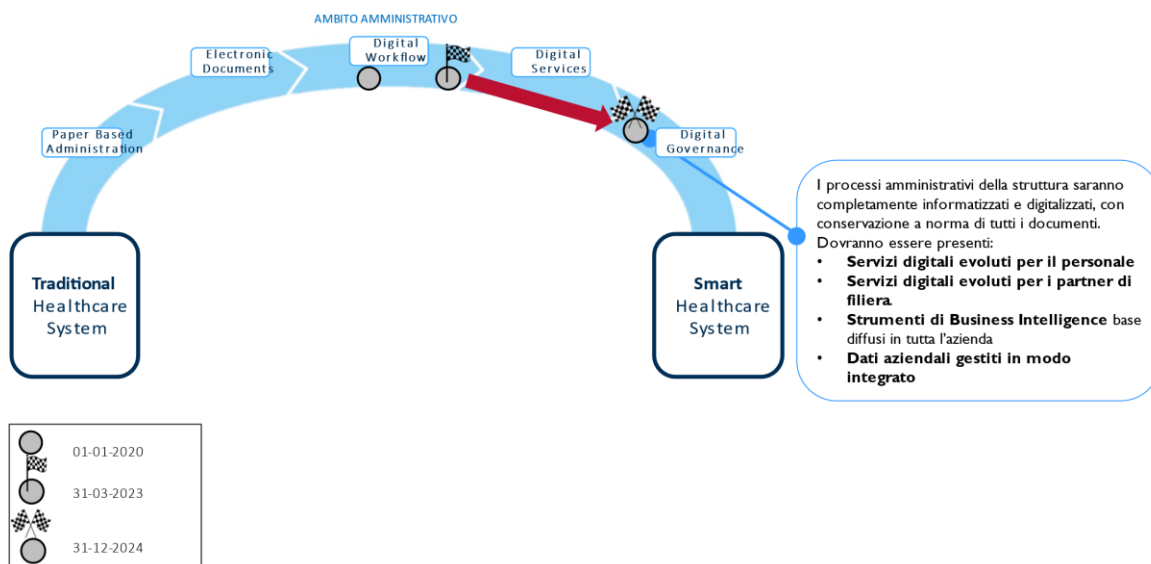
Con le immagini delle pagine seguenti, per ogni ambito si rappresenta il posizionamento dell'ASP nel 2020, gli interventi realizzati al 30 aprile 2022, gli interventi programmati nel biennio 2023-2024 e il conseguenziale posizionamento futuro.

AMBITO AMMINISTRATIVO: I RISULTATI



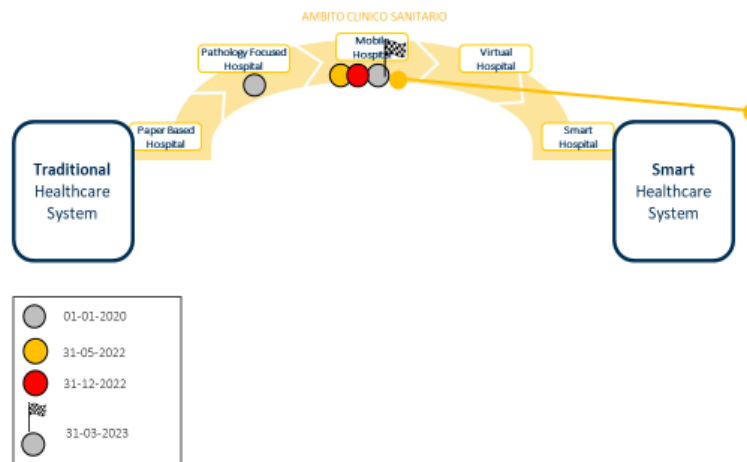
Nel triennio di vigenza del presenta Piano l'ASP potrebbe raggiungere il livello di maturità digitale denominato "Digital governance", caratterizzato da: servizi digitali evoluti per il personale, servizi digitali evoluti per i partner di filiera, strumenti di Business Intelligence, dati aziendali gestiti in modo integrato.

AMBITO AMMINISTRATIVO: L'OBIETTIVO FUTURO





AMBITO CLINICO-SANITARIO: I RISULTATI



Progetti conclusi (ad oggi):

- Cartella clinica elettronica: rilascio a strutture ospedaliere, ambulatori territoriali, RSA e Hospice

31.05.2022:

- Connected Care: Telemonitoraggio, Teleriabilitazione
- PDTA: Ictus, IMA, Scompenso Cardiaco
- Riabilitazione robotica

31.12.2022:

- PDTA: K-Cervice Uterina, Tiroide
- Diabete, BPCO, Breast Unit
- Connected care: Clinical Data Repository, app, Teleconsulto, Televisita,

Progetti di Portfolio in pianificazione:

- Logistica del farmaco

Progetti di portfolio non pianificati (utili al raggiungimento del prossimo obiettivo):

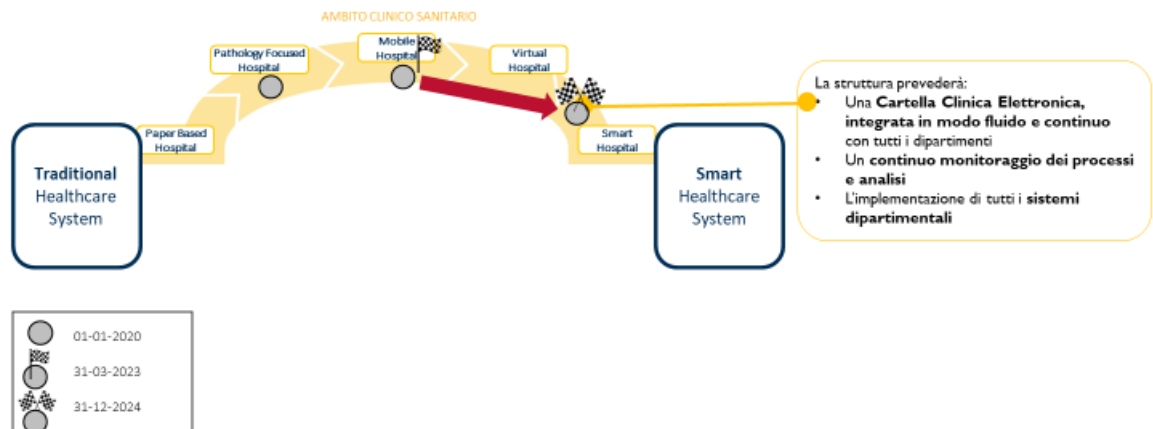
- Digital twin
- Virtual hospital

Data raggiungimento obiettivo stimata:
30/3/23

Nel triennio di vigenza del presenta Piano l'ASP potrebbe raggiungere il livello di maturità digitale denominato "Smart Hospital" caratterizzato da: Cartella Clinica elettronica, sistemi per l'identificazione automatica delle persone, ad alcune funzionalità della Cartella Clinica Elettronica che presentano un supporto mobile per alcune funzionalità della CCE.



AMBITO CLINICO-SANITARIO: L'OBIETTIVO FUTURO

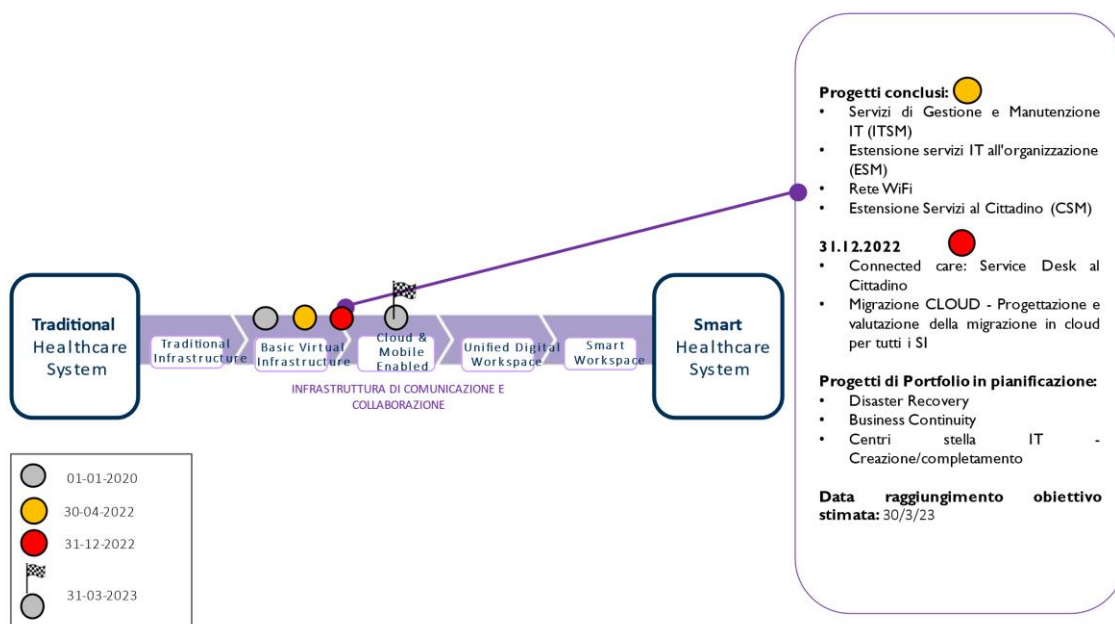


La struttura prevederà:

- Una **Cartella Clinica Elettronica**, integrata in modo fluido e continuo con tutti i dipartimenti
- Un **continuo monitoraggio dei processi e analisi**
- L'implementazione di tutti i **sistemi dipartimentali**



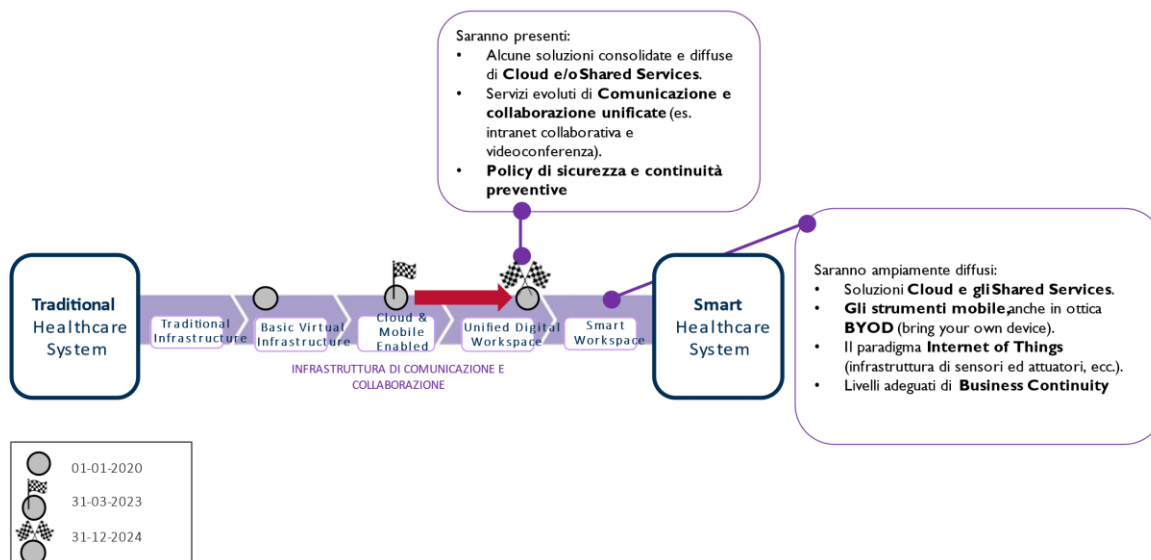
AMBITO INFRASTRUTTURA: I RISULTATI



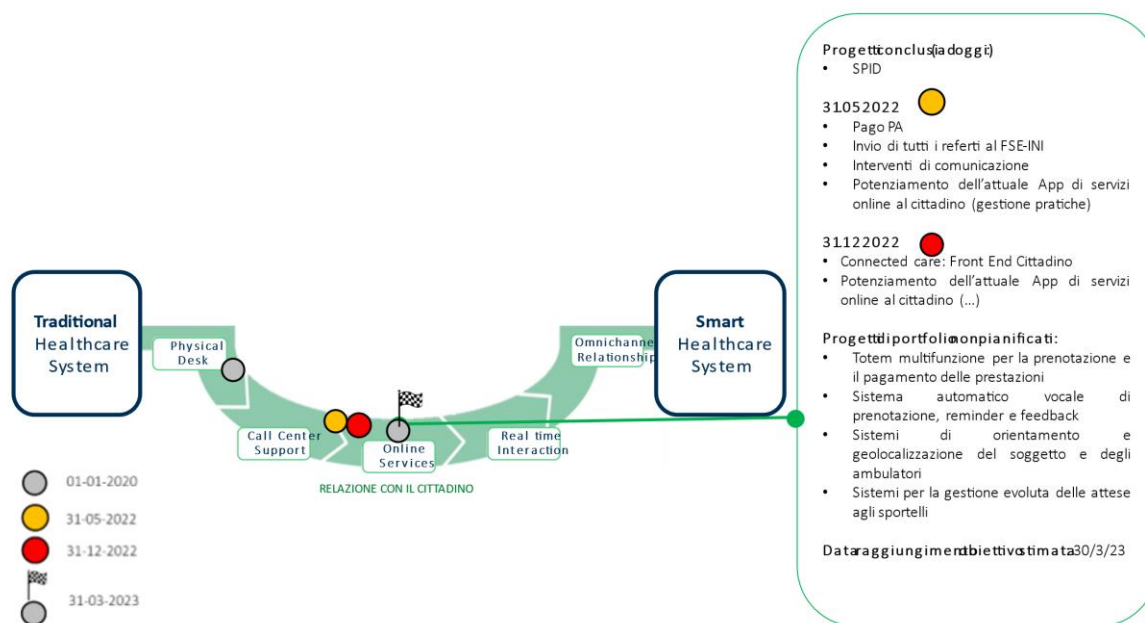
Nel triennio di vigenza del presente Piano l'ASP potrebbe raggiungere il livello di maturità digitale denominato *"Unified Digital workspace"*, caratterizzato da alcune soluzioni consolidate e diffuse di Cloud e/o Shared Services, servizi evoluti di Comunicazione e collaborazione unificate, policy di sicurezza e continuità preventive.



AMBITO INFRASTRUTTURA: L'OBIETTIVO FUTURO

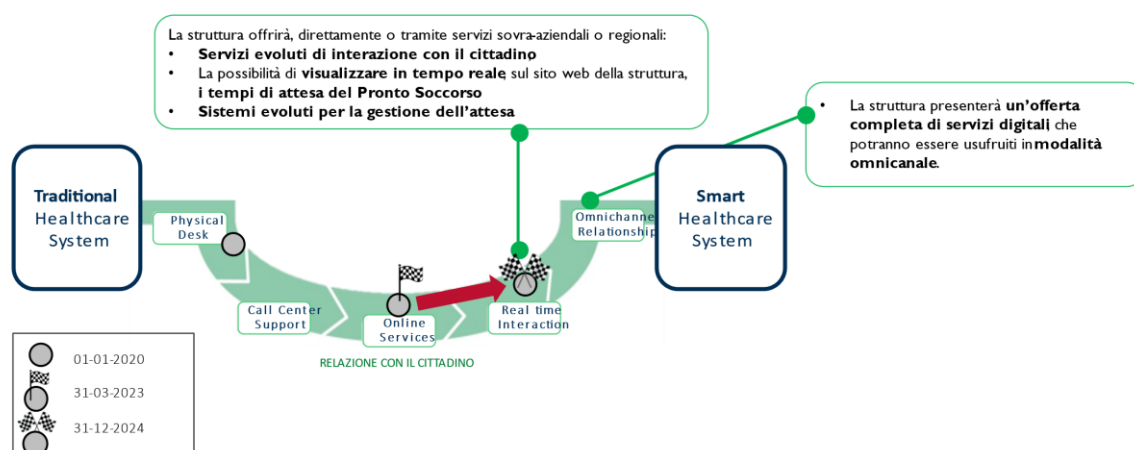


AMBITO RELAZIONE CITTADINO: I RISULTATI



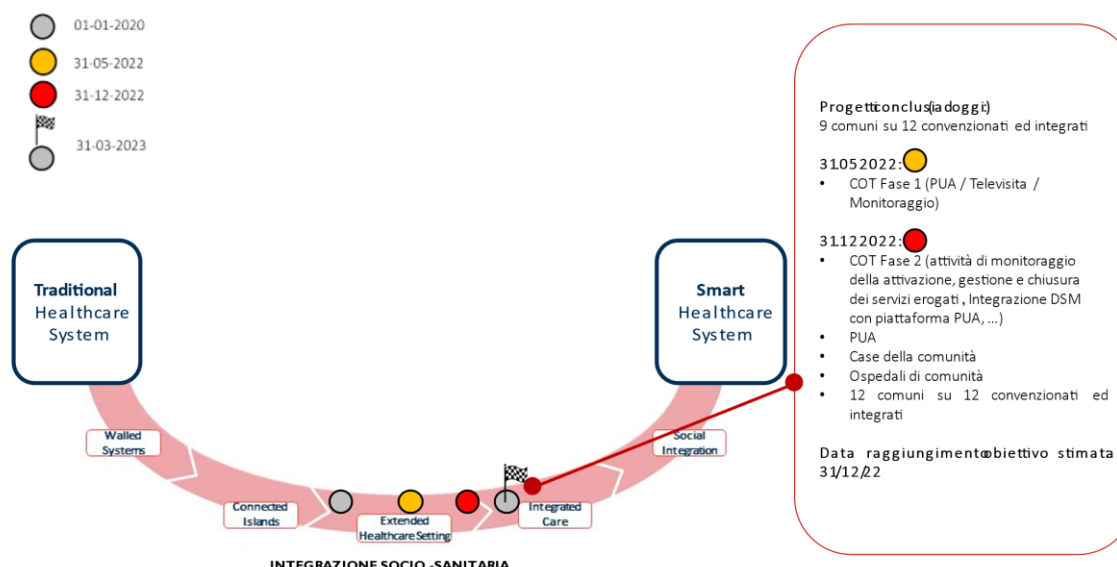
Nel triennio di vigenza del presenta Piano l'ASP potrebbe raggiungere il livello di maturità digitale denominato "Real time interaction", caratterizzato da: Servizi evoluti di interazione con il cittadino, possibilità di visualizzazione in tempo reale, dei tempi di attesa del Pronto Soccorso, sistemi evoluti per la gestione dell'attesa.

AMBITO RELAZIONE CITTADINO: L'OBIETTIVO FUTURO





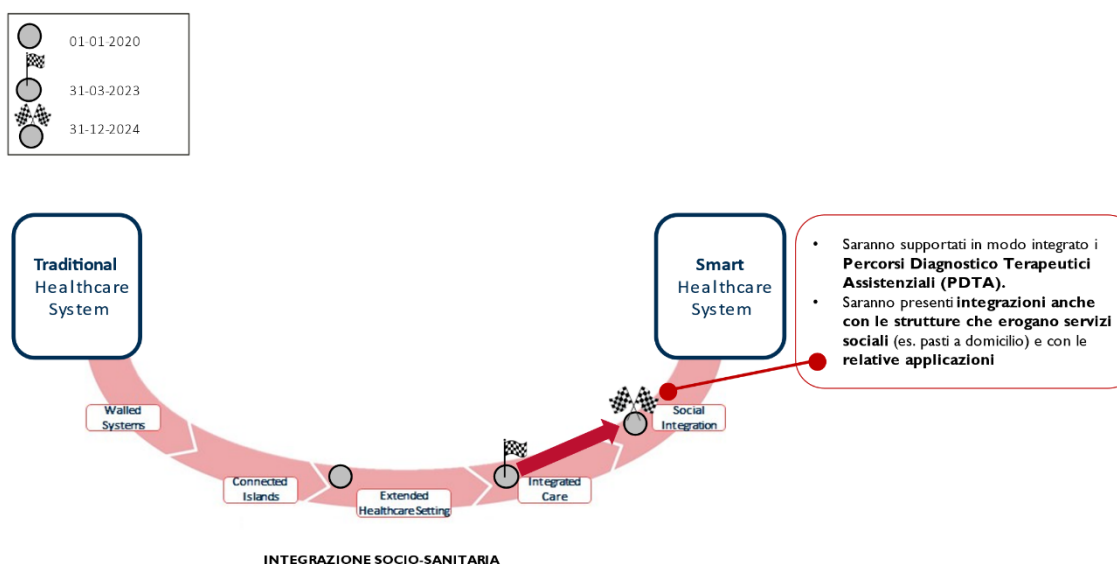
AMBITO INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: I RISULTATI



Nel triennio di vigenza del presente Piano l'ASP potrebbe raggiungere il livello di maturità digitale denominato "Social integration", caratterizzato da PDTA, integrazioni con le strutture che erogano servizi sociali.



AMBITO INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: L'OBIETTIVO FUTURO



2.a.5 Elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare

L'Agenda per la semplificazione digitale 2020-2026 prevede tra i suoi ambiti strategici quello della semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure, al fine di eliminare gli adempimenti burocratici e le autorizzazioni non necessarie, di utilizzare una modulistica standardizzata ed assicurare l'accesso telematico alle procedure. Tale attività rappresenta, quindi, la base per interventi di snellimento di procedure particolarmente critiche.

Questa Azienda, al fine di adempiere al suddetto obiettivo, attraverso la consultazione dei Direttori di U.O.C., ha indagato sugli ambiti da semplificare e reingegnerizzare mediante ricorso alla tecnologia con individuazione dei tempi necessari per l'implementazione ed i benefici attesi.

Di seguito si riporta l'elenco delle principali proposte relativamente alle procedure da semplificare e reingegnerizzare, classificati secondo i cinque macro ambiti descritti nel paragrafo precedente:

- Ambito amministrativo:
 - Procedure da reingegnerizzare per l'accesso diretto e condivisione atti e documenti aziendali;
 - Procedura per la semplificazione dell'accesso ai pubblici registri (comuni, catasto, conservatoria);
 - Procedure da reingegnerizzare per la gestione della dematerializzazione dei documenti provenienti dagli altri settori;
 - Procedura informatica per il deposito Processo Civile Telematico (PCT) in ambito legale;
 - Procedure del sistema di gestione sulla sicurezza e salute nei luoghi di lavoro (SGSL);
 - Procedura per la semplificazione della gestione del processo di autorizzazione di ferie, permessi e straordinari;
 - Procedura di riscossione e rendicontazione delle somme dovute dalle imprese del settore alimentare per il finanziamento dei controlli ufficiali;

Di seguito la sintesi dei benefici attesi dalle procedure di cui sopra:

- Semplificazione dei processi aziendali e del flusso di lavoro interno ed esterno mediante eliminazione dei passaggi inefficaci o complicati o tardivi;
 - Ottimizzazione gestione dei tempi;
 - Riduzione dei rischi;
 - Aumento produttività;
 - Riduzione dello spostamento fisico di persone.
- Ambito Clinico – Sanitario:
 - Procedura da reingegnerizzare per il Laboratory Information System (LIS) e archivio blocchetti e vetrini;
 - Procedura per la semplificazione della gestione dei processi di sorveglianza delle malattie infettive diffuse, in particolare si vuole semplificare l'organizzazione della rete che si occupa delle segnalazioni e ottimizzazione della procedura di notifica;
 - Procedura per semplificare i ricoveri dal PS ed integrare la stessa con il PAGS (piano aziendale gestione sovraffollamento), al fine di ridurre in maniera significativa il boarding dei pazienti in attesa del ricovero con conseguente miglioramento dell'indice di efficienza operativa;
 - Procedura da reingegnerizzare sulla somministrazione delle dosi ai pazienti nelle varie procedure diagnostiche e di radiologia interventistica, così come richiesto dal D.lgs 101/2020, al fine di utilizzo di un software di dose tracking permetterà di non esporre i pazienti a radiazioni ionizzanti;
 - Procedura per lo svolgimento delle prove concernenti i piani di eradicazione e i piani di sorveglianza negli allevamenti bovini, bufalini, ovini e caprini mediante l'uso di apparecchiature elettroniche e informatiche che consentano la lettura degli identificativi elettronici degli animali, la trasmissione dei codici di tali identificativi, mediante Bluetooth, su tablet connessi con la banca dati nazionale,

registrazione su tablet delle prove eseguite e trasferimento in tempo reale alla stessa banca dati nazionale dei dati relativi ai controlli effettuati;

- Procedura di semplificazione della “processazione linfonodo sentinella”, per la gestione del linfonodo sentinella nel carcinoma della mammella in intraoperatoria e routine. Tale metodo permette di analizzare l'intero linfonodo mediante un marcatore genico che rileva la presenza o meno di metastasi con elevata sensibilità (95%) e specificità (96%) e comporterebbe vantaggi per i pazienti, nonché per le UU.OO coinvolte in termini di costo-beneficio
- Procedura di reingegnerizzazione del processo di inserimento della richiesta trasfusionale nel gestionale "cartella clinica" e ottimizzazione nella stessa piattaforma di agende di prenotazione pazienti per categoria. Implementazione inoltre nel gestionale di una scheda per le procedure di aferesi con possibilità di trarne informazioni statistiche utili;
- Procedura per l'integrazione della cartella elettronica ospedaliera col sistema dei dati e flussi territoriali Icaro;
- Procedura per la realizzazione della cartella ambulatoriale di chirurgia settica condivisa dai reparti di ortopedia e malattie infettive di Ragusa;
- Procedura di interfaccia della cartella clinica con scheda 118;
- Procedura da reingegnerizzare per semplificare la tracciabilità dei campioni biologici provenienti dai reparti del P.O. Giovanni Paolo II ed inviati al laboratorio analisi, mediante implementazione di sistema di posta pneumatica come sistema rapido e sicuro per la movimentazione dei campioni;
- Procedura da reingegnerizzare per la refertazione endoscopica con acquisizione delle immagini;
- Procedura da reingegnerizzare e semplificare per la prescrizione al sistema TS (tessera sanitaria) rendendo possibile il collegamento direttamente dalla CCE, (cartella clinica elettronica)
- Semplificare o reingegnerizzare la procedura di consultazione della agenda visite ambulatoriali, DH e DS della CCE con possibilità di consultazione annuale;
- Semplificare o reingegnerizzare le seguenti caratteristiche della CCE:
 - possibilità di numerazione e datazione delle visite ambulatoriali, DH e DS, (allo stato attuale infatti le visite ambulatoriali non sono numerate rendendo complessa la loro consultazione);
 - possibilità di riportare automaticamente la diagnosi posta sul frontespizio su ogni singola visita ambulatoriale, (allo stato attuale infatti la diagnosi non è riportata automaticamente su ogni singola visita rendendo la procedura complessa);
 - possibilità di riportare automaticamente il campo terapia su ogni singola visita ambulatoriale (allo stato attuale infatti il campo terapia non è riportato automaticamente rendendo la procedura complessa);
 - possibilità di riportare automaticamente la data di prenotazione sulla singola visita ambulatoriale (allo stato attuale infatti la data di prenotazione non è riportata automaticamente rendendo la procedura complessa).
- Creazione ed ingegnerizzazione ab *initio* dell'ambulatorio di terapie orale e sua integrazione con la UOC di farmacia ospedaliera per la distribuzione diretta del farmaco;
- Controllo sulla situazione di aderenza ai protocolli RAO in materia di appropriatezza prescrittiva degli esami radiologici;
- Procedura da semplificare per la refertazione elettronica degli esami cardiovascolari (ECG, ecocardiogramma, controllo PM, impianto/sostituzione PM) mediante supporto CIS;

Di seguito la sintesi dei benefici attesi dalle procedure di cui sopra:

- Riduzione dei tempi per l'espletamento delle procedure;
- Tracciabilità del percorso dei farmaci/presidi dal loro carico al loro utilizzo;

- Riduzione in maniera significativa del boarding dei pazienti in attesa del ricovero con conseguente miglioramento dell'indice di efficienza operativa;
- Miglioramento della qualità del servizio agli utenti e riduzione tempi di attesa;
- Tracciabilità, nel sistema LIS, di tutto il processo dei campioni, dall'accettazione alla refertazione con eliminazione rischio errore e riduzione dei tempi di accettazione e di refertazione;
- Univocità degli interventi e continuità terapeutica;
- Ottimizzazione colloquio con 118 e misurazione tempi pre-ospedalieri per ictus e infarto;
- Semplificazione del processo di refertazione e adeguamento del referto alle nuove procedure endoscopiche;
- Ottimizzare l'integrazione tra ospedale e territorio a garanzia della continuità assistenziale con conseguente appropriatezza degli interventi e riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso;
- Miglioramento delle modalità di valutazione pazienti ai fini del ricovero;
- Miglioramento della gestione delle prestazioni agli utenti e della documentazione clinica, anche in funzione dell'implemento del FSE o all'eventuale richiesta di copia della cartella;
- Migliore accesso e facilitazione dei percorsi e creazione di archivio condiviso con altri reparti della stessa disciplina;
- Ambito Relazione Cittadino:
 - Prenotazioni in commissione medica locale da parte degli utenti;
 - Gestione delle volture relative all' "*anagrafe regionale degli animali d'affezione*";
 - Gestione informatica della sala di attesa del day hospital/day service mediante strumentazione dedicata;
 - Creazione di sportelli virtuali in sostituzione a sportelli fisici di front-end verso il cittadino;

Di seguito la sintesi dei benefici attesi dalle procedure di cui sopra:

- Diminuzione dei tempi di attesa da parte degli utenti e trasparenza dei tempi d'attesa;
- Ambito Integrazione Socio Sanitaria:
 - Applicazione linee e protocolli operativi di integrazione aree di emergenza e territoriali;
 - Attivare o implementare servizi on line per pagamento ticket e per riscontrare le richieste dell'utenza degli uffici assistenza integrativa e protesica;

Di seguito la sintesi dei benefici attesi dalle procedure di cui sopra:

- ottimale integrazione servizi ospedale-territorio a garanzia della continuità assistenziale con conseguente appropriatezza degli interventi e riduzione accessi impropri al pronto soccorso;

L'innovazione, che sarà introdotta dalla realizzazione in Azienda delle procedure sopra proposte, dovrà essere supportata da un livello di strumentazione tecnologica (HW e SW) adeguata. Di seguito le principali richieste effettuate dai Direttori di U.O.C.:

- Supporto applicativo Premal (aggiornamento, assistenza, formazione operatori);
- Cruscotto informatico dei posti letto gestito da un ufficio, adeguatamente informatizzato e con risorse ad esso destinate adeguate, di Bad e Case Management;
- Software di dose tracking, tale software registra e analizza le dosi di ogni indagine diagnostica presente nel PACS, consentendo di valutare i protocolli utilizzati, la dose rilasciata, la dose totale alla popolazione;
- Digitalizzazione con supporto di tablet in rete per l'adempimento di qualsiasi procedura soprattutto nel ricevimento dei consensi da parte dell'utente;
- Cardioline MAC 2000 di GE Healthcare già fornita a livello aziendale ed in collegamento con la CCE;

- Sistema informatico di analisi semantica capace di estrarre dal testo della ricetta, che descrive il quesito diagnostico, le informazioni fondamentali, applicando poi una verifica di aderenza al protocollo di appropriatezza prescrittiva (modulistica RAO) condiviso precedentemente tra medici prescrittori e medici esecutori;

Dal confronto con i Direttori di U.O.C. è emerso, quindi, che la reingegnerizzazione e la semplificazione dei processi da loro identificati modificherà in maniera formale e funzionale l'organizzazione di questa Azienda.

Quest'ultima, attraverso la reingegnerizzazione dei processi, si prefigge di ottenere risultati evidenti e tangibili in termini di avanzamento dei servizi forniti agli assistiti, al fine di migliorare la qualità della vita degli stessi.

Pertanto, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa si propone di ridisegnare e di automatizzare i processi clinico-assistenziali che ancora necessitano di una maggiore organizzazione, poiché bloccati da una impostazione poco rivolta alla tecnologia.

2.b Sottosezione di programmazione - Performance

Tra le finalità della presente sottosezione vi è la definizione degli obiettivi strategici e la loro declinazione in obiettivi organizzativi ed individuali, assorbendo le finalità del Piano della Performance, previsto dal D. Lgs. 150/2009 e regolamentato dal Decreto Legislativo n. 74/2017 contenente modifiche al D. Lgs. 150/2009, e redatto ai sensi delle Linee Guida per il Piano della Performance n.1 Giugno 2017, emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, di seguito (DFP), in attuazione di quanto previsto dalla Legge 124/2015 di semplificazione delle norme in materia di valutazione dei dipendenti pubblici, di riconoscimento del merito e della premialità.

Il Piano ha lo scopo di supportare i processi decisionali, attraverso la verifica della coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti, ovvero dei propri utenti, e indiretti ovvero, delle istituzioni di riferimento, nel perseguimento degli obiettivi di programmazione sanitaria e di sostenibilità economico-finanziaria ad essa assegnati. Questa sezione del PIAO è dunque, nel contesto interno, un documento programmatico triennale che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance aziendale, organizzativa e individuale. Con la sua adozione, inoltre, l'Azienda vuole orientare e responsabilizzare tutti i componenti dell'organizzazione al fine di ottenere una maggiore integrazione fra le articolazioni aziendali e una maggior attenzione di queste verso obiettivi strategici pluriennali, in un'ottica di rendicontazione e trasparenza e di promozione del merito.

Nel contesto esterno, si presenta come uno strumento di accountability, con il quale si comunica anche all'esterno ai propri portatori di interessi (stakeholder) priorità e risultati attesi, non ultimo evidenzia il contesto nel quale l'Azienda opera. Come nel Piano Triennale della Performance 2021- 2023, anche la presente programmazione (2022-2024) evidenzia come l'attività aziendale risulti fortemente influenzata dalla pandemia da COVID-19 e dallo stato di emergenza ad essa collegato che non consente una normale gestione delle attività ordinarie e soprattutto potrebbe non consentire il raggiungimento degli obiettivi che l'Azienda intende perseguire.

2.b.1 Analisi del contesto esterno

Il Libero Consorzio Comunale già provincia di Ragusa si estende per una superficie di 1.623 Km²; la popolazione ammonta a 315.082 abitanti, distribuita in 12 comuni, con una densità di popolazione pari a 194,3 abitanti per Km². Assieme a quella di Siracusa è la provincia più a sud della Sicilia e confina con i Liberi consorzi Comunali già province di Siracusa, Catania e Caltanissetta mentre la sua parte meridionale si affaccia sul mar Mediterraneo. Con un PIL pro capite di 15.950 è una tra le province più ricche del mezzogiorno d'Italia.



Il territorio - La maggior parte del territorio è collinare, con poche pianure e di limitata estensione. La parte centrale è costituita dall'altopiano ibleo, con un'altitudine media compresa tra i 400 e i 600 metri s.l.m. I picchi più elevati della provincia non raggiungono i 1.000 m e si trovano al confine con la provincia di Siracusa. Il

territorio spesso degrada verso il mare con un progressivo terrazzamento e con incisioni profonde delle colline, dette cave, disposte generalmente in direzione sud. Andando verso la costa si alternano falesie sabbioso-calcarene e piccole pianure alluvionali marnose o argillose, che spesso formano paludi costiere (oggi quasi tutte prosciugate) delimitate da dune sabbiose.

Non vi sono fiumi di grande portata, ma solo "cave" a carattere torrentizio. Nelle aree più meridionali e costiere la piovosità è in genere scarsa. Maggiore è invece la quantità di pioggia che cade sulle zone elevate dell'altopiano. Per quanto riguarda la media delle temperature massime del mese più caldo, il valore è simile in tutta la provincia: 30°.

L'economia - I livelli occupazionali e il reddito medio pro-capite sono, nell'intera provincia, fra i più elevati dell'Italia meridionale; quella di Ragusa è la provincia con il più basso tasso di disoccupazione in Sicilia (16% rispetto al dato medio regionale del 19.3%).

L'indice di libertà economica, che tiene conto non solo del PIL prodotto, ma anche di elementi quali: economia, lavoro, contesto sociale, finanza, fisco e trasferimenti, pone la Provincia di Ragusa ai livelli di province del nord Italia, con un valore di 64,8 su 100 che la colloca alla 51ª posizione.

La popolazione del territorio che rappresenta lo 0,5% di quella Italiana, produce circa lo 0,5% del PIL Italiano, per un valore superiore ai 5.500 milioni di euro. Il tasso di crescita è pari al dato nazionale, e decisamente superiore a quello regionale, con una forbice fra classi agiate e classi povere fra le più strette del Meridione.

Si contano 9,25 imprese ogni cento abitanti; quaranta le nuove imprese su cento iscritte alla Camera di Commercio nel 1998, contro le ventidue di Palermo e le ventisette di Catania.

Secondo indagini del Censis e dell'Istat, Ragusa possiede un sistema di piccole e medie imprese, articolate in sei raggruppamenti merceologici: agroalimentare e mangimistico, materiali e complementi per l'edilizia, marmi e graniti, legno-arredo, chimico-plastico e metalmeccanico-impiantistico.

Significativo, sebbene molto frammentato, anche l'autotrasporto merci e passeggeri.

Infine, da qualche anno, grazie a politiche mirate, è iniziato lo sfruttamento delle potenzialità turistiche del capoluogo con il barocco di Ibla e le sue oltre 50 chiese (nella sola Ibla), con il centro di Ragusa e le spiagge del litorale che vanno da Donnalucata a Casuzze e Caucana passando per il turismo di Marina di Ragusa, crocevia di un numero sempre crescente di turisti in cerca di spiagge dorate e passatempi serali e notturni.

L'affluenza di turisti a Ragusa e provincia è aumentata dopo l'ultimazione dei lavori di costruzione del porto turistico di Marina di Ragusa, oggi 3° scalo turistico siciliano, e l'apertura dell'aeroporto di Comiso. A questo va aggiunto il contributo fornito allo sviluppo turistico locale dalla diffusione ormai internazionale di una popolarissima serie televisiva ("*Le indagini del Commissario Montalbano*") che ha indotto una quota di turismo specificamente stimolato dalla ricerca dei luoghi in cui la fiction è stata girata.

Da un punto di vista quantitativo, Ragusa:

- è il 1° polo italiano per produzione lorda vendibile dell'agricoltura, con il 47% della produzione ortofrutticola e floricola sotto serra: si pensi che il 6% appena della popolazione siciliana produce più del 20% del reddito agricolo regionale;
- vanta anche il 60% della produzione lattiero-casearia dell'isola, il 60% della produzione di polietilene e dei materiali plastici per l'agricoltura. Particolarmente rinomati sono gli allevamenti dei bovini da cui si ricava il latte di mucca utilizzato industrialmente nelle mozzarelle denominate "fiocchi di latte" e anche per la produzione del "Caciocavallo Ragusano", a marchio DOP, conosciuto ed apprezzato in tutta Italia;
- è la prima in Italia per esportazioni di merci derivanti dall'agricoltura biologica. L'export ragusano negli ultimi anni ha registrato performance estremamente reattive diventando in proporzione l'area Siciliana di maggiore esportazione, nel 2005 i flussi sono cresciuti del 19,2%, per un controvalore di oltre 30 milioni di euro. I settori determinanti dell'export sono: prodotti agricoli; prodotti alimentari; bevande; prodotti chimici; materie plastiche; cemento; materiali lapidei;
- è la 4° per minor numero di truffe e la 6° per minor numero di fallimenti, a conferma della sua sostanziale legalità nei rapporti economici. Recentemente il comune di Ragusa ha ottenuto secondo la norma UNI EN ISO 9001:2000 (Sistema di Gestione Qualità la Certificazione) relativamente allo Sportello Unico delle Attività Produttive, unico certificato in Sicilia e tra i pochi in Italia.

2.b.2 Analisi del contesto interno

Il contesto in cui opera l'Azienda è caratterizzato da complessità e pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti socio-demografici con la necessità di una gestione improntata ad una ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze medico-scientifiche, gestionali e degli strumenti di comunicazione.

La Vision Aziendale è la creazione di un Sistema Salute integrato in alleanza e sinergia con il contesto locale e nazionale.

La realizzazione di tale sistema aziendale comporta l'arricchimento del capitale sociale esistente ed il

miglioramento dell'offerta dei servizi per la salute nell'ottica dell'ottimizzazione dei risultati; la valorizzazione del capitale umano e strumentale; il potenziamento dell'impegno nel fornire prestazioni standard e di eccellenza a supporto dei valori assunti come fondanti."

La strategia dell'Azienda è orientata a:

- perseguire l'appropriatezza e la tempestività delle cure;
- qualificare l'offerta di azioni sanitarie di prevenzione e clinico-assistenziali, sviluppando la capacità di identificare i bisogni di salute e di valutare gli esiti dell'azione svolta;
- innovare, differenziare e potenziare l'offerta clinico-assistenziale;
- affermare la pratica della continuità clinico-assistenziale;
- perseguire gli orientamenti e le metodologie del governo clinico;
- razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi-erogativi e finalizzare l'utilizzo delle risorse disponibili al soddisfacimento dei bisogni di salute;
- allargare e rinforzare le reti di assistenza aziendali, interaziendali e interistituzionali, per qualificare ed ampliare ulteriormente l'offerta di servizi al cittadino mirando all'obiettivo di una progressiva riduzione della mobilità sanitaria passiva extra-aziendale.

L'Azienda promuove la salute nel territorio di competenza tenendo conto dei dati epidemiologici rilevati sulla popolazione del territorio attraverso:

- lo sviluppo di attività di educazione sanitaria, igiene e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, di vigilanza sui cibi destinati all'alimentazione umana e degli animali, di prevenzione della malattia e degli infortuni;
- l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari di prevenzione, attivando programmi di screening, diagnosi e cura in regime domiciliare (anche a favore dei pazienti disabili o terminali a domicilio), ambulatoriale, di ricovero ordinario ospedaliero e in emergenza, e di assistenza in ambiente protetto (RSA, Hospice).

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

Analisi dei fabbisogni sanitari

L'ASP di Ragusa ha sviluppato una metodologia di analisi della domanda e dell'offerta ospedaliera propedeutica per poter individuare i fabbisogni sanitari espressi dalla popolazione residente nel bacino di utenza della provincia di Ragusa, in particolare sono stati analizzati:

- Ricoveri erogati ai residenti della ASP di Ragusa presso gli stabilimenti pubblici e privati presenti nel territorio ragusano, con focus specifici sui diversi distretti sanitari di residenza;
- Ricoveri erogati ai residenti della ASP di Ragusa presso gli stabilimenti pubblici e privati di altre province (Mobilità passiva intra regione), con focus specifici sulle principali patologie che generano la mobilità passiva, con focus specifici sui diversi distretti sanitari di residenza;
- Ricoveri erogati ai residenti della ASP di Ragusa presso gli stabilimenti pubblici e privati di altre regioni (Mobilità passiva extra regione), con focus specifici sulle principali patologie che generano la mobilità passiva, con focus specifici sui diversi distretti sanitari di residenza.

Inoltre, sono state analizzate anche tutte le prestazioni di ricovero delle strutture sanitarie dell'ASP di Ragusa erogate ai residenti di altre province e altre regioni (Mobilità attiva intra ed extra regionali).

Si riportano in sintesi le principali informazioni:

Nel 2020 alla popolazione residente nel bacino di utenza dell'ASP di Ragusa sono stati erogati complessivamente circa 29.000 ricoveri che, sulla base della popolazione residente pari a 315.601 (Fonte: Istat 2020), generano un tasso di ospedalizzazione pari a 92 per 1.000 abitanti, in linea con le indicazioni ministeriali del 160 per 1.000 abitanti.

Le analisi hanno fatto emergere che il valore medio del tasso di ospedalizzazione dell'ASP di Ragusa si presenta abbastanza allineato nei tre distretti sanitari, con un valore più elevato per il Distretto di Vittoria (circa 93 per 1.000 abitanti).

È stata analizzata anche l'ubicazione delle strutture dove vengono erogate le prestazioni alla popolazione del bacino dell'ASP di Ragusa e si rileva che il 75% dei ricoveri complessivamente è stato erogato presso le strutture pubbliche e private che insistono nel bacino dell'ASP di Ragusa, mentre il 18% è stato erogato in altre province (mobilità passiva intra regione) e il 7% fuori regione (mobilità passiva extra regione).

Anche per singolo distretto sanitario, sono stati analizzati i ricoveri in base alla struttura sanitaria in cui viene erogata la prestazione e, le analisi, hanno rilevato che nel distretto di Modica si ha la maggiore mobilità passiva intraregionale, mentre la maggiore mobilità passiva extra regione si registra nel distretto di Ragusa.

In particolare la fuga intra provinciale ed extraregionale spesso è caratterizzata da una bassa complessità e da una percentuale elevata di ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza, infatti circa il 50% dei ricoveri ordinari erogati fuori dai confini dell'ASP di Ragusa presenta una complessità inferiore al peso medio di 1, pertanto il governo della domanda sanitaria, attraverso una rete integrata di servizi, diventa una priorità che l'ASP di Ragusa sta affrontando in maniera proattiva anche attraverso il potenziamento di alcune aree cliniche, su cui i dati relativi alla mobilità attiva, e pertanto ai ricoveri erogati ai residenti di altre province, dimostrano una netta inversione di tendenza.

2.b.2.1 Assistenza territoriale

L'assistenza territoriale distrettuale è in grado di fornire alla collettività dei tre distretti sanitari (Ragusa-Modica-Vittoria) le prestazioni di base ed assicurare il Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) avendo attivato già, così come previsto nel Piano di Riordino, un nuovo e rivoluzionario modello di prestazioni sanitarie sul territorio grazie alla realizzazione dei PTA strutturali e funzionali.

Sull'assistenza territoriale il potenziamento dei flussi informativi degli ultimi anni ha consentito di valutare con maggiore dettaglio i livelli di produttività e di efficienza delle strutture territoriali dell'ASP.

Rispetto all'eterogeneità dei servizi territoriali, sono stati analizzati i dati di attività e gli indicatori di efficienza delle strutture/servizi rivolti maggiormente all'assistenza agli anziani e ai pazienti cronici, considerata l'incidenza di questa fetta di popolazione e del relativo consumo di risorse: Residenze sanitarie assistenziali (RSA); Hospice e Assistenza domiciliare integrata.



In termini di efficacia della presa in carico si segnala che per la popolazione anziana si registra nel periodo una riduzione della prevalenza del ricovero (indicatore: pazienti ricoverati/pazienti assistibili) per entrambe fasce di età (65-74 anni e over75 anni) a cui corrisponde, sempre nel periodo considerato, un aumento del numero delle prestazioni ambulatoriali specialistiche (indicatore: utilizzatori prestazioni ambulatoriali/assistibili) e un incremento del trattamento terapeutico (utilizzatori farmaceutica territoriale convenzionata/assistibili).

Nell'ambito della Convenzione tra l'AGENAS e l'ASP di Ragusa è stato individuato come obiettivo generale quello di favorire lo scambio di competenze e di esperienze in vari ambiti dell'organizzazione dei servizi sanitari, anche attraverso l'individuazione di modelli innovativi e best practice su settori strategici".

L'oggetto specifico della Convenzione è la realizzazione della Centrale Operativa Territoriale (COT) come strumento utile ad incrementare la medicina di iniziativa e a migliorare l'integrazione e il coordinamento degli interventi assistenziali territoriali.

Nel Piano di attività, condiviso tra AGENAS e ASP di Ragusa, sono state individuate delle fasi operative, propedeutiche per individuare i fabbisogni assistenziali della piramide della cronicità, attraverso un approccio metodologico che permetta di identificare i volumi di prestazioni sanitarie e socio sanitarie che la COT dovrà gestire per livello di intensità. A tale fine si è deciso di individuare come prima fase operativa lo sviluppo di un'analisi del fabbisogno di prestazioni sanitarie e sociosanitarie espresso dalla popolazione insistente sul territorio dell'ASP di Ragusa, al fine di definire il carico assistenziale e di lavoro che dovrà essere garantito dalla COT.

In particolare, le analisi sono state effettuate sulla base delle informazioni presenti nei flussi SIAD, FAR, Hospice, SDO e EMUR per il triennio 2018-2020, attraverso una metodologia che ha permesso di analizzare i flussi ospedalieri e territoriali sia verticalmente ma anche in maniera trasversale.

Al fine di ricostruire il carico assistenziale espresso dalle persone residenti nell'ASP di Ragusa, è stata analizzata la distribuzione per fasce di età degli assistiti in Cure domiciliari, RSA e Hospice. Tale attività ha lo scopo di identificare più chiaramente la popolazione target oggetto della COT.

Dall'analisi effettuata emerge che il carico assistenziale maggiore deriva da assistiti "over 80", ma non devono essere trascurate le fasce di età inferiori che comunque, aggregate, rappresentano circa il 50% dell'utenza.

Tenuto conto che l'operatività della COT è a disposizione di tutti i setting assistenziali territoriali sono state esaminate le prestazioni erogate nel triennio in tutti i setting assistenziali, analizzando nello specifico:

- il numero di assistiti che hanno ricevuto prestazioni in Cure domiciliari, RSA e Hospice nel triennio, valutando anche il ricorso allo stesso setting assistenziale nel tempo;
- il numero di assistiti che hanno ricevuto prestazioni in più setting assistenziali nel triennio, tenendo conto anche del setting di provenienza e di dimissione e l'eventuale ricovero in strutture ospedaliere;
- il setting di provenienza degli assistiti;
- la patologia/diagnosi che ha determinato la presa in carico;
- il setting di dimissione degli assistiti.

2.b.2.2 Assistenza ospedaliera e Area dell'emergenza/urgenza

Il territorio aziendale, dal punto di vista della macro-organizzazione ospedaliera, è suddiviso in tre aggregati ospedalieri più una casa di cura convenzionata, in conformità alle vigenti disposizioni normative:

- Ospedali di Ragusa: si tratta di due presidi, il P.O. "Giovanni Paolo II" e il P.O. "M. Paternò Arezzo";
- Ospedale riunito di Modica-Scicli, che comprende il P.O. "Maggiore" di Modica ed il P.O. "Busacca" di Scicli;
- Ospedale riunito di Vittoria-Comiso, che comprende il, il P.O. "R. Guzzardi" di Vittoria e il P.O. "Regina Margherita" di Comiso;
- Casa di Cura Convenzionata "Clinica del Mediterraneo" di Ragusa.

In questa sezione viene presentata in maniera sintetica l'attività di assistenza ospedaliera e di emergenza degli stabilimenti dell'ASP di Ragusa proponendo una lettura dei dati in termini di livelli di produttività/efficienza, efficacia ed economicità, evidenziandone altresì dei confronti temporali.

Per l'assistenza ospedaliera (cfr. Tabella 17), l'ASP di Ragusa nel triennio 2019-2021, in linea con il trend nazionale, ha registrato una riduzione dei ricoveri pari al -11% (da 31.708 ricoveri complessivi del 2019 a 28.190 del 2021). Nel 2021, i ricoveri ordinari incidono per circa l'84%; mentre il 16% è attività in regime diurno (tra day hospital e day surgery).

Il ricorso al *setting* assistenziale *Day service* è stato incentivato a partire dal 2009 (decreto 11/05/2009, GURS 03/07/2009) dando la possibilità alle strutture di ricovero di erogare pacchetti di prestazioni ambulatoriali in regime di bassa complessità assistenziale garantendo inalterata la presa in carico dell'utente ed introitando l'eventuale quota di compartecipazione.

L'opportunità di favorire questo *setting* assistenziale è legata alla necessità di facilitare il processo di deospedalizzazione in corso, abbassando la proporzione di Day-Hospital (DH) a rischio di inappropriately sul totale dei ricoveri ordinari.

Tabella 17 Numero Ricoveri, Day service, prestazioni ambulatoriali e variazioni % - periodo 2019-2021

	2019	2020	2021	Var% 2019-2021
regime ordinario	26.631	22.639	23.631	-11,27%
day hospital	5.077	3.137	4.559	-10,20%
totale ricoveri	31.708	25.776	28.190	-11,09%
% ricoveri ro	84%	88%	84%	-0,19%
day service	11.119	6.488	10.240	-7,91%
prestazioni ambulatoriali	1.184.177	830.707	940.459	-20,58%

In termini sintetici, la tabella 18 riporta per il triennio 2019/2021 a livello aziendale i principali indicatori utilizzati nella reportistica aziendale per valutare sull'assistenza ospedaliera i livelli di efficienza e di utilizzo delle risorse da una parte e di complessità, appropriatezza ed efficacia dall'altra. In aggiunta per ciascun indicatore viene rappresentato per ciascun indicatore lo scostamento per il triennio 2019/2021. È importante sottolineare come le scelte strategiche aziendali abbiano permesso, nonostante la pandemia, di aumentare la complessità dei casi trattati, la percentuale dei casi chirurgici e l'indice di attrazione.

Tabella 18 Indicatori di Efficienza – Area Ospedaliera

	2019	2020	2021	% SCOSTAMENTO 2019-2021
Degenza Media (Ricoveri Regime Ordinario)	6,29	6,27	6,06	-3,59%
peso medio (Ricoveri Regime Ordinario)	0,96	1,00	1,05	9,47%
% Ricoveri Chirurgici	26,86%	28,12%	30,38%	13,12%
% casi 0-1 giorno (Ricoveri Regime Ordinario)	2,10%	2,15%	1,80%	-14,30%
Tasso attrazione	10,89%	12,55%	13,84%	27,14%

Rispetto all'area dell'emergenza (Tabella 19), il numero degli accessi in PS è diminuito tra il 2019 e il 2021 (-39%)

Tabella 19 Accessi Triage PS ASP Ragusa (anno 2019,2020,2021)

	Bianchi		Verdi		Gialli		Rossi		n.casi totale	Variazione rispetto all'anno 2019 in %
P.S. / ANNO	n.casi	%	n.casi	%	n.casi	%	n.casi	%		
P.S. Osp.Giovanni Paolo II-Ragusa										
2019	1.925	8%	16.632	66%	6.157	24%	461	2%	25.175	
2020	1.005	5%	13.542	71%	4.234	22%	401	2%	19.183	-24%
2021	1.896	11%	10.312	60%	4.395	26%	611	4%	17.216	-32%
P.S. Osp. Maggiore-Modica										
2019	439	2%	18.455	64%	9.644	33%	375	1%	28.918	
2020	240	1%	12.255	62%	6.984	35%	384	2%	19.865	-31%
2021	818	5%	8.827	50%	7.647	43%	342	2%	17.637	-39%
P.S. Osp.Guzzardi-Vittoria										
2019	2.064	5%	34.009	77%	8.039	18%	239	1%	44.355	
2020	1.041	4%	21.534	73%	6.581	22%	431	1%	29.591	-33%
2021	3.509	14%	14.871	59%	6.527	26%	434	2%	25.345	-43%
Totale accessi P.S. ASP RG										
2019	4.428	4%	69.096	70%	23.840	24%	1.075	1%	98.448	
2020	2.286	3%	47.331	69%	17.799	26%	1.216	2%	68.639	-30%
2021	6.223	10%	34.010	56%	18.569	31%	1.387	2%	60.198	-39%

2.b.2.3 Risorse finanziarie

L'ASP di Ragusa, considerando i dati di Conto Economico, registra nell'anno 2021 un risultato di esercizio pari ad € 117.027. Le entrate proprie si attestano al 6% del totale valore della produzione, mentre il 94% dei costi della produzione sono da attribuire alle voci di costo più rilevanti, quali acquisto di beni, acquisto di servizi e costo del personale.

Tabella 20 Sintesi CE 2021 e confronto CE 2020

	2021	2020
Totale valore della produzione (A)	607.252	605.631
<i>% entrate proprie su totale valore della produzione</i>	<i>6%</i>	<i>6%</i>
Totale costi della produzione (B)	619.158	595.702
<i>% costo fattori produttivi interni (personale e acquisti per beni e servizi)</i>	<i>94%</i>	<i>94%</i>
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-1.460	-180
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-
Totale proventi e oneri straordinari (E)	26.596	4.146
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	14.688	13.895
Totale imposte e tasse	14.571	13.824
RISULTATO DI ESERCIZIO	117	71

L'Azienda si impegna ad assicurare i livelli di assistenza concordati e programmati con la Regione, in modo efficiente e nel rispetto del principio di equilibrio economico finanziario di bilancio.

Il governo economico aziendale si avvale dei seguenti strumenti di supporto:

- Bilancio di previsione;
- Bilancio d'esercizio;
- Budget da assegnare a tutte le articolazioni organizzative strutturali;
- Piano degli Investimenti;
- Report dei consumi.

Allo scopo di assicurare il monitoraggio e controllo degli obiettivi economici, l'Azienda è dotata dei seguenti strumenti:

- Contabilità economico patrimoniale;
- Contabilità analitica per centri di costo.

Rientra nel governo economico aziendale emanare direttive volte alla piena applicazione dei sistemi contabili adottati, all'individuazione dei criteri uniformi per la rilevazione dei dati a valenza contabile e la loro elaborazione allo scopo di garantire trasparenza, completezza, omogeneità e raffronto tra gli stessi.

La responsabilità del governo economico afferisce a tutte le strutture dotate di uno specifico budget.

Le posizioni che ricoprono una responsabilità di tipo funzionale nei confronti di risorse umane e tecnologiche hanno una responsabilità di tipo trasversale relativamente alle risorse gestite.

La Direzione Amministrativa assume il ruolo di orientamento tecnico e di coordinamento del governo economico aziendale, fermo restando la responsabilità di tutti i Centri di Responsabilità, per le scelte gestionali assunte.

2.b.3 Le Aree Strategiche

L'individuazione delle priorità strategiche consente di porre in essere il primo passo della pianificazione che realizzano la mission aziendale.

Come definito nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance adottato con Delibera n. 202 del 22/03/2022 gli "obiettivi generali" rappresentano, quindi, le linee guida fondanti la strategia dell'Azienda.

La struttura generale della mappa strategica prevede che ogni obiettivo strategico sia declinato in uno o più macro obiettivi specifici a valenza triennale, successivamente declinati in obiettivi operativi a cui vengono associati indicatori al fine di misurare il grado di raggiungimento dell'obiettivo operativo.

Gli "obiettivi specifici a valenza triennale sono quindi definiti in modo da declinare gli "obiettivi generali" (strategici) in più ambiti.

L'Azienda, nel processo di formulazione della mappa strategica, associa ad ogni obiettivo operativo uno o più indicatori e il relativo valore obiettivo (target) utile a misurare l'effettivo raggiungimento

dell'obiettivo stesso in termini strettamente quantitativi individuando in sede previsionale i risultati attesi, i relativi costi/ricavi e le scadenze temporali fissate per il conseguimento degli obiettivi, in coerenza con le risorse attribuite nel bilancio preventivo annuale

2.b.3.1 Dalle Aree strategiche agli obiettivi operativi e alle Azioni

Nella costruzione del Piano della Performance sono state individuate due aree strategiche di valutazione tra di loro correlate:

- Area del Miglioramento delle Performance Aziendali
- Area del Miglioramento della Qualità percepita dagli Utenti.

Le Aree strategiche sono state individuate quale connessione tra la missione aziendale e le attività da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Ciascuna area strategica è declinata in obiettivi Operativi e Azioni (si veda schema dell'Albero delle performance), Indicatori e Valori attesi per il triennio 2022-2024, come segue:

- Obiettivi di Salute e Funzionamento
- Obiettivi di miglioramento della Performance Aziendale
- Obiettivi di miglioramento della qualità percepita.

Le politiche e gli obiettivi strategici sono declinati in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di *budgeting*.

Il processo di budgeting è attuato attraverso un processo bottom-up: I Direttori di struttura complessa (livello apicale) propongono alla Direzione Strategica, come conseguire gli obiettivi operativi sopra definiti nell'ambito della cornice strategica sopra definita, in coerenza con la missione aziendale.

In termini più specifici i Direttori propongono uno o più progetti di miglioramento delle performance delle proprie strutture e/o di miglioramento della qualità percepita dai propri utenti (sia interni sia esterni).

Il sistema di misurazione delle performance, quest'anno in via sperimentale per le unità di degenza, si arricchirà di un nuovo strumento, sviluppato dal Servizio Programmazione e Controllo di Gestione – SIAS, denominato "Key Performance System (KPS)".

In termini più specifici il nuovo sistema misura il percorso che ciascuna unità operativa intende compiere, nell'unità di tempo considerata (1,2 o tre anni), per migliorare le proprie performance rispetto alle unità operative dei DEA di I livello, appartenenti alla stessa disciplina e allocate nelle altre Aziende del Territorio regionale.



Il metodo utilizzato prevede, quindi, il confronto per singola disciplina tra:

- le UU.OO. dell'ASP di Ragusa

- le UU.OO. degli altri DEA I livello della Regione Siciliana
- le UU.OO. primi best practice dei DEA II livello della Regione Siciliana.

Il campione oggetto di sperimentazione è costituito dalle UU.OO. dell'ASP che abbiano erogato nell'anno 2021 ricoveri per acuti in regime ordinario.

Gli indicatori utilizzati per le attività di benchmarking, Key performance indicator (KPI), sono i seguenti:

- Peso medio DRG
- Casi chirurgici (%)
- Valore lordo DRG (€)
- Casi a rischio inappropriatezza - ARI (%).

Ciascun indicatore è valutato in funzione della distanza dal valore medio osservato nelle UU.OO. della medesima disciplina dei DEA I livello:

- U.O. con performance sopra la Media DEA I livello
- U.O. con performance poco al di sotto della Media DEA I livello
- U.O. con performance sensibilmente al di sotto della Media DEA I livello

L'unità operativa proporrà alla Direzione Strategica, un nuovo posizionamento da realizzare negli anni successivi, il risultato atteso andrà ad integrare gli *Obiettivi di Salute e Funzionamento* sopra richiamati.

I risultati attesi in termini di nuovo posizionamento ed i progetti proposti sono, pertanto, oggetto di negoziazione e una volta approvati costituiscono sia la modalità di perseguire gli obiettivi sia l'elemento di valutazione dell'operato del Direttore di struttura apicale.

Attraverso la produzione della reportistica, è monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati, al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

Le strategie, i relativi obiettivi e i risultati attesi vengono divulgati ai portatori di interesse attraverso diversi canali (riunioni di collegio di Direzione, Comitato Consultivo, intranet aziendale, newsletter aziendale etc.)

In corso d'anno, in occasione delle riunioni di monitoraggio, vengono effettuate le verifiche sul raggiungimento e sulle eventuali criticità insorte; se necessario gli obiettivi possono essere ricalibrati.

A fine anno l'Organismo Indipendente di Valutazione valuta il grado di raggiungimento in riferimento agli indicatori individuati.

In forma trasversale su tutti gli obiettivi strategici è stato dato un ruolo rilevante allo strumento dell'innovazione gestionale, digitale e tecnologica al fine di superare le logiche obsolete di gestione e di considerare l'innovazione organizzativa l'espressione della capacità di intuire ed assecondare i mutamenti del contesto socio ambientale di riferimento.

Pertanto, si è ritenuto necessario dedicare un paragrafo alla trasformazione digitale e l'organizzazione dell'innovazione.

2.b.3.2 L'albero della performance

L'Albero della Performance è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi operativi e azioni nell'ottica della trasversalità delle funzioni. Fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance aziendale.

Tale diagramma dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione.

Il programma operativo regionale, il Piano attuativo aziendale, gli obiettivi annuali assegnati alla direzione generale (obiettivi di salute e funzionamento, Obiettivi contrattuali ecc.) costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in Aree strategiche a loro volta declinati in obiettivi operativi e azioni assegnati ai dirigenti.

All'interno dell'albero viene identificata la sezione riferita a mandato istituzionale e missione, quella relativa alle aree strategiche, la sezione degli obiettivi operativi e azioni. Nei rettangoli vengono richiamati i soggetti del sistema che dialogano con l'azienda: attori del territorio di competenza (enti locali, strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali, terzo settore) e attori del sistema regionale (istituzioni regionali).

L'Innovazione e Trasformazione Digitale avranno un impatto trasversale sull'albero, infatti l'ASP nel suo

programma prevede la definizione e l'implementazione di una strategia digitale attraverso la sperimentazione di alcuni interventi verticali di revisione dei processi in ottica di valorizzazione dei dati disponibili.

All'interno di questo albero sono state inserite le dimensioni definite come i principi comuni che devono guidare sulla strategia aziendale:

- **Appropriatezza:** tale dimensione è trasversale rispetto alle aree strategiche e alla struttura dell'ASP di Ragusa in quanto costituisce un principio comune che deve guidare lo sviluppo strategico aziendale. Il concetto di appropriatezza all'interno di quest'azienda si declina come appropriatezza clinica² e appropriatezza organizzativa³.
- **Integrazione e trasversalità:** tale dimensione riguarda il set di obiettivi strategici e i riflessi operativi delineati nel piano; essi non sono riferibili in modo univoco a singole strutture organizzative, in quanto costituiscono soventi processi che coinvolgono interi dipartimenti o diverse articolazioni aziendali. Tale dimensione costituisce la realizzazione concreta della integrazione tra l'area ospedaliera e l'area dei servizi territoriale

Di seguito è riportata la rappresentazione grafica dell'Albero della Performance delle due aree strategiche con obiettivi operativi e le azioni, i quali sono coincidenti con quelle riportate nelle singole schede budget:

- Obiettivi di Salute e Funzionamento;
- Obiettivi di miglioramento della Performance Aziendale
- Obiettivi di miglioramento della qualità percepita.

Gli obiettivi di Salute e Funzionamento sono definiti in relazione agli obiettivi triennali che la Regione – Assessorato della Salute assegnano al Direttore Generale dell'Azienda, nonché in funzione di obiettivi operativi individuati dalla Direzione strategica annualmente.

Nel corrente anno, la Regione – Assessorato della Salute, non ha, alla data di redazione del presente Piano, assegnato gli obiettivi strategici, pertanto la Direzione strategica aziendale ha scelto di proseguire con gli obiettivi generali già individuati nel Piano della Performance 2020 – 2022. A tali obiettivi sarà aggiunto per le UU.OO. oggetto della sperimentazione del nuovo sistema KPS, di cui al paragrafo precedente, I risultati attesi in termini di nuovo posizionamento da realizzare negli anni successivi.

Di seguito si riporta il dettaglio dei singoli indicatori individuati per obiettivi strategici, operativi ed azioni previsti nel 2022

Obiettivi di Salute e Funzionamento
Screening Oncologici
Obiettivi processo: a) Effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP.
Obiettivi processo: b.1) Coinvolgimento e collaborazione MMG.
Obiettivi processo: b.2) Coinvolgimento e collaborazione MMG.
Obiettivi processo: c) Aggiornamento banca dati anagrafica.
Obiettivi processo: d) Presenza PDTA per ogni screening.
Obiettivi processo: e) Utilizzo HPV-DNA come test primario.
N. test eseguiti per tumore cervice uterina /popolazione target.

² Per appropriatezza clinica si intende il ruolo strategico che ASP riveste come “acquirente esperto” secondo criteri di efficacia comparativa ed economicità e come soggetto investito dall'ordinamento del compito di garante della tutela della salute sul territorio di riferimento. Tale dimensione viene presidiata attraverso la formulazione e la gestione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali e la promozione dell'educazione all'appropriatezza clinica-professionale. Il raggio di azione di questa dimensione abbraccia tutta la componente di erogazione di servizi sanitari e sociosanitari, la funzione di Programmazione Acquisto e Controllo, il governo della farmaceutica.

³ Per appropriatezza organizzativa si fa riferimento all'adeguatezza dei livelli di erogazione ed all'efficienza della gestione e riguarda il complesso della realtà aziendale.

N. test eseguiti per tumore colon retto / popolazione target.
N. test eseguiti per tumore mammella / popolazione target.
Obiettivo Esiti. Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg/numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.
Obiettivo Esiti. Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI
P.T.C.A. effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totali di I.M.A. STEMI diagnosticati.
Obiettivo Esiti. Riduzione incidenza parti cesarei primari, in donne senza nessun pregresso cesareo
Parti cesarei di donne non precesarizzate, cesarei primari / parti di donne con nessun pregresso cesareo.
Obiettivo Esiti. Riduzione incidenza parti cesarei primari, in donne senza nessun pregresso cesareo.
Parti cesarei di donne non precesarizzate, cesarei primari / parti di donne con nessun pregresso cesareo.
Obiettivo Esiti. Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65
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.
Obiettivo Liste Attesa. Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA
Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali.
Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali.
Monitoraggio ex post delle attività di ricovero.
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.
Monitoraggio ex-ante, Numero prestazioni garantite (B+D) / totale prestazioni da garantire (B+D)
Monitoraggio ex-post, Tasso adesioni alle disposizioni aziendali per garantire la soglia del 50% delle prestazioni ambulatoriali critiche in classe B e D
Intervento per il governo della domanda. da IGD1 a IGD4. Numero Interventi realizzati IGD / Numero interventi da realizzare IGD
Intervento per il governo dell'offerta. da IGO1 a IGO21. Numero Interventi realizzati IGO / Numero interventi da realizzare IGO
Obiettivo Punti nascita. Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR

Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei PN. Numero requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist.
PN senza UTIN: Numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore.
PN senza UTIN: percentuale dei neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita: Num.neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita / Totale neonati ricoverati.
PN con TIN: Elaborazione report di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio.
PN con UTIN: Percentuale neonati dimessi direttamente da TIN: Num.neonati dimessi direttamente da TIN / Totale pazienti ricoverati nella TIN, al netto dei deceduti
Obiettivo Pronto soccorso. Gestione sovraffollamento
Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa, D.A.1584/2018.
Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa, D.A.1584/2018.
Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive
Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive: Indicatori di processo: Az.1) Monitoraggio continuo sovraffollamento;
Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive: Indicatori di processo: Az.2) Prevenzione e contrasto al sovraffollamento;
Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive: Indicatori di processo: Az.3) Adozione del Piano Aziendale;
Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive: Indicatori di processo: Az.4) Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti.
Obiettivo Donazione organi e tessuti
Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti, ASR Programma nazionale donazioni 2018-2020.
Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2021 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2020.
Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%.
Incremento del procurement di cornee in toto, da cadavere a cuore fermo e a cuore battente, non inferiore al 30%.
Obiettivo Donazione organi e tessuti. Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione, in prosecuzione di quelli già fatti.
Obiettivo Prescrizione dematerializzata
% di Medici Dipendenti, ospedalieri e territoriali, + SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata che abbiano effettuato nel periodo di riferimento almeno una prescrizione sul numero totale dei medici.
Num. medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS. Totale ricette DEM prescritte / medici abilitati.
Prescrizione dematerializzata. Attività di coordinamento raccolta e invio dati alla direzione per consentire il calcolo degli indicatori.

Obiettivo Fascicolo Sanitario Elettronico
% dei consensi alla consultazione trasmessi da operatori dell'azienda al sistema FSE-INI. Num.consensi alla consultazione trasmessi al sistema FSE-INI / Num. Pazienti ricoverati nel 2020.
% dei consensi alla consultazione trasmessi da operatori dell'azienda al sistema FSE-INI. Num.consensi alla consultazione trasmessi al sistema FSE-INI / Num. Pazienti ricoverati nel 2020.
% strutture pubbliche invianti a regime referti di laboratorio in CDA-HL7. Numero strutture invianti a regime referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 / Num.strutture eroganti prestazioni di lab.analisi
% strutture di Pronto Soccorso dove è possibile consultare in modo celere il FSE del paziente e il PPS. Strutture di PS attivate per la consultazione del PPS nel FSE / num. complessivo strutture PS
Avvio del conferimento al FSE-INI di verbali di Pronto Soccorso, lettere di dimissione ospedaliera e referti di specialistica, anche in formato pdf.
Obiettivo Sviluppo P.A.C.-Percorso attuativo di certificabilità
Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.
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 "Amministrazione Trasparente".
Predisposizione piano formativo
Redazione convenzione per l'attività di formazione ed affiancamento ASP SR/RG
Effettuazione riunione di coordinamento per la definizione dell'attività di cui alla convenzione
Redazione progetto condiviso con SIA ASP SR dell'attività di tirocinio e da svolgere
Concreto avvio dell'attività nei termini di tre mesi dalla stipula della convenzione, inerente alla formazione e l'attività di verifica in campo tramite l'ausilio dei tutor assegnati per area di competenza
Attività formativa con la frequentazione di almeno un corso annuo inerente alle materie di competenza del servizio
Miglioramento della qualità dei servizi
Valutazione da parte del CAVS dei sinistri. N. sinistri valutati entro 30 gg/n. sinistri presi in carico
Tempestività nella stipula di contratti per la fornitura di beni e servizi.
Mantenere standard cause con esito favorevole. N. cause con esito favorevole/n. cause.
Mappatura del contenzioso per tipologia di causa con azioni di miglioramento per la riduzione dei contenziosi.
Sovrintendere alla corretta tenuta del libro inventario, attraverso puntuale comunicazione sulla gestione dei beni in dotazione degli ospedali.
Riduzione tempi d'attesa delle commissioni invalidi civili
Attivazione a regime del software di medicina legale, report di monitoraggio trimestrale
Informativa ai sensi D.lgs 81/08 ai neoassunti sull'organizzazione sicurezza e rischi presenti in azienda. N.neoassunti informati/n. neoassunti da informare.

Coordinamento monitoraggio attuazione, secondo il piano emergenza, delle prove delle attività di evacuazione effettuate sui presidi Aziendali. N. presidi con prove effettuate/N.prove da effettuare
Attività svolta nell'ambito del funzionamento del sistema di gestione per la sicurezza sul lavoro SGSL. Effettuazione di almeno 20 audit presso le UO aziendali.
Definizione del piano dei fabbisogni di innovazione digitale.
Ridefinizione e riprogettazione del sistema di valutazione aziendale.
Riduzione dei tempi procedurali attività certificativa medico legale distretto di Ragusa. Numero procedimenti amministrativi con ritardo / totale procedimenti
Riduzione dei tempi procedurali attività certificativa medico legale distretto di Modica e Vittoria. Numero procedimenti amministrativi con ritardo / totale procedimenti
Report riepilogativo delle attività svolte dalla S.C. Medicina Legale, Commissioni Invalidi civili e Commissioni ciechi e sordi
Analisi preliminare del Risk-Assessment Aziendale
Redazione del piano degli interventi per l'anno in corso.
Esecuzione piano degli interventi 2021. (Num.interventi realizzati / Num.interventi da realizzare)
Realizzazione lavori scientifici di tipo oncologico con impact factor ≥ 1 . Definire il piano di pubblicazione
Pubblicazioni divulgative. Pubblicazioni su riviste senza impact factor, edizioni, seminari finalizzati (sharing). Definire il piano di pubblicazione
Aggiornamento dati epidemiologici per l'anno in corso
Pubblicazione reportistica sul sito web aziendale
Prevenire e controllare il fenomeno del randagismo. Numero medio di giorni intercorsi tra segnalazione ed esecuzione della sterilizzazione
Effettuazione attività ispettiva presso le strutture di ricovero per cani autorizzate. Num. controlli eseguiti per ogni struttura nell'anno in corso
Procedura operativa per inserimento cane identificato in anagrafe canina. Num cani inseriti nel sistema informatico / Num.cani identificati con trasponder presso il proprio distretto)
Prevenzione e controllo della legionellosi. Programmazione dei campionamenti
Campionamento e controllo acque destinate al consumo umano. (Num. Campioni prelevati / Num.campioni programmati)
Controllo acque di balneazione. Vigilanza sulle emissioni delle ordinanze sindacali
Attività formativa, di verifica ed ispezioni per un n. complessivo non inferiore a 30 per l'anno in corso
Numero di iniziative di informazione/formazione/assistenza promosse in merito alla sicurezza di apparecchiature, macchine, impianti.
Eritroexchange. Numero trattamenti effettuati nel 2021
Monitoraggio delle reazioni trasfusionali. Relazione Annuale
Contenimento della spesa-Osservanza politiche di contenimento della Spesa

Rispetto del tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda, comma 584 art.1 legge 23/12/2014 n.190.
Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato.
Acquisto di beni e servizi nel rispetto della normativa vigente, di cui al Codice dei Contratti.
Per area Pronto Soccorso, attivazione procedure connesse al completo utilizzo delle somme assegnate a valere sulle risorse residue accantonate nella G.S.A.
Acquisto di beni e servizi, nel rispetto della normativa vigente. 1) Ricorso esclusivo alle procedure CONSIP e Me.Pa, ai sensi art.15, comma 13, lett d) della Legge 7 agosto 2012, n.135 di conversione con modificazioni del DL 6 Luglio 2012, n.95
Acquisto di beni e servizi, nel rispetto della normativa vigente: 2) ricorso non giustificato a procedure negoziate e di urgenza, con esclusione dei casi di privativa industriale.
Acquisto di beni e servizi: 3) Rinnovo contratti in difetto di programmazione.
Tempistica liquidazione fatture. Tempo medio di pagamento
Tempistica pagamento fatture. Tempo medio di pagamento
Assistenza farmaceutica, rispetto delle risorse definite in sede di negoziazione.
Assistenza farmaceutica, rispetto delle soglie prescrittive. Art.2.1) Individuazione di specifici obiettivi per i singoli medici prescrittori e di sistemi da attivare in caso di superamento dei parametri di riferimento.
Assistenza farmaceutica, rispetto delle soglie prescrittive. Art.2.2) trasmissione specifica relazione contenente le risultanze dei lavori prodotti di cui al punto Art.2.1).
Assistenza farmaceutica, rispetto delle soglie prescrittive. Art.2.3) rafforzare il controllo delle prescrizioni secondo le indicazioni riportate nelle schede tecniche ed eventuali limitazioni previste dalle note AIFA e provvedimenti nazionali e regionali.
Assistenza farmaceutica, rispetto delle soglie prescrittive. Art.2.4) verifiche mensili del rispetto dei parametri.
Assistenza farmaceutica, rispetto delle soglie prescrittive. Art.2.5) invio report mensile ad ogni medico prescrittore riportante le % di scostamento dei consumi generati dalle proprie prescrizioni ed attivazioni dei sistemi previsti in caso di sfioramento
Miglioramento accessibilità ai servizi amministrativi-Migliorare la trasparenza e il livello di regolamentazione dei processi
Pubblicazione dei dati di competenza del settore nel sito "Amministrazione trasparente" nel rispetto di quanto previsto nel piano trasparenza 2017-19.
Rispetto obblighi in materia di prevenzione della corruzione relativo ai rischi corruttivi in sanità e degli obblighi di trasparenza D.L.14 marzo 2013 n.33 e D.L. 25 maggio 2016 n.97, con riferimento ai dati di bilancio sulle spese e costi del personale.
Anticorruzione. Aggiornamento Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTCT)
Flussi informativi, rispetto dei tempi di trasmissione e qualità del dato.
Libera professione intramuraria, osservanza delle disposizioni impartite art.1 comma 7 legge 03 agosto 2007 n.120
Flussi informativi, rispetto dei tempi di trasmissione e qualità del dato.

Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria
Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria. Analisi preliminare dei fabbisogni aziendali
Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria. Redazione del piano degli interventi per l'anno in corso.
Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria. Esecuzione piano degli interventi 2021. (Num.interventi realizzati / Num.interventi da realizzare)
Area Intervento 1 - Sanità pubblica e prevenzione - Sanità Veterinaria
P.A.A. 1.1.A Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile, allevamenti e capi. Num. Aziende bovine e ovicaprine controllate/n. Aziende bovine e ovicaprine controllabili.
P.A.A. 1.1.B Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovicaprina. Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi.
P.A.A. 1.1.C Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina. Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi.
Controllo anagrafico delle aziende bovine e ovi-caprine sulla base di criteri riportati dai Regolamenti, Ce n. 1082/2003 e n. 1505/2006. N. Aziende controllate anagraficamente /N. Aziende controllabili.
Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2015. Percentuale di riduzione della prevalenza.
Area Intervento 1 - Sanità pubblica e prevenzione - Sicurezza alimentare
Provvedimento che attesti la piena funzionalità e lo stato di accreditamento dei Laboratori di Sanità Pubblica per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale su alimenti e acque destinate al consumo umano.
Attuazione Piano di Controllo Ufficiale Alimenti e Piano Nazionale Residui. Rendicontazione dell'attività svolta secondo i modelli predisposti, da cui si evinca almeno il 98% di attività svolta rispetto a quella programmata.
Garantire la piena funzionalità del sistema informativo regionale DEMETRA. Elaborazione e report dei dati registrati nel sistema a cura del DASOE Servizio 7 Sicurezza Alimentare.
Area Intervento 1-Sanità pubblica e prevenzione- Copertura Vaccinale e Sorveglianza Mal.Inf.
Implementazione della copertura vaccinale, PNPV 2017-2019 e O.A.N. 1965/2017. N. soggetti vaccinati/popolazione target residente.
Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole, PNPV 2017-2019 e D.A. N.1965/2017. Relazione sulle attività svolte.
Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale.
Relazione sulle modalità di offerta vaccini in conformità del calendario vaccinale regionale, a soggetti extracomunitari momentaneamente residenti con relativa rendicontazione.
Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio.
Notifiche delle malattie infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO: Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive.

Area Intervento 1 - Sanità pubblica e prevenzione - Tutela ambientale
Sorveglianza malformazioni congenite, segnalazioni anni 2018 e 2019 +/- 10% rispetto al 2017.
Macro obiettivo 2.8 ambiente e salute, raggiungimento degli standard previsti dal PRP linea 2.8 ambiente e salute al 31/12/2019
Amianto, registro mesoteliomi, esecuzione interviste su esposizione in tutti i casi segnalati nel 2021.
Evidenza di avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV, Direttiva 32187 08/04/2016, Report: invio entro il 31/10/2021.
Sorveglianza lavoratori ex esposti. Invio report trimestrale, follow-up inviti e adesioni e implementazione base arruolabili.
Sicurezza dei Pazienti
Monitoraggio eventi, % di completezza compilazione scheda A e B2 degli eventi sentinella, comprensive di analisi dell'evento avverso, individuazione dei fattori e piano di miglioramento, in coerenza al protocollo nazionale (SIMES).
Monitoraggio eventi, monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive, report su piattaforma Qualità Sicilia SSR
Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella. Valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas.
Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali. Report secondo schema disponibile sulla piattaforma Qualità Sicilia SSR.
Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali. Svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette per azienda sanitaria.
Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico-Resistenza PNCAR 2017-2020", ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018.
Adempimenti Legge 24/2017, aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali.
Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti
Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale. Attuazione delle direttive regionali.
Valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza metodologia Agenas.
Piano di comunicazione aziendale. Redazione PdC 2021 secondo le linee guida regionali. Predisposizione e adozione piano 2021.
Piano di comunicazione aziendale. Realizzazione azioni previste dal piano. (Azioni realizzate/ Azioni previste)
Piano di comunicazione aziendale. Applicazione del piano di verifica del rispetto del regolamento aziendale di gestione dei reclami. Monitoraggio del rispetto del regolamento.
Piano di comunicazione aziendale. Aggiornamento on-line della carta dei servizi entro il 31/12/2021
PDTA
Implementazione delle Linee guida cliniche/preventive anche attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDTA) secondo direttive regionali e/o aziendali.

Report sulla base degli indicatori di monitoraggio specifici previsti dai singoli PDTA secondo direttive regionali e/o aziendali.
Appropriatezza
Adeempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici PACA. Riduzione delle criticità rilevate dal sistema PACA
Outcome
Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE. Report secondo modalità indicate dalla Regione.
Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati
Rispetto della previsione di raccolta delle EC già programmata dai Servizi Trasfusionali per l'anno 2019 (DDG n.51 del 17.01.2019).
Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione, Cat. A e B, presso ciascuna azienda sanitaria regionale non inferiore a Kg. 60 rispetto alla quantità di Plasma raccolta nell'anno 2018.
Assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria e privacy
Incremento pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco. N. Diabetici e Scompensati cardiaci arruolati attivamente/N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico x100.
Assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria e privacy - fragilità
Attuazione di quanto previsto dal piano regionale unitario per l'autismo. Completamento procedure di reclutamento del personale per servizi di diagnosi e intervento intensivo precoce organizzativi.
Attuazione di quanto previsto dal piano regionale unitario per l'autismo. Implementazione rete centri diurni e residenziali
Assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria e privacy - disabilità e non autosufficienza
Implementazione dei PUA. Realizzazione procedura accesso facilitato a tutti i front-office distrettuali per portatori di disabilità. Piena realizzazione delle linee guida assessoriali compresa la realizzazione della procedura per disabilità.
Liquidazione delle indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini previsti dalle Direttive Assessoriali. Tempestivo pagamento del 100%
Attuazione delle valutazioni multidimensionali U.V.M., effettuate presso il domicilio dell'utenza. N. valutazioni multidimensionali domiciliari/N. valutazioni multidimensionali totali x100.
Assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria e privacy
Applicazione regolamento europeo sulla protezione dei dati. Costituzione ufficio per la protezione dei dati, costituzione gruppo di lavoro
Miglioramento degli Outcome
Miglioramento del peso medio dei DRG per i ricoveri ordinari
Incremento % dei casi chirurgici
Riduzione % dei ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza
Migliore utilizzo delle giornate di degenza

Obiettivi di miglioramento della performance aziendale
01.02-Valutazione progetto
Grado di raggiungimento dei risultati del progetto secondo quanto indicato nel format "miglioramento delle performance aziendali - relazione"
Obiettivo di miglioramento della qualità percepita
Identificare utenti interni e/o esterni target
identificazione utenti
Identificare le azioni da porre in essere
identificazione azioni
Valutazione eventuale progetto
Grado di raggiungimento dei risultati del progetto secondo quanto indicato nel format "miglioramento della qualità percepita - relazione"

Il piano della performance, ed in particolare il sistema di valutazione, ha tenuto conto degli esiti emersi dal Progetto Formativo rivolto ai Dirigenti di struttura complessa.

Le principali fonti dalle quali si è articolata la definizione del presente Piano della Performance sono:

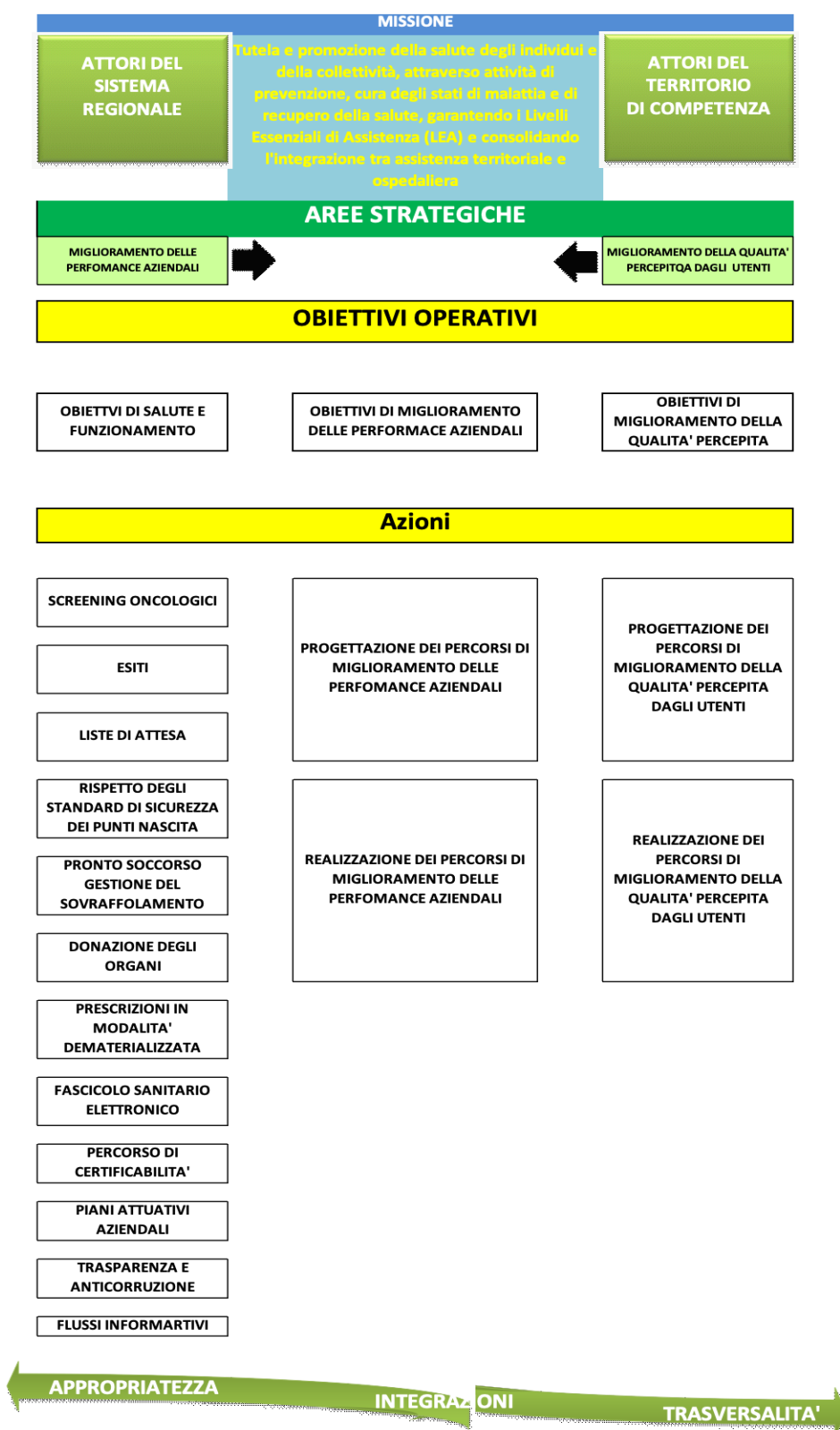
- Indirizzi regionali “Obiettivi Generali della Direzione Generale” contemplati nel contratto del Direttore;
- Indirizzi regionali “Obiettivi di Salute e Funzionamento per gli anni 2019-2020 delle aziende siciliane”;
- Decreto n. 70 del Ministero della Salute del 2 aprile 2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”;
- Indicazioni finanziarie nazionali e regionali (ad esempio, Legge di Stabilità 2017 di cui alla Legge 11 dicembre 2016);
- Piano nazionale Esiti;
- Piani e indirizzi di settore (ad esempio, Liste di Attesa, Prevenzione, trasparenza e Anticorruzione, Sicurezza e rischio clinico ecc.);
- La Legge n.5 del 2009 “Riordino del SSR Regione Siciliana”;
- D.A.N.22/2019 della Regione Siciliana in riordino della rete ospedaliera-territoriale della Regione Siciliana”.

Il Piano, pur tenendo conto delle disposizioni in materia di contenimento e gestione dell’Emergenza COVID 19, che hanno impattato sulla struttura organizzativa e gestionale dell’Azienda, non utilizzerà tali disposizioni nel processo di valutazione del singolo Dirigente Apicale, poiché questa Direzione ritiene che le citate disposizioni, di seguito elencate, siano riconducibili ad obiettivi generali ai quali le UU.OO. coinvolte hanno partecipato in maniera encomiabile, proattiva e inscindibile, in una logica di team.

- “Trasmissione elenco unico giornaliero”. Ordinanza Contingibile e urgente n. 25 del 13 giugno 2020 art. 7 lettera c); Ordinanza Contingibile e urgente n. 42 del 15 ottobre 2020 art. 4 comma 1 lettera c); Ordinanza n. 48 del 19 ottobre 2020 art. 4 comma 1 lettera c); Ordinanza n. 51 del 24 ottobre 2020 art. 11 comma 1 lettera c);
- “Sorveglianza I.S.S.”. Ordinanza n. 25 art. 8, ordinanza n. 42 art. 5, ordinanza n. 48 art. 4, ordinanza n. 51 art. 12;

- Attivazione USCA di Pronto Intervento. Ordinanza n. 44 del 16 ottobre 2021 art. 3;
- Campagna di screening sanitario mediante effettuazione del tampone rapido. Ordinanza n. 48 del 19 ottobre 2020, art. 7;
- Progetti di tracciamento. Ordinanza n. 51 del 24 ottobre 2020, art. 15;
- Strutture alberghiere Covid. Ordinanza n. 10 del 23/03/2020 art. 1
- Protocollo controllo soggetti provenienti dai Paesi esteri. Ordinanza n. 36 del 27/09/2020 art. 2 c.3;
- Riorganizzazione terapie intensive e sub-intensive. D.A. n. 550 del 19/06/2020 "Riorganizzazione delle terapie intensive e sub-intensive ai sensi dell'art. 2 del D.L. 19 maggio 2020 n.34", art.3;
- Raccolta centralizzata ed informatizzata dei dati relativi ai tamponi. Direttiva n. 40933 del 16/11/2020 "Trasmissione Direttiva regionale per la raccolta centralizzata ed informatizzata dei dati relativi ai tamponi molecolari rinofaringei per SARS-COV-2" (Paragrafo 4. Azioni da parte delle aziende sanitarie pubbliche);
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 553 del 27 novembre 2020. Predisporre di intesa con la Prefettura – U.T.G. e con l'ufficio scolastico territorialmente competente, un protocollo unitario di gestione di gestione dei cluster nelle scuole;
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 553 del 27 novembre 2020. Coinvolgere, coerentemente con le finalità dell'accordo integrativo regionale di Medicina Generale, sottoscritto il 12 novembre 2020, i medici di famiglia, ciascuno relativamente ai propri assistiti, i quali saranno forniti di tamponi rapidi, test sierologici e di dispositivi di protezione individuale, per l'attività di screening tesa alla ricerca della positività.

L'albero della performance



2.b.3.3 Il Ciclo di gestione della performance organizzative e performance individuale

Il ciclo di gestione della performance chiarisce che le funzioni di programmazione, misurazione, valutazione, controllo e trasparenza delle performance vanno svolte in maniera integrata e sistemica, anche se vedono il coinvolgimento, con responsabilità diversificate, di soggetti diversi.

Le attività di misurazione e valutazione della performance costituiscono una fase del ciclo generale di gestione della performance che, con riferimento ad un periodo pluriennale, è così articolato:

- la direzione aziendale, in coerenza con i vincoli di bilancio, programma e definisce triennialmente, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, gli indirizzi strategici (aree strategiche) e identifica gli obiettivi operativi;
- la direzione aziendale, annualmente, sulla base delle proposte di progetto formulate dai Direttori di struttura, all'inizio del relativo periodo di bilancio, con la collaborazione del servizio controllo di gestione, negozia, con gli stessi, come conseguire gli obiettivi operativi attraverso precisi progetti, i valori attesi di risultato, i rispettivi indicatori e le risorse (umane, tecniche e finanziarie);
- I progetti dovranno contenere risultati attesi con specifiche caratteristiche: rilevanti, pertinenti, specifici, chiari e misurabili rispetto ai bisogni della collettività ed alla missione istituzionale. Essi devono essere tali da determinare un miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi, riferibili ad un arco di tempo corrispondente ad un anno o più, commisurabili a valori di riferimento standard definiti a livello nazionale ed internazionale nonché agli obiettivi di omologhe amministrazioni, confrontabili con le tendenze della produttività aziendale, correlati alla quantità ed alla qualità delle risorse a disposizione;
- la direzione aziendale negozia con i direttori di struttura complessa supportati dal servizio controllo di gestione il necessario collegamento tra obiettivi e allocazione delle risorse;
- la direzione aziendale, con la collaborazione del servizio controllo di gestione, monitora, in funzione degli obiettivi determinati, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, i risultati parziali in corso di esercizio, provvedendo agli eventuali interventi correttivi in corso d'opera;
- in prima istanza, annualmente, alla fine del relativo periodo di bilancio, i dirigenti di struttura sovra ordinata, ed in seconda istanza, alle scadenze previste, i collegi tecnici e l'organismo indipendente di valutazione della performance, provvedono alla misurazione ed alla valutazione dei risultati individuali raggiunti;
- annualmente l'organismo indipendente di valutazione della performance misura e valuta i risultati raggiunti dalle unità organizzative;
- secondo i sistemi di merito preordinati, annualmente la struttura complessa risorse umane applica il sistema premiante e gli aggiornamenti contrattuali a tutto il personale.

2.b.4 Gli obiettivi operativi

Come già scritto al paragrafo 4.1 di pagina 58 le due aree strategica sono declinate in obiettivi Operativi e Azioni, Indicatori e Valori attesi per il triennio 2022-2024, come segue:

- Obiettivi di Salute e Funzionamento, ai quali è attribuito un peso complessivo del 40 punti su 100 disponibili (40%)
- Obiettivi di miglioramento della Performance Aziendale ai quali è attribuito un peso complessivo del 40 punti su 100 disponibili (40%)
- Obiettivi di miglioramento della qualità percepita ai quali è attribuito un peso complessivo del 20 punti su 100 disponibili (20%)

Nei paragrafi successivi per ogni obiettivo operativo si descrivono le modalità di misurazione del grado di raggiungimento dei valori attesi e le relative modalità di valutazione.

2.b.4.1 Obiettivo operativo “salute e funzionamento”

Gli obiettivi di cui trattasi si riferiscono a quelli previsti nel documento formulato da AGENAS denominato “Obiettivi di salute e funzionamento – 2019-2020” laddove compatibili con l'operatività della struttura.

Nel momento in cui è redatto il presente documento, la Regione – Assessorato della Salute, non ha ancora assegnato gli obiettivi strategici, pertanto la Direzione aziendale ha scelto di proseguire con gli obiettivi

generali già individuati nel Piano della Performance 2020 – 2022, laddove possibile riservandosi di aggiornare detti obiettivi ed eventuali nuovi indirizzi forniti dall'Assessorato della Salute.

Ad alcune unità operative, inoltre, sarà proposta, come già descritto nel paragrafo 4.1 di pagina 58 l'introduzione di un nuovo obiettivo che riguarderà la misurazione del risultato finale in termini di outcome derivante dai progetti di miglioramento che sin intendono proporre per il 2022 o da precise azioni di miglioramento.

In termini più specifici dal punto di vista metodologico sarà:

- misurato il posizionamento di ciascuna unità operativa con altre unità appartenenti ai DEA di I livello regionali. Le variabili prese in considerazione in prima istanza saranno i principali indicatori di attività, complessità e appropriatezza commisurati al Budget di risorse disponibili;
- verificata la possibilità di un miglioramento del posizionamento rilevato al 31 dicembre 2021;
- concordato un percorso di miglioramento del posizionamento da realizzare dal 2022 in poi.

Il Servizio Programmazione e Controllo di Gestione – SIAS procede ad elaborare una scheda riepilogativa degli obiettivi di competenza che sarà negoziata con il Dirigente titolare della struttura.

La scheda obiettivo consuntivo riporterà il grado di raggiungimento complessivo degli obiettivi di salute e funzionamento, rinviando alla documentazione a supporto e conservata presso gli archivi del Servizio programmazione e controllo di gestione - SIAS.

Il peso di ciascuna fase e/o azione in una prima istanza è ripartito in maniera equivalente.

Il Dirigente potrà comunque negoziare una ripartizione diversa dei pesi.

2.b.4.2 Obiettivo operativo “miglioramento della performance”

Gli obiettivi operativi di “miglioramento della performance”, come già scritto, vengono definiti attraverso un processo bottom-up, in cui i Direttori di struttura complessa e/o semplice dipartimentale e/o altre strutture strategiche (livello apicale) propongono alla Direzione Strategica, con il supporto del Servizio Programmazione e Controllo di Gestione, come conseguire gli obiettivi operativi sopra definiti nell'ambito della cornice strategica anch'essa definita, in coerenza con la missione aziendale.

In termini più specifici i Direttori propongono uno o più progetti di miglioramento delle performance delle proprie strutture.

I progetti come già effettuato per l'anno 2021 saranno raggruppati in ambiti di intervento come segue:

- migliore efficacia e appropriatezza dell'intervento sanitario
- potenziamento dell'integrazione ospedale territorio
- miglioramento dei processi amministrativi
- riduzione mobilità passiva e incremento mobilità attiva
- migliorare efficienza dell'organizzazione
- miglioramento della qualità
- potenziamento dell'integrazione socio sanitaria.

Presentazione Progetti

I progetti saranno redatti su apposito format denominato “Miglioramento delle Performance Aziendali - Progetto” già condiviso con i Dirigenti apicali (*Allegato A*).

Il format contiene le seguenti informazioni:

- Anagrafica
- Analisi del contesto
- Obiettivi del Progetto
- Fasi, azioni e indicatori
- Risorse Umane:
 - Risorse umane della UOC/UOSD coinvolte direttamente nel progetto
 - Risorse umane di altre UOC/ UOSD coinvolte nel progetto
 - Risorse umane da acquisire
- Risorse Strumentali
- Altre risorse
- Costi delle risorse
- Cronoprogramma

- Priorizzazione

Valutazione dei progetti

La valutazione della realizzazione di ciascun progetto sarà effettuata sulla base del grado di raggiungimento dei risultati attesi per singola fase e/o Azione secondo il cronoprogramma (*gantt*) condiviso.

Il grado di raggiungimento dei risultati è misurato da specifici indicatori per ciascuno fase e/o azione in cui è declinata la realizzazione degli obiettivi operativi di ciascun progetto.

La misurazione degli indicatori è realizzata mediante la compilazione di un apposito format denominato “Miglioramento delle Performance Aziendali - Relazione” già condiviso con i Dirigenti apicali (*Allegato B*).

La scheda obiettivo a consuntivo riporterà il grado di raggiungimento complessivo del progetto, nel citato format denominato “Miglioramento delle Performance Aziendali - Relazione” potrà desumersi il calcolo del grado di raggiungimento dei risultati attesi singoli per singola fase e/o azione.

Il peso di ciascuna fase e/o azione in una prima istanza è ripartito in maniera equivalente.

Il Dirigente potrà comunque negoziare una ripartizione diversa dei pesi.

2.b.4.3 Obiettivo operativo “miglioramento della qualità percepita dagli utenti”

Nella consapevolezza che la qualità percepita è frutto, altresì, della capacità dell'Azienda di promuovere percorsi di comunicazione efficaci, ci si è dotati di un nuovo strumento per agevolare i Direttori di struttura nel raggiungimento del predetto obiettivo. In termini più specifici è stata sviluppata una piattaforma informatica che sulla base del know how sviluppato con il sistema PAC certifi chi e misura l'efficacia dei processi comunicativi.

Il nuovo sistema informativo permetterà di evolvere l'attuale metodo di valutazione della qualità percepita degli utenti. Infatti, sarà migliorata la rilevazione della soddisfazione delle aspettative e dei bisogni dei pazienti al fine di pianificare politiche e valutare servizi offerti e favorire il coinvolgimento reale dei cittadini.

Per quanto riguarda l'anno 2022 i Dirigenti apicali destinatari del predetto obiettivo dovranno, anche attraverso l'utilizzo della piattaforma a tal fine realizzata, realizzare le seguenti azioni:

- Identificare gli utenti interni e/o esterni target;
- Identificare le azioni da porre in essere;
- Potranno proporre eventuali nuovi progetti utili ad apportare miglioramenti della qualità percepita. I progetti saranno redatti su apposito format denominato “Miglioramento della qualità percepita - Progetto” già condiviso con i Dirigenti apicali. Il format conterrà le seguenti informazioni:
 - Anagrafica
 - Analisi del contesto
 - Obiettivi del Progetto
 - Fasi, azioni e indicatori
 - Risorse Umane
 - Risorse umane della UOC/UOSD coinvolte direttamente nel progetto
 - Risorse umane di altre UOC/ UOSD coinvolte nel progetto
 - Risorse umane da acquisire
 - Risorse Strumentali
 - Altre risorse
 - Costi delle risorse
 - Cronoprogramma
 - Priorizzazione
- La valutazione della realizzazione di ciascun progetto sarà effettuata sulla base del grado di raggiungimento dei risultati attesi per singola fase e/o Azione secondo il cronoprogramma (*gantt*) condiviso.
- Il grado di raggiungimento dei risultati è misurato da specifici indicatori per ciascuno fase e/o azione in cui è declinata la realizzazione degli obiettivi operativi di ciascun progetto.
- La misurazione degli indicatori è realizzata mediante la compilazione di un apposito format denominato “Miglioramento della qualità percepita - Relazione” già condiviso con i Dirigenti apicali.

- La scheda obiettivo consuntivo riporterà il grado di raggiungimento complessivo del progetto, rinviando al format citato denominato “Miglioramento della qualità percepita - Relazione” la sua determinazione per singola fase e/o azione.

Il peso di ciascuna azione in una prima istanza è ripartito in maniera equivalente.

Il Dirigente potrà comunque negoziare una ripartizione diversa dei pesi.

2.b.5 La valutazione della performance organizzativa e della performance individuale 2022

Il nuovo di sistema di valutazione fin qui esposto consentirà di valutare sia la performance organizzativa sia la performance individuale.

Principi fondanti del sistema di valutazione: l'intero percorso di valutazione sarà uniformato ai seguenti principi cardine già condivisi con i Dirigenti Apicali.

Affinché il processo di valutazione sia efficace e conduca effettivamente ad un miglioramento delle performance, valutatori e valutati dovranno revisionare lo stato della propria performance in modo regolare, indicando se il livello di raggiungimento degli obiettivi sia in linea o meno rispetto al target di risultato atteso, e le eventuali motivazioni del disallineamento.

Il sistema di valutazione faciliterà il rilascio di feedback continuativo ma anche formalizzato e ripercorribile tra valutato e valutatore con riferimento alle attività svolte.

La valutazione conclusiva sarà sempre preceduta dall'autovalutazione sulla performance individuale da parte del soggetto valutato.

La valutazione deve prevedere una parte formale e un colloquio interpersonale, nel corso del quale valutato e valutatore dovranno discutere le diverse dimensioni oggetto di valutazione; al termine del colloquio, sulla base degli esiti della valutazione, il valutatore dovrà definire e condividere con il valutato punto di forza e le aree di miglioramento identificate, che si devono tradurre in obiettivi individuali per l'anno successivo.

La valutazione della performance organizzativa: è effettuata con riferimento all'amministrazione dell'azienda nel suo complesso (performance di azienda) ed alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola l'azienda (performance di struttura). La performance viene valutata in riferimento agli obiettivi quali-quantitativi derivanti dalla programmazione e dalla contrattazione ed ai risultati raggiunti.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa concerne:

- l'attuazione delle politiche attivate sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- l'attuazione di piani e programmi;
- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi;
- la modernizzazione ed il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali;
- lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti ed i destinatari dei servizi;
- l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

La valutazione della performance individuale concerne: la performance del singolo dirigente, del personale responsabile di una unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità e del personale del comparto, determinata sulla base degli obiettivi quali-quantitativi assegnati dal dirigente sovra ordinato, derivanti dalla programmazione e dalla contrattazione.

Nell'anno in corso sarà sperimentato un nuovo modello basato su meccanismi operativi di autovalutazione.

La misurazione e la valutazione della performance individuale dei dirigenti e del personale responsabile di una unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità è collegata:

- agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- al raggiungimento di specifici obiettivi individuali;

- alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate;
- alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi.

La misurazione e la valutazione svolte dai dirigenti sovra ordinati sulla performance individuale del personale del comparto sono collegate:

- al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

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

La direzione aziendale, sulla base degli obiettivi ad essa assegnati dagli organismi regionali e della relativa pianificazione, procede alla definizione degli obiettivi operativi annuali alle macrostrutture aziendali (Dipartimento/Coordinamento/Strutture Complesse) con un processo bottom up, come descritto nei paragrafi precedenti.

I responsabili delle macrostrutture, coadiuvati dai dirigenti delle strutture coordinate si impegnano a:

- coinvolgere tutto il personale (dirigenti e comparto non dirigenziale) a progettare i percorsi di miglioramento delle performance della unità operativa e di miglioramento/consolidamento della qualità percepita dagli utenti
- comunicare a tutto il personale gli obiettivi negoziati con la direzione aziendale;
- comunicare le modalità previste per il raggiungimento degli stessi;
- informare tutti i dipendenti sui criteri e le modalità di valutazione delle performance individuali;
- effettuare i colloqui di assegnazione/condivisione degli obiettivi, individuali o di gruppo.

Nel corso dell'anno il valutatore effettua le attività per verificare l'andamento della performance attivando gli eventuali interventi correttivi. Il valutatore effettua la valutazione a conclusione del periodo di riferimento, formulando i giudizi conclusivi e attribuendo i relativi punteggi, e motivando per iscritto, negli appositi spazi o attraverso documentazione allegata alla scheda, eventuali giudizi al di sotto del livello di adeguatezza.

In caso di non condivisione della valutazione ricevuta, il valutato può formulare eventuali osservazioni all'atto della sottoscrizione per presa visione della scheda.

Dal punto di vista procedurale il responsabile della macrostruttura predispone e trasmette gli elenchi del proprio personale valutato, unitamente alle schede di valutazione, all'ufficio competente della U.O.C. Risorse Umane per valutazione che provvede a trasmettere gli elenchi dei valutati e le schede di competenza alla Struttura Tecnica Permanente, che opera a supporto dell'OIV, anche per la compilazione delle graduatorie di merito.

Le graduatorie definite dall'O.I.V. sono trasmesse all'U.O. Trattamento Economico per il pagamento delle spettanze ai dipendenti nel rispetto del Sistema incentivante. La Struttura Tecnica Permanente cura la pubblicazione sul sito internet istituzionale aziendale dell'esito dell'analisi dei dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti del comparto

2.b.6 Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance

2.b.6.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

Il Sistema di misura e valutazione delle performance rappresenta lo strumento che condiziona la capacità dell'Azienda di programmare e render conto della propria azione; esso prende le mosse con l'effettiva messa in atto delle procedure annuali di misura e valutazione dei risultati (organizzativi ed individuali) e si svolge secondo uno schema logico-temporale, il c.d. **ciclo di gestione delle performance**, che prevede le seguenti fasi:

1. individuazione delle aree di intervento e degli obiettivi strategici da parte della Direzione aziendale, in attuazione della propria *vision*, quindi anche in recepimento delle linee programmatiche dettate a livello regionale (*mission*);
2. attivazione del processo annuale di budgeting, con la definizione negoziata degli obiettivi specifici - necessariamente sfidanti - che ogni Centro di Responsabilità (CdR) strutturato s'impegna a raggiungere, in un processo bottom-up di condivisione dei rispettivi indicatori (coi corrispondenti valori attesi e minimi di risultato), compresa l'allocazione delle risorse disponibili in funzione delle azioni da mettere in campo da parte del responsabile del singolo CdR; a tale livello è assicurato il doveroso coinvolgimento di tutti collaboratori (dirigenti e non dirigenti) e la valorizzazione dei rispettivi "talenti" inoltre gli obiettivi relativi alla qualità percepita degli utenti verranno condivisi con il comitato consultivo aziendale;
3. monitoraggio ed eventuale rimodulazione dei contenuti della programmazione strategica e/o operativa (Controllo di Gestione e Struttura Tecnica Permanente);
4. misurazione dei risultati e valutazione delle performance organizzative conseguite nell'esercizio e del correlato grado di perseguimento delle strategie direzionali (O.I.V.);
5. rendicontazione dei risultati alla Direzione generale in una logica di massima trasparenza nei riguardi delle Istituzioni, nonché dei competenti Organi esterni (es. Comitato Consultivo Aziendale), soprattutto dei Cittadini, degli Utenti e degli altri destinatari dei servizi.



L'anno 2022 costituisce il secondo esercizio nel quale si concretizza un percorso di rinnovamento della metodologia di valutazione già avviata in via sperimentale nell'anno 2019.

Le innovazioni metodologiche di cui trattasi già ampiamente descritte nei paragrafi precedenti coincidono con un momento storico di particolare importanza per l'Azienda ASP di Ragusa, nel quale si ridisegna l'intera organizzazione.

In termini più specifici con il nuovo Atto Aziendale, in corso di perfezionamento in sede regionale, sono state ridefinite le macrostrutture e le strutture complesse, e alcune strutture semplici, le competenze di ciascuna struttura, e le funzioni delegabili a ciascun Dirigente responsabile.

Per il miglioramento del *Ciclo della gestione della performance* diventa rilevante la definizione di un nuovo Regolamento di Organizzazione e valutazione, nonché delle deleghe di funzioni, coerente con i nuovi orientamenti e con la nuova organizzazione.

Inoltre, si rende necessaria la tempestiva attivazione delle fasi di seguito indicate, discendendo da ciò una completa messa a regime del nuovo "Sistema".

Tabella 21 Fasi, soggetti e tempi di processo di redazione del Piano

Fase	Attività	Soggetti coinvolti
Fase 1	Definizione e assegnazione obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, previa negoziazione anche delle risorse umane, tecniche e finanziarie	- Direzione strategica aziendale - Programmazione e controllo di gestione - Risorse Umane - Settore Economico Finanziario
Fase 2	Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse	- Programmazione e controllo di gestione
Fase 3	1) Monitoraggio in corso di esercizio 2) Attivazione di eventuali interventi correttivi	1) Programmazione e controllo di gestione 2) Direzione strategica aziendale
Fase 4	Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	- Il dirigente di struttura immediatamente sovraordinata in prima istanza; - L' O.I.V. in seconda istanza
Fase 5	Misurazione e valutazione annuale delle unità organizzative	- L'O.I.V. per la misurazione e valutazione della performance con riferimento alle strutture (dipartimenti/coordinamenti/strutture complesse) secondo modalità conformi alle direttive impartite dalla commissione di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n.150/09
Fase 6	Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito	- Risorse Umane
Fase 7	Rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi	- Risorse Umane - Comunicazione - istituzionale - sito web - Struttura tecnica permanente

2.b.6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Secondo quanto previsto dall' art. 5, comma 1, e dall'art. 10, comma 1, lett. a), del D.Lgs 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano delle *performance* deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione. L'integrazione e il collegamento tra la pianificazione della *performance* e il processo di programmazione e di bilancio viene realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione finanziaria e di pianificazione delle performance;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dal Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale al Servizio Controllo di gestione, agli Uffici ordinatori e alle singole Strutture aziendali sanitarie e non sanitarie;

- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

L'elaborazione del bilancio di previsione deve avvenire nel terzo trimestre dell'anno precedente a quello di riferimento, in modo da poter essere adottato entro il dicembre.

Il fine è quello di creare un valido strumento che costituisca la base per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici alle varie strutture aziendali.

Al fine di procedere ad una programmazione delle performance in forma assolutamente responsabilizzata rispetto alle risorse disponibili e/o programmabili, il sistema adottato dall'ASP prevede un costante monitoraggio circa la coerenza dei programmi aziendali rispetto al contenuto dei documenti di programmazione economica e finanziaria.

A tal proposito, in relazione a ciascuno obiettivo rientrante nella Programmazione strategica ed operativa, l'Azienda definisce e monitora anche l'impatto economico, in termini di costi e ricavi d'esercizio, dallo stesso derivanti, a garanzia sia della fattibilità dei suddetti programmi, che della convergenza verso i propri obiettivi di bilancio.

2.b.6.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della performance

La gestione del Ciclo di gestione delle performance prevede un continuo monitoraggio di tutti gli ambiti e fasi che lo compongono, a tal proposito l'OIV, con il supporto della STP, oltre ad accertare la corretta applicazione dei relativi sottosistemi, ove ne ravveda l'opportunità, sottopone all'attenzione della Direzione aziendale la necessità di procedere ad interventi correttivi o migliorativi, riferendosi in particolare ai seguenti elementi:

- tempistica delle diverse procedure di programmazione e controllo;
- oggettività, trasparenza ed equità dei contenuti di programmazione;
- tipologia degli strumenti di programmazione, con particolare riferimento alle schede di budget;
- qualità e tempestività dei flussi informativi aziendali e della connessa reportistica;
- cultura diffusa in ambito aziendale circa la corretta gestione della performance in termini efficaci, efficienti ed innovativi;
- funzioni svolte dai diversi soggetti coinvolti nella gestione delle performance.

Il piano delle performance verrà sistematicamente aggiornato, anche in funzione degli obiettivi di miglioramento che la Regione potrebbe assegnare, e verranno individuati, in un'ottica di miglioramento continuo, i correttivi necessari.

Il ciclo di gestione della performance chiarisce che le funzioni di programmazione, misurazione, valutazione, controllo e trasparenza delle performance vanno svolte in maniera integrata e sistemica, anche se vedono il coinvolgimento, con responsabilità diversificate, di soggetti diversi.

Per la corretta attuazione del ciclo di gestione della performance è necessario che ciascun attore interpreti ed eserciti correttamente il proprio ruolo e le proprie responsabilità.

Le aree strategiche verranno sviluppate considerando i diversi cluster di pazienti, i regimi di attività nonché le principali "linee di produzione" aziendali.

Tale piano verrà inoltre integrato con il piano della trasparenza, della qualità e rischio clinico, al fine di individuare le aree chiave di misurazione del rapporto con i cittadini e fornire trasparenza come massima leggibilità di tali informazioni da parte dei vari stakeholder.

Inoltre, affinché la procedura del ciclo della performance possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione si intende potenziare i servizi amministrativi di supporto agli organismi di valutazione e verifica, affinché venga garantito il collegamento tra ciclo di gestione della performance e programmazione.

I principali ambiti di miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance riguarderanno inoltre:

- L'evoluzione del sistema di controllo di gestione
- L'adozione del performance management

Nei paragrafi successivi si approfondiscono gli obiettivi da perseguire nel corso di vigenza del presente Piano.

2.b.6.3.1 L'evoluzione del sistema di controllo di gestione

L'azienda ha avviato un percorso volto allo sviluppo dei sistemi informativi sanitari e dei sistemi di supporto ai processi decisionali, per il tramite del quale ha stimolato la nascita dell'interesse per la valutazione dell'efficacia reale dell'attività sanitaria, lo sviluppo e la standardizzazione di linee guida e percorsi terapeutici, la pratica della medicina a distanza quale strumento per migliorare l'esperienza dei pazienti nel sistema sanitario e l'integrazione multidisciplinare tra i clinici.

L'obiettivo generale dell'Azienda è innanzitutto impattare sull'organizzazione aziendale, in maniera che si raggiunga una condizione in cui tutti gli operatori aziendali siano consapevolmente coinvolti, ciascuno per le rispettive competenze e responsabilità organizzative e/o gestionali.

Con tale Visione è necessario evolvere il sistema di controllo di gestione rendendolo idoneo al supporto delle decisioni in un contesto mutabile.

L'Azienda, pertanto, intende consolidare e rafforzare i risultati raggiunti con gli interventi operativi organizzativi e tecnologici realizzati al fine di rendere maggiormente efficiente ed appropriata l'offerta sanitaria ai cittadini. Gli interventi sono orientati:

- alla piena integrazione dei nodi della rete sociosanitaria territoriale costituiti dai distretti sociosanitari dai presidi ospedalieri, dai poliambulatori territoriali, dalle farmacie, dagli studi dei medici e dalle forme associative della medicina generale e dai pediatri di libera scelta;
- all'utilizzo di dati e grandezze sanitarie gestionali certe e tempestive a supporto delle decisioni strategiche e delle azioni di governo.

In tale direzione, l'azienda intende proseguire nelle attività di:

- Assessment, disegno organizzativo e di processo focalizzato all'analisi di dettaglio delle attuali modalità di conduzione delle attività che impattano nel processo di controllo di gestione, dalla programmazione al reporting; per completare le azioni finalizzate a definire i processi organizzativi e le relative procedure operative;
- Assessment, disegno informativo e realizzazione/adeguamento dei sistemi informativi, ovvero verifica ed analisi quali-quantitativa delle informazioni presenti e prodotte nei sottosistemi gestionali- e sanitari aziendali finalizzata all'individuazione delle azioni di miglioramento in termini di completezza, tempestività e correttezza delle stesse.

2.b.6.3.2 Performance management

Nel 2021 è stata conclusa la fase preliminare del nuovo sistema di valutazione basato sul "Performance management". In particolare è stato realizzato un sistema in grado di misurare il contributo di ciascun dipendente al miglioramento della performance organizzativa (vedasi a tal proposito il citato paragrafo n. 4.4.2 "Obiettivo operativo "miglioramento della performance" di pag. 64.

Nel corso del 2022 sarà avviata la fase finale del progetto finalizzata ad allineare i comportamenti individuali alla strategia aziendale, favorire il commitment dei lavoratori e Contribuire alla diffusione di una cultura basata sul miglioramento continuo.

I risultati da conseguire saranno:

- Formalizzare e condividere gli obiettivi del sistema di controllo di gestione, in funzione delle specificità delle aree assistenziali e delle figure professionali coinvolte, definendo le dimensioni rilevanti del risultato e i driver che spiegano i risultati da conseguire
- definire il sistema di misurazione e valutazione della performance, introducendo strumenti organizzativi/informatici per il monitoraggio e la valutazione del personale fino alla rendicontazione dei risultati secondo le regole previste per la trasparenza
- supportare l'avvio del Ciclo della Performance e consolidare le scelte effettuate del modello di Performance Management, guidando la messa a regime del sistema, con i moduli di valutazione del personale e dell'organizzazione e integrazione con i principali processi aziendali, introduzione di servizi correlati in ottica di ottimizzazione ed integrazione di tutti i processi.

2.b.7 Analisi SWOT: minacce e opportunità - punti di forza e punti di debolezza

La gestione del Ciclo di gestione delle performance prevede un continuo monitoraggio di tutti gli ambiti e fasi che lo compongono. L'OIV, con il supporto della STP, oltre ad accertare la corretta applicazione dei relativi sottosistemi, ove ne ravveda l'opportunità, sottopone all'attenzione della Direzione aziendale la necessità di procedere ad interventi correttivi o migliorativi. Tenendo conto del D.A. n. 1821/2011 del 26/9/2011, il sistema premiante 2022 è collegato alla performance organizzativa e individuale, con riferimento alle UU.OO. o aree di responsabilità in cui si articola l'Azienda.

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

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

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

Tabella 22 Analisi SWOT

OPPORTUNITA'	MINACCE
Emergenza COVID-19: Reingegnerizzazione processi clinico-assistenziali e dei PDTA; Maggiore Integrazione tra PP.OO. e Territorio; Sviluppo Integrazione Socio-Sanitaria e potenziamento dell'assistenza domiciliare; Sviluppo della leva tecnologica e digitale e della capacità di adattamento.; sviluppo del lavoro Agile.	Emergenza COVID-19
Completamento della rete post-acuzie	Resistenze degli operatori aziendali alle innovazioni culturali, organizzative e tecnologiche
Quota di mercato prevalentemente ospedaliera	Aumento della popolazione cronica
Mobilità Attiva	Mobilità Passiva
	Tetti di spesa su fattori produttivi
Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)— Risorse finalizzate alla realizzazione delle Missioni dell'ASP e al consolidamento delle iniziative già intraprese fin dal 2019.	Incapacità del Management di realizzare i progetti nei tempi previsti

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

2.c Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza

La legge 6.11.2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella Pubblica Amministrazione”, successivamente modificata anche con il d.lgs. 97/2016 si prefigge la finalità di fronteggiare il fenomeno della corruzione affiancando allo strumento della repressione con le evidenti implicazioni di carattere penale, misure preventive tese ad evitare le condotte corruttive.

Le Pubbliche Amministrazioni hanno l’obbligo di nominare il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza ed approvare il Piano aziendale integrato della Prevenzione Anticorruzione e della Trasparenza.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza aziendale è predisposto, di norma, entro il 31 gennaio 2020 ai sensi dell’art. 1, comma 8, legge n. 190/2012 in conformità al Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019 approvato con delibera ANAC 1064/2019 e, per la Sezione Trasparenza, al D.lgs. n. 33/2013 come modificato dal D. lgs. 97/2016 e alla delibera ANAC n. 831/2016. La scadenza del 31 gennaio 2021 prevista per l’approvazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2021/2023 è stata prorogata al 31 marzo 2021 giusta comunicazione ANAC del 7.12.2020, tenuto conto dell’emergenza sanitaria da Covid-19.

Esso disciplina, in evoluzione rispetto al precedente Piano aziendale, l’insieme degli interventi organizzativi dell’Azienda in funzione dell’attuale contesto normativo ambientale e in esito al monitoraggio delle misure adottate ed alla analisi delle criticità evidenziate.

2.c.1 Contesto normativo

La normativa di riferimento è contenuta nelle seguenti disposizioni legislative

- Legge 6 novembre 2012, n.190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- D.lgs. 8 aprile 2013, n°39: “Disposizione in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’art.1, commi 49 e 50, della legge 190/2012”;
- D.lgs. 14 marzo 2013, n°33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione d’informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- DPR 16 aprile 2013, n°62, “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’art. 54 del D.lgs. 30 marzo 2001, n° 165”;
- Circolare n.1 del 25/1/2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica;
- Linee d’indirizzo del 13 marzo 2013 del “Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- D.Lgs. 8 giugno 2001, n.231 “Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell’art. 11 della legge 29 settembre 2000, n.300”;
- D.P.C.M. del 16 gennaio 2013 “Istituzione del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione”;
- Codice Penale Italiano Titolo II, capo.1 dei delitti contro la pubblica Amministrazione;
- Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- Legge 3 agosto 2009, n. 116 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell’Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dalla Assemblea generale dell’ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, firmata dallo Stato italiano il 9 dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale e al codice di procedura penale”;
- D.lgs. 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”;
- Legge 28 giugno 2012, n. 110 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione penale sulla corruzione”, fatta a Strasburgo il 27 gennaio 1999;
- Schema di DPR recante: “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, come sostituito dall’articolo 44, della legge 6 novembre 2012 n. 190”;

- Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario)”, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135;
- Decreto Legge 18-10-2012 n. 179 “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”. Art. 34-bis. “Autorità nazionale anticorruzione”;
- DL 18 ottobre 2012, n. 179, recante delle ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese;
- Legge 17 dicembre 2012, n. 221 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese;
- D. Lgs. Del 30 giugno 2003, n.196 denominato “Testo unico della privacy”;
- Delibera n°58 del 15 luglio 2013, della Autorità Nazionale Anticorruzione - Commissione Indipendente per la valutazione della trasparenza e della integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT), oggi Autorità Nazionale Anticorruzione per la valutazione e la trasparenza delle pubbliche amministrazioni (ANAC), “Parere sull’interpretazione del D.lgs n°39/2013 nel settore sanitario”;
- Piano Nazionale Anticorruzione, approvato l’11 settembre 2013 dall’Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e trasparenza delle amministrazioni Pubbliche (A.N.A.C.) secondo quanto disposta dal D.P.C.M. 16/1/2013 contenente le linee di indirizzo del Comitato interministeriale per la predisposizione, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, del Piano nazionale anticorruzione di cui alla legge 6 novembre 2012, n.190;
- Regolamento ANAC in materia di esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell’art. 47 d.lgs. n.33/2013
- Delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014;
- Protocollo d’Intesa tra ANAC e AGENAS
- D.Lgs 25 maggio 2016, n.97 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n.190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n.124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con Delibera n.831 del 3 agosto 2016;
- Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 “Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5 co.2 del d.lgs. n.33/2013”;
- Linee Guida per l’adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN approvate con delibera ANAC N. 358 del 29/03/2017;
- Delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 “Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell’A.N.A.C in caso di incarichi inconferibili e incompatibili”;
- Delibera ANAC n. 840 del 10/01/2018 del 02 ottobre 2018 avente ad oggetto: richieste di parere all’ANAC sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della prevenzione della Corruzione e della trasparenza (RPCT);
- Delibera ANAC n.1074 del 21 novembre 2018 “approvazione definitiva dell’aggiornamento 2018 al PNA”;
- Delibera ANAC n.1064 del 13 novembre 2019 “Piano Nazionale Anticorruzione 2019”.
- Delibera ANAC n. 177 del 19 febbraio 2020 “Linee guida in materia di codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche.

2.c.2 Definizione di Corruzione

Per corruzione *“in senso proprio”* si intendono ***“i comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario - inteso in senso ampio fino a ricomprendere anche la persona incaricata di pubblico servizio – che, al fine di curare un interesse particolare di terzi, assuma (o concorra all’adozione di) una decisione pubblica, deviando, in cambio di un vantaggio (economico o meno), dai propri doveri d’ufficio, cioè dalla cura imparziale dell’interesse pubblico affidatogli”***.

Vi rientrano i reati corruttivi previsti dal nostro ordinamento penale, cioè a dire: art.317 concussione, art. 318 corruzione impropria, art. 320 corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio, art.323 abuso di ufficio, art.328 rifiuto o omissione di atti d’ufficio, art.329 corruzione propria, art.319-ter corruzione in atti giudiziari, art.319-quater induzione indebita a dare e promettere utilità, ivi compresi i reati relativi ad atti che si configurano quali “condotte di natura corruttiva” tra cui, secondo la delibera ANAC n. 215 del 2019, quelle indicate dall’art. 7 della legge n. 69 del 2015, che aggiunge quelli di cui agli artt. 319-bis, 321,322, 322-bis, 346-bis, 353, 353-bis del codice penale.

L'ampia nozione di “*prevenzione della corruzione*” della legge 190/2012, oltre a contemplare l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I del Codice Penale sposta l'attenzione anche alle situazioni, condizioni, condotte che, anche sotto forma di cattiva amministrazione, potrebbero creare terreno favorevole alla commissione di fatti corruttivi in senso proprio.

Strumento di contrasto della “cattiva amministrazione” è costituito anche dagli obblighi di pubblicazione cui sono tenute le pubbliche amministrazioni, in applicazione alla disciplina della trasparenza ai sensi del d.lgs. n.33/2013, come modificato dal d.lgs. n.97/2016, il cui ambito è stato correlato a quello della disciplina de in materia di prevenzione della corruzione.

2.c.3 Oggetto e finalità del PTPCT

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza costituisce il documento di natura programmatica attraverso il quale l'Azienda, in attuazione alle disposizioni della L.190/2012, individua il grado di esposizione al rischio corruzione dell'amministrazione attraverso l'analisi del contesto operativo aziendale, sia interno che esterno, la valutazione del differenziato livello di esposizione al rischio corruzione e l'individuazione delle aree maggiormente esposte e indica, quindi, gli interventi organizzati mirati alla prevenzione del rischio (misure di prevenzione) secondo un processo in cui sono chiamati a partecipare tutti i ruoli aziendali.

Esso ha lo scopo di apprestare misure preventive idonee a presidiare il rischio corruzione anche in relazione ad ulteriori aree del contesto organizzativo dell'Ente per le quali l'analisi dei rischi evidenzia potenziali vulnerabilità delle c.d. zone scoperte, ivi comprese le aree di macro attività denominate in seno alla deliberazione dell'ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 quali aree generali di rischio (gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio, controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni, incarichi e nomine.

La predisposizione e l'emanazione del presente Piano non può essere vista, pertanto, come mero adempimento formale da compiersi entro una data scadenza temporale definita e secondo un termine di completamento finale, bensì come un processo organizzativo di carattere dinamico implicante la progettazione, l'attuazione e l'implementazione di un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione dei fenomeni corruttivi che vengono così come affermato dalle Linee di indirizzo del Comitato ministeriale di cui al DPCM 16 gennaio 2013. “via via affinati, modificati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione”, nonché all'attivazione ed implementazione degli applicativi informatici necessari ed idonei al perseguimento degli obiettivi si cui al presente piano.

Finalità precipua del Piano è il miglioramento delle misure di contrasto della corruzione già esistenti mediante un sistema coordinato di collegamento con gli altri sistemi di programmazione e di controllo interno quali Piano della Performance, Gestione Qualità, Risk Management, per integrare organicamente le disposizioni normative e le direttive ANAC anche in materia di trasparenza secondo le previsioni del d. lgs. 33/2013.

2.c.4 Processo di adozione del PTPCT

Soggetti interni - Compiti e responsabilità

Di seguito le figure e i relativi ruoli che costituiscono il sistema per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza:

- La Direzione Aziendale Strategica
- Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza
- Il Responsabile Anagrafe per la Stazione Appaltante – RASA
- La Rete dei Referenti aziendali per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza
- Il Responsabile Settore Informatico
- La U.O.S. Comunicazione, URP, Ufficio Stampa
- La U.O.S. Formazione
- I Dirigenti e i Dipendenti Aziendali
- L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)
- L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)

La Direzione Strategica

La Direzione Strategica, quale organo di indirizzo politico-amministrativo, svolge un ruolo determinante nel sistema complessivo teso a valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione nella fase di formulazione delle strategie aziendali, nella nomina del RCPT e del corretto svolgimento delle sue funzioni attraverso la garanzia della disponibilità di adeguate risorse umane e digitali

adeguate, nella promozione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che riguardino il personale nella sua totalità.

Un maggiore coinvolgimento degli organi di indirizzo delle amministrazioni nella formazione ed attuazione dei Piani è stato previsto dalla delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016.

In particolare alla Direzione aziendale competono le seguenti azioni in ambito di anticorruzione:

- individuare, di norma tra i Dirigenti di ruolo in servizio, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, assicurando che disponga di funzioni e poteri idonei allo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività (art.1, co.7, l.190/2012);
- creazione di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole che sia di reale supporto al RPCT;
- definire gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da inserire obbligatoriamente nel PTPCT;
- adottare il PTPCT su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza entro il 31 gennaio di ogni anno (art. 1, co. 7 e 8, l. 190/2012);
- promuovere la cultura della legalità e dell'etica pubblica;
- sostenere i sistemi di controllo e verifica gestionale e amministrativa;
- assicurare al sistema per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza e integrità adeguate condizioni operative e le risorse necessarie per lo svolgimento dei compiti assegnati.

La Direzione Strategica partecipa attivamente al processo di formazione del PTPCT, oltre che nella fase della individuazione degli obiettivi strategici, anche successivamente con l'approvazione della bozza del Piano ricevuta dal RPTPCT e, quindi, con l'approvazione definitiva con atto formale da adottare entro il 31 gennaio di ogni anno (termine slittato al 30 giugno 2022, giusta Decreto del Consiglio dei Ministri n. 36 del 30 aprile 2022 (pubblicato in G.U. 30 aprile 2022, n. 100) - c.d. PNRR-2 che ha previsto l'inserimento del Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023 nel PIAO (Piano Integrativo....) come confermato da Comunicato ANAC del 2 maggio 2022.

Gli **obiettivi strategici**, cui si ispira il presente Piano per innalzare il livello di effettività del sistema anche attraverso la consapevolezza e la responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti, sono, tra gli altri, i seguenti:

- rafforzamento dell'integrazione tra il sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione e i sistemi di controllo interno;
- incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza tra i dipendenti;
- innalzamento del livello qualitativo e il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata.
- implementazione del sistema di integrazione tra il RPCT e il Servizio Informatico e della Transizione digitale per facilitare l'accesso e la lettura dei dati del sito "Amministrazione Trasparente" attraverso un collegamento delle due funzioni facilitato dalla individuazione di una unità con competenze specifiche informatiche dedicata alla cura e all'aggiornamento dei dati da pubblicare.

La Direzione Strategica è chiamata a rispondere, ai sensi dell'art. 19, co.5, lett. b) d.l. 90/2014 in caso di mancata adozione, come meglio specificato dall'art. 1, lett. g) del Regolamento del 9 settembre 2014 del PTPCT.

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza

La Legge 190/2012 individua con chiarezza i compiti e la responsabilità del RPCT, come aggiornati dal D. Lgs. n.97/2016. I poteri e le funzioni attribuite a tale figura dalla legge 190/2012, sono stati integrati da ulteriori interventi normativi, in particolare: il d.lgs.14 marzo 2013, n. 33, il d.lgs. 8 aprile 2013 n. 39, il D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 (Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165), il d.lgs. 30 marzo 2001, n.165 e ss.mm.ii, il d.lgs. 25 maggio 2016, n. 97 e la legge 179/2017. Sul ruolo e i poteri del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), l'Autorità ha adottato la delibera n. 840 dell'ottobre 2018 con la quale sono state date indicazioni interpretative ed operative con particolare riferimento ai poteri di verifica, controllo e istruttori del RPCT qualora rilevi o siano segnalati casi di presunta corruzione.

La delibera si è resa necessaria per dare risposte unitarie a varie istanze di parere pervenute dagli operatori del settore e dagli stessi RPCT.

In particolare, nel suddetto documento sono state fatte considerazioni generali sui poteri di controllo e verifica del RPCT sul rispetto delle misure di prevenzione della corruzione, mentre si è rinviato alla Delibera 833/2016 per i poteri conferiti al RPCT riguardo l'accertamento delle inconferibilità ed incompatibilità di incarichi e a successivi atti regolatori per i poteri istruttori in caso di segnalazioni di whistleblower.

I poteri di vigilanza e controllo del RPCT sono stati delineati come funzionali al ruolo principale che il legislatore

assegna al suddetto e cioè quello di predisporre adeguati strumenti interni all'amministrazione per contrastare l'insorgenza di fenomeni corruttivi (PTPC).

Si è precisato che tali poteri si inseriscono e vanno coordinati con quelli di altri organi di controllo interno delle amministrazioni ed enti al fine di ottimizzare, senza sovrapposizioni o duplicazioni, l'intero sistema di controlli previsti nelle amministrazioni anche al fine di contenere fenomeni di *maladministration*.

In tale quadro, si è escluso che al RPCT spetti accertare responsabilità e svolgere direttamente controlli di legittimità e di regolarità amministrativa e contabile. Semmai, dalla delibazione dei fatti segnalati, il RPCT può trarre conclusioni in ordine ad opportuni interventi sul PTPC o sulle misure di prevenzione, oppure potrà meglio individuare quale organo/ufficio interno o esterno all'amministrazione sia competente per i necessari accertamenti di responsabilità, facendo riferimento alla fattispecie specifica riscontrata o segnalata e se eventualmente non risulti mappato il processo in cui si inserisce il fatto riscontrato o segnalato ovvero, seppur mappato il processo, le misure manchino o non siano ritenute efficaci.

Sui poteri istruttori, e relativi limiti, del RPCT in caso di segnalazioni di fatti di natura corruttiva si è valutata positivamente la possibilità che il suddetto possa acquisire direttamente atti e documenti o svolgere audizioni di dipendenti nella misura in cui ciò consenta al RPCT di avere una più chiara ricostruzione dei fatti oggetto della segnalazione.

Sono stati affrontati dall'autorità anche temi più specifici sui rapporti fra RPCT di un'amministrazione vigilante e il RPCT di un ente vigilato, ritenendo che ogni RPCT è opportuno svolga le proprie funzioni in autonomia secondo le proprie responsabilità e competenze, ma non precludendo forme di leale collaborazione.

L'Autorità offre indicazioni sui criteri di scelta del RPCT, chiarisce la necessità che al RPCT sia garantita una posizione di indipendenza dall'organo di indirizzo e ribadisce il tema dei poteri di interlocuzione e di controllo del RPCT all'interno della pubblica amministrazione.

Il RPCT è nominato dal Direttore Generale; egli svolge le funzioni in condizioni di autonomia e di garanzia e il relativo incarico, non di natura fiduciaria, non ha durata correlata a quella del contratto del Direttore Generale.

È titolare del potere di predisposizione e di proposta del PTPCT all'organo di indirizzo e partecipa alla riunione dell'organo di indirizzo sia in sede di prima valutazione sia in sede di approvazione del PTPCT, per verificarne contenuti e implicazioni attuative. È responsabile, unitamente al Direttore Generale, della mancata adozione del PTPCT e/o dell'assenza di elementi minimi dello stesso (ANAC art. 19, c.5, lett. b)

Al Responsabile per la prevenzione della corruzione spetta:

- elaborare la proposta di Piano della Prevenzione che deve essere adottato dal Direttore Generale entro il 31 gennaio di ogni anno e deve essere aggiornato annualmente (art. 1, comma 8 L. 190/2012)
- definire procedure appropriate per la selezione e formazione dei dipendenti destinati ad operare, su proposta dei direttori di Unità Operative, nelle aree esposte maggiormente alla corruzione (art. 1, comma 8 L. 190/2012);
- verificare l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità (art. 1, comma 10 lettera a);
- proporre modifiche al Piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art.1, comma 10 lettera a);
- verificare, d'intesa con il Dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli Uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati corruttivi (art.1, comma 10, lettera c L. 190/2012);
- individuare il personale da inserire nei percorsi formativi su temi dell'etica e della legalità (art.1, comma 10 lettera c L.190/2012);
- pubblicare entro il termine prescritto del 15 dicembre di ogni anno o altro termine stabilito con disposizioni ANAC sul sito "Amministrazione Trasparente" aziendale la relazione annuale recante i risultati dell'attività (art.1 comma 14 L. 190/2012), da inviare al Direttore Generale e all'OIV;
- riferire, su richiesta, all'organo di indirizzo politico, ovvero qualora ritenuto necessario;
- nel caso in cui, nello svolgimento della sua attività, riscontri dei fatti che possano presentare una rilevanza disciplinare deve darne tempestiva informazione al Dirigente preposto all'ufficio a cui il dipendente è assegnato o al Dirigente sovraordinato, se trattasi di Dirigente, e all'ufficio procedimenti disciplinari affinché possa essere avviata con tempestività l'azione disciplinare.
- assicurare i compiti previsti dal d. lgs. n.39/2013 in ordine alla vigilanza sul rispetto delle norme in materia di incompatibilità e inconfiribilità;
- assicurare il rispetto delle disposizioni previste dal d. lgs n.62/2013 e dal Codice di Comportamento aziendale;

- segnalare al Direttore Generale e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- ove riscontri dei fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa, presentare tempestiva denuncia alla competente procura della Corte dei Conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale (art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, L. n. 20 del 1994);
- ove riscontri dei fatti che rappresentano notizia di reato, presentare denuncia alla procura della repubblica o ad un ufficiale di polizia giudiziaria con le modalità previste dalla legge (art.331 c.p.p.) e deve darne tempestiva informazione all'ANAC;
- segnalare gli illeciti ai sensi di quanto previsto dalla disciplina sul whistleblowing, previsti nell'art.54-bis del d. lgs 165/2001.

Ai sensi di quanto previsto dalla Legge 190/2012, in caso di commissione, all'interno della amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il RPCT risponde ai sensi dell'art. 21 del D.lgs 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine dell'Azienda, salvo che provi le seguenti circostanze:

- di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui al comma 5 dell'art. 1 della L. 190/2012 e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 dell'art. 1 della L. 190/2012;
- di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

Ai sensi dell'art. 1 comma 14 della L. 190/2012, in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal piano, il RPCT risponde ai sensi dell'art. 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e succ. modifiche nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del piano.

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, in quanto responsabile anche della Trasparenza, svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza, l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'OIV e all'ANAC e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Il RPCT controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal d. lgs. 33/2013.

Detti compiti non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità, riconducibili a situazioni eccezionali, mantenendosi comunque ferma nel delegante la responsabilità non solo in vigilando ma anche in elidendo.

Con particolare riferimento all'ASP di Ragusa, quale RPCT, individuato ai sensi dell'art. 1 comma 7 della L. 190/2012 in conformità alla Circolare della Funzione Pubblica n. 1 del 2013 e alla delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 riguardante il PNA 2019, è stato nominato con delibera n. 435 del 18 febbraio 2022 il dott. Giacomo Lauricella, Dirigente Amministrativo a tempo indeterminato.

Il Supporto del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Ai sensi dell'art. 41 del d. lgs. n.97/2016 modificando la L. 190/2012, l'organo di indirizzo dispone "eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei" al RPCT e il PNA 2019 prevede la costituzione di un apposito ufficio dedicato allo svolgimento delle funzioni poste in carico al RPCT in considerazione della complessità degli adempimenti di riferimento nell'ottica di una integrazione di differenti competenze multidisciplinari.

L'Atto aziendale dell'Asp di Ragusa che richiama il disposto del PNA 2019 precisa che *la funzione dell'Ufficio del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (R.P.C.T.) è aggiuntiva rispetto alla funzione e al ruolo del dirigente già ricoperti all'interno dell'organizzazione aziendale. Il R.P.C.T., è una figura di garanzia per l'Azienda e deve essere supportato da personale adeguatamente formato.* La Asp di Ragusa, nel riconoscere la rilevanza del ruolo all'interno del contesto organizzativo aziendale si propone di dotare l'ufficio di qualificato personale amministrativo e/o informatico per consentire di svolgere al meglio gli onerosi e vari adempimenti sia della prevenzione della corruzione che della trasparenza che gravano su un unico soggetto.

I Referenti aziendali per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

La complessità dell'organizzazione aziendale ha di fatto reso necessario l'affiancamento al Responsabile della prevenzione della corruzione di una rete di Referenti, precedentemente individuati con deliberazione n. 1735 del 14 luglio 2016 e poi con delibera n. 257 del 4 febbraio 2021 ha individuato i referenti del rischio corruttivo in quanto Responsabili delle strutture organizzative coincidenti con le principali aree di rischio, che si riportano aggiornati, qui di seguito:

STRUTTURE

Affari Generali e Servizio Risorse Umane
Servizio Provveditorato
Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
Servizio Tecnico
Settore Informatico
Prevenzione e Protezione
Controllo di Gestione e SIL
Area Staff - Qualità, Rischio Clinico, Accreditamento
Area Staff - Formazione
Area Staff - Comunicazione, Urp
Servizio Legale
Psicologia
Farmacia Ospedaliera
Farmacia Territoriale
Direzione Sanitaria Ragusa
Direzione Sanitaria Vittoria
Direzione Sanitaria Modica
Direzione Amministrativa Ospedali Ragusa
Direzione Amministrativa OO.RR. Vittoria-Comiso
Direzione Amministrativa OO.RR. Modica-Scicli
Distretto 1 Ragusa
Distretto 2 Vittoria - Comiso
Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica
Medicina Legale
Direzione dipartimento prevenzione sanità umana
LSP - Laboratorio di Sanità Pubblica
SPRESAL - Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
Dipartimento di Prevenzione veterinaria
Dipendenze Patologiche
Neuropsichiatria infantile
Psichiatria/SPDC Ragusa
Psichiatria/SPDC Scicli

Dirigenti Responsabili

Avv. Giovanni Tolomeo
Dr. ssa Rosaria Sigona
Dr. Massimo Cicero
Dr. Pasquale Amendolagine
Dr. Massimo Iacono
Dr. Giuseppe Smecca
Dr. Riccardo Giammanco
Dr. Giovanni Ruta
Dr. ssa Paola Santamaria
Dr. Giuseppe Savà
Avv. Danilo Vallone
Dr. Vito D'Amanti
Dr.ssa Maria Rita Badagliacca
Dr. Sergio Castellino
Dr. Giuseppe Cappello
Dr. Giuseppe Drago
Dr. Pietro Bonomo
Dr.ssa Gabriella Merlino
Dott.ssa Antonina Giacalone
Dr. Lorenzo Aprile
Dr. Giovanni Ragusa
Dr. Giovanni Di Giacomo
Dr.ssa Carmela La Terra
Dott. Giuseppe Bonomo
Dr. Vito Perremuto
Dr. Giuseppe Smecca
Dr. Paolo Ravalli
Dott. Giorgio Blandino
Dr. Giuseppe Mustile
Dr. Giuseppe Morando
Dr. Vincenzo Cilia
Dr. Onofrio Salvatore Falletta

L'elenco di cui sopra è suscettibile di essere modificato e/o integrato in funzione di eventuali esigenze e necessità.

I referenti del rischio corruttivo hanno l'obbligo di:

- concorrere con il Responsabile della prevenzione alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e della illegalità;
- fornire al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza elementi utili alla individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, fra le unità lavorative che operano nelle aree a più elevato rischio corruttivo;
- verificare l'efficace attuazione del Piano e la sua funzionalità, suggerendo eventuali modifiche quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o vengano accertate rilevanti violazioni delle prescrizioni;

- monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti, nonché i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione, erogazione di vantaggi economici o di altro genere, verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti fra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e il personale dell'Amministrazione;
- trasmettere al Responsabile della prevenzione, entro e non oltre il 30 novembre di ogni anno, circostanziata relazione illustrativa delle attività poste in essere nell'esercizio delle proprie funzioni, con analitica descrizione dei processi e dei relativi rischi ad essi connessi, evidenziando gli interventi organizzativi realizzati al fine di assicurare il rigoroso rispetto della legge e delle disposizioni del Piano, nonché le misure adottate per procedere alla rotazione del personale e dare riscontro dell'attività formativa realizzata all'interno delle articolazioni aziendali;
- dichiarare di avere vigilato in merito alla corretta costituzione delle commissioni e all'assegnazione agli uffici, stante i divieti previsti dall'art. 1 co. 46 della L. 190/2012 per coloro che sono stati condannati anche con sentenza passata in giudicato per i reati previsti nel capo I del Titolo II del libro secondo del codice penale evidenziando nella medesima relazione le criticità emerse nell'applicazione del Piano, rappresentando le modifiche da apportare allo stesso e alle misure di prevenzione applicate, nonché proporre ulteriori, al fine di realizzare una migliore azione di prevenzione. Tali osservazioni consentiranno al Responsabile della prevenzione di apportare al Piano tutte le necessarie modifiche nella fase di aggiornamento periodico dello stesso;
- procedere, compatibilmente alle esigenze organizzative, alla rotazione del personale preposto allo svolgimento di attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati corruttivi. Detta rotazione va comunque effettuata, obbligatoriamente, qualora si siano verificati episodi corruttivi che lo abbiano coinvolto.

I Referenti dovranno comunque relazionare al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza ogni qual volta se ne ravvisi la necessità, offrendo massima informazione su atti e procedure che possano avere rilievo negli ambiti di riferimento e che possano richiedere azioni e iniziative di contrasto.

L'assenza di collaborazione dei singoli Referenti e il mancato inoltro della relazione annuale costituiranno elementi di responsabilità dirigenziale valutabili nell'ambito della performance organizzativa come obiettivi inseriti nella scheda di budget.

I Dirigenti Responsabili per l'area di rispettiva competenza

Le modifiche apportate dal d.lgs. n.97/2016 precisano che, in caso di ripetute violazioni del PTPC, sussiste la responsabilità dirigenziale e per omesso controllo, anche disciplinare, se il RPCT provi di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sull'osservanza del Piano.

In particolare:

- concorrono ad individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione;
- collaborano con il RPCT e il Direttore Generale che adotta il PTPCT per definire misure concrete e sostenibili da un punto di vista organizzativo entro tempi chiaramente definiti;
- individuano e programmano le misure in termini di precisi obiettivi da raggiungere, da parte di ciascuno degli uffici coinvolti anche ai fini della responsabilità dirigenziale;
- partecipano a tutte le fasi di predisposizione e attuazione del PTPCT promuovendo così la piena condivisione degli obiettivi e la più ampia responsabilizzazione di tutti i dipendenti;
- prevedono meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio corruzione;
- assicurano con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi del primo punto, obblighi di formazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del PTPCT;
- monitorano il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti;
- monitorano i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, 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;
- acquisiscono le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del personale sottoposto;
- individuano eventuali specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;

- concorrono, con il RPCT, alla verifica dell'efficace attuazione del Piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso qualora vengano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- concorrono alla verifica della effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- concorrono alla individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto operante nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- concorrono con il RPCT a curare la diffusione della conoscenza del Codice di Comportamento di cui al DPR n. 62/2013 e del Codice di Comportamento aziendale ed il monitoraggio annuale sulla loro attuazione in raccordo con l'UPD;
- garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare sul sito dell'Azienda sezione "Amministrazione Trasparente" al fine del rispetto dei termini stabiliti dalla legge;
- assicurano la regolare attuazione dell'"accesso civico generalizzato" in conformità al D. lgs. n.33/2013 e con le modalità indicate dall'Azienda.

I Direttori delle UU.OO.CC inviano all'indirizzo anticorruzione@asp.rg.it:

- una relazione semestrale datata e firmata riguardante il monitoraggio effettuato in merito alla attuazione ed efficacia delle misure programmate;
- segnalazioni tempestive di eventuali difformità nell'attuazione delle misure di prevenzione;
- segnalazioni tempestive di fatti rilevanti in tema di corruzione.

In caso di ripetute violazioni del PTPCT, ove il RPCT dimostri di avere effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di aver vigilato sull'osservanza del Piano, i Direttori delle UU.OO.CC rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Tutti i Dirigenti

Tutto il personale dirigenziale svolge attività informativa nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e dei Direttori delle UU.OO.CC.

In particolare:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- propone eventuali misure di prevenzione della corruzione;
- assicura l'osservanza del Codice di Comportamento da parte dei dipendenti e verificano le ipotesi di violazione;
- osserva le misure contenute nel presente PTPCT.

I dipendenti e i collaboratori, a qualsiasi titolo, dell'Amministrazione, sono tenuti all'osservanza delle disposizioni del P.T.P.C. pena le sanzioni di cui all'art. 1 co.14 L. 190/2012.

Gli stessi sono altresì tenuti a:

- partecipare al processo di gestione del rischio, prestando la loro collaborazione al Responsabile della prevenzione (art.8 Codice di Comportamento di cui al D.P.R. n. 62/13; PNA All.1, par. A.2 e par. B.12);
- osservare le misure contenute nel Piano (art.1, co.14 L.190/2012, art.8 Codice di comportamento di cui al citato D.P.R.);
- segnalare tempestivamente al Responsabile della struttura di appartenenza o al Responsabile della prevenzione le situazioni di illecito (art. 54 bis d.lgs. n. 165/2001) nonché i casi di personale conflitto di interesse (art.6 bis L.241/90 e artt. 6 e 7 del Codice di Comportamento generale);
- effettuare apposita comunicazione alle Risorse Umane di assenza di carichi pendenti per fatti connessi all'attività svolta e comunque per reati contro la Pubblica Amministrazione.

Gli obblighi di osservanza, per quanto compatibili, si estendono anche agli specializzandi e tirocinanti, nonché ai soggetti autorizzati alla frequenza volontaria o ad attività svolta a titolo gratuito.

Le violazioni delle regole di cui al presente Piano e del Codice di comportamento, applicabili ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi che operano nelle strutture aziendali in nome e per conto della stessa, sono sanzionate secondo quanto previsto nelle specifiche clausole inserite nei relativi contratti.

L' Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

Le competenze dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) sono state attribuite dall'art.14 del D. Lgs.

n.150/09 come modificato e integrato dal D.L. n.90/2014 e dal D.P.R. 9 maggio 2016 n. 15 e, inoltre, dal D. Lgs. 25 maggio 2017, n.74.

L'OIV svolge un ruolo di coordinamento tra sistema di gestione della performance e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza nelle pubbliche Amministrazioni.

Le funzioni specifiche dell'OIV in materia di corruzione e trasparenza sono indicate dalla L. 190/2012 come modificata dal D. Lgs. n.97/2016 e dal D. Lgs. n.33/2013 che si ispirano all'obiettivo di un maggior coinvolgimento dell'OIV per il rafforzamento del raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance di uffici e funzionari pubblici.

La normativa punta, quindi, ad una più incisiva comunicazione fra l'Organismo di cui trattasi, RPCT e ANAC attraverso l'attribuzione dei seguenti specifici compiti:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- verifica che il PTPCT sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- verifica i contenuti della relazione annuale del RPCT che riporta i risultati dell'attività svolta (art.1, co. 8-bis, L. 190/2012);
- può chiedere al RCPT informazioni e documenti che ritiene necessari e può anche effettuare audizioni di dipendenti (art.1, co. 8-bis, L.190/2012);
- esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall'Azienda ai sensi dell'art.54, co.5, D. Lgs. n.165/2001;
- verifica la coerenza tra obiettivi di trasparenza e obiettivi indicati nel Piano della Performance, valutando anche l'adeguatezza degli indicatori;
- utilizza i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza a fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati (art. 44);
- controlla l'adempimento degli obblighi di pubblicazione su segnalazione da parte del RPCT dei casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43);
- promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza (art. 14, co.4, lett. g) del d. lgs.150/2009;
- garantisce all'ANAC, su esplicita richiesta di quest'ultima, tutte le informazioni in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art.1, co. 8-bis, L. 190/2012), stante che riceve dal RCPT le segnalazioni di eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione del PTPCT (art.1, co.7, L. 190/2012);
- considera i rischi e le azioni inerenti alla prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolge i compiti connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)

L'Ufficio Procedimenti disciplinari (UPD) dell'ASP di Ragusa è stato costituito con deliberazione n. 2061 del 28.07.2017 e svolge la sua attività per il personale dipendente delle Aree Contrattuali della Dirigenza medica e veterinaria, della Dirigenza sanitaria, della Dirigenza PTA, del Comparto e per gli specialisti ambulatoriali interni veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali (biologi-chimici-psicologi).

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari in tema di prevenzione della corruzione svolge i seguenti compiti e funzioni:

- propone l'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale ed esame delle segnalazioni di violazione dello stesso, nonché raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'art. 54-bis del decreto legislativo n. 165/2001;
- richiede, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazioni del Codice di comportamento, parere facoltativo all'Autorità Nazionale Anticorruzione;
- svolge un'attività di vigilanza in raccordo con il Responsabile della prevenzione, di monitoraggio come previsto dall'art. 15 del D.P.R n.62/2012.

Infine, per consentire una valutazione complessiva dei dipendenti anche sotto il profilo comportamentale, l'U.P.D. stabilisce un costante flusso informativo con il Responsabile della prevenzione della corruzione.

L'art. 1, co 9, lett. c) della L. 190/2012 dispone che tutti i soggetti coinvolti sono obbligati a informare il RCPT sia nella fase di formazione del Piano, che nelle successive fasi di verifica del suo funzionamento e dell'attuazione delle misure adottate.

2.c.5 Procedure di formazione e di adozione del piano

La redazione del PTPC e dei suoi aggiornamenti avviene con il coinvolgimento dei soggetti aziendali che concorrono alla prevenzione dei fenomeni corruttivi.

Il PTPC ed eventuali aggiornamenti sono adottati dal Direttore Generale su proposta del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, dopo che si sono preliminarmente coinvolti l'Organismo Indipendente di Valutazione, i Referenti per la Prevenzione della Corruzione, anche quelli costituiti in appositi gruppi di lavoro, e dopo che sono state acquisite e valutate le proposte, i suggerimenti da parte degli stakeholders interni ed esterni, ed in particolare i dipendenti tutti, le OOSS, le associazioni o altri organismi rappresentativi dei cittadini, degli enti locali e altre istituzioni pubbliche, i cittadini fruitori dei servizi aziendali tramite avviso di consultazione pubblica sul sito web aziendale.

Quanto sopra al fine di potere intercettare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase della mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi e la ponderazione del rischio.

Annualmente, in occasione della procedura di consultazione della bozza del PTPC, mediante la pubblicazione sul sito on-line aziendale di apposito avviso pubblico, con cui si avvia un percorso aperto alle Organizzazioni sindacali rappresentative presenti all'interno dell'Azienda Sanitaria, alle Associazioni rappresentate dal Consiglio Nazionale dei consumatori e agli utenti che operano nel settore, nonché alle Associazioni o ad altre forme di organizzazioni rappresentative di particolari interessi dei soggetti che operano nel settore Sanità e che fruiscono delle attività e dei servizi prestati dall'amministrazione, ciascun Capo Area/Dirigente di Servizio, Dipartimento trasmette al Responsabile della Prevenzione le proprie proposte aventi ad oggetto l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio di corruzione, indicando, altresì, le concrete misure organizzative da adottare dirette a contrastare il rischio rilevato.

Il Responsabile della Prevenzione, anche sulla scorta delle indicazioni raccolte, elabora e predispone il Piano di Prevenzione della Corruzione. Il Direttore Generale approva con proprio provvedimento il Piano triennale di prevenzione dei fenomeni corruttivi entro il 31 Gennaio di ciascun anno, salvo diverso altro termine fissato dalla legge (per l'anno 2022 il termine- 30 giugno 2022- coincide con quello previsto per il PIAO di cui lo stesso costituisce parte integrante).

Il Piano, una volta approvato, viene pubblicato in forma permanente sul sito internet istituzionale dell'ente nella Sezione Amministrazione Trasparente in apposita sottosezione denominata -

Altri Contenuti- "Prevenzione della Corruzione" in modo che sia liberamente consultabile.

Nella medesima sottosezione del sito viene pubblicata, a cura del Responsabile della Trasparenza la relazione recante i risultati dell'attività svolta.

Il Piano può essere modificato anche in corso d'anno, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, su richiesta dell'ANAC allorché siano state accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero anche quando intervengano rilevanti mutamenti organizzativi o modifiche in ordine all'attività dell'amministrazione.

Il Responsabile Anticorruzione dell'Azienda Sanitaria come sopra individuato, annualmente avvia una serie di iniziative aventi carattere propedeutico alla revisione del Piano di Prevenzione dei fenomeni corruttivi approvato nel triennio precedente. Per la gestione del rischio di corruzione Il RPC in particolare richiede un diretto coinvolgimento di tutte le funzioni dirigenziali dell'Ente chiamate a collaborare ed a fornire un contributo operativo sull'attuazione e periodico monitoraggio dell'attività di prevenzione dei fenomeni di corruzione potenzialmente verificabili in seno alle strutture organizzative della Azienda Sanitaria, attuando:

- L'obbligo giuridico previsto dall'art. 1 legge n. 190 del 06.11.2012 il cui comma 10 testualmente prevede: "Il responsabile individuato ai sensi del comma 7 provvede anche alla verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione...omissis".
- La novella legislativa laddove prevede l'esclusione dall'imputazione di responsabilità del RPC (per omesso controllo, sul piano disciplinare) nei casi di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, qualora lo stesso possa provare «di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano» (art. 41, co. 1, lett. l), d.lgs. 97/2016).

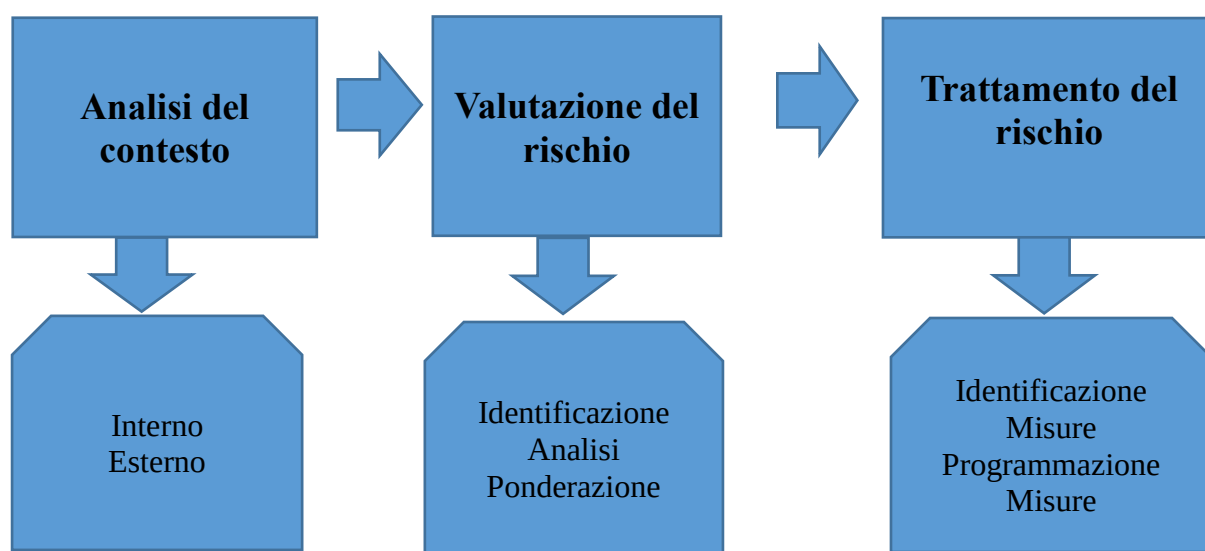
L'arco temporale del presente piano è per gli anni 2022 – 2023 - 2024, e, pertanto, le disposizioni ivi contenute aggiornano e sostituiscono - nelle parti modificate - quelle di cui al P.T.P.C. 2021/2023.

Il presente P.T.P.C. rappresenta lo strumento attraverso il quale l'ASP descrive "processi" articolati in fasi tra loro collegate concettualmente e temporalmente ed è finalizzato a formulare adeguate strategie che

consentono la prevenzione dei fenomeni corruttivi. In esso si delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che, in sintesi, consiste nell'esaminare la struttura organizzativa aziendale, le sue regole e le sue prassi di funzionamento in termini di "possibile esposizione" al fenomeno corruttivo.

2.c.6 Processo di gestione del rischio corruzione

La gestione del rischio viene attuata attraverso una metodologia che, in una logica di continuità e di razionalizzazione, favorisca il buon andamento e l'imparzialità dell'attività amministrativa e la prevenzione di eventi corruttivi attraverso misure organizzative sostenibili che si inseriscono in un sistema di continuo miglioramento, mediante le fasi in sequenza descritte:



2.c.7 Strumenti per il miglioramento del processo - Coordinamento ed integrazione del Piano della Performance con il Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza.

Le misure individuate nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (P.T.P.C.T.) devono essere adottate in relazione sia alla organizzazione aziendale, sia ai progetti o ai programmi elaborati per altre finalità, evidenziando così l'integrazione delle misure di prevenzione della corruzione con le misure organizzative aziendali.

L'adozione di tali misure preventive non deve risultare un mero adempimento bensì deve rientrare nella politica di riorganizzazione in accordo con ogni altra politica di miglioramento organizzativo.

La norma insegna che un'efficace gestione del rischio di corruzione si fonda su un metodo di coinvolgimento sempre più generalizzato degli attori che operano all'interno dell'amministrazione, così da sviluppare un sempre più crescente senso di identità che è alla base di ogni responsabilità e propensione al cambiamento, per come richiesto dalla normativa anticorruzione.

L'A.N.A.C con delibera n.1064 del 13 novembre 2019 ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019 con allegate le indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi per la predisposizione del "Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2020-2021-2022".

L'ASP di Ragusa, con delibera n. 638 del 31 marzo 2022 ha approvato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2021-2022-2023" che sarà aggiornato per il triennio 2022-2023-2024 entro il 30 giugno 2022, giusta comunicato ANAC del 2 maggio 2022, giusta Decreto del Consiglio dei Ministri n. 36 del 30 aprile 2022 (pubblicato in G.U. 30 aprile 2022, n. 100) - c.d. PNRR-2 che ha previsto l'inserimento del Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023 nel PIAO.

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

corruzione.

La recente normativa è pertanto indirizzata alla integrazione del PTPCT con gli altri strumenti di programmazione aziendale, tra cui il Piano della Performance.

Infatti, l'art.1 co.8 L.190/2012 stabilisce che gli atti di programmazione strategico-gestionale devono contenere gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Inoltre, ai sensi dell'art.44 D.lgs. n.33/2013 l'OIV e gli altri soggetti deputati alla valutazione sono tenuti a verificare la coerenza degli obiettivi del piano con quelli indicati nel Piano della Performance. Il PTPCT è uno strumento attraverso il quale l'Amministrazione, rendendo conoscibili i livelli di performance conseguiti e complessivamente e dalle specifiche strutture organizzative in cui si articola, intende responsabilizzarsi nei confronti dei propri stakeholders.

Il Piano, oltre ad attivare un costante osservatorio dei livelli di efficacia ed efficienza dell'attività svolta dall'Azienda, prevede una serie di iniziative per la conoscibilità dei suoi stessi contenuti, quindi per garantire un opportuno livello di trasparenza, presidio di legalità e prevenzione della corruzione e, al contempo, strumento di sviluppo della cultura della responsabilizzazione nell'utilizzo delle risorse pubbliche.

Il Piano precisa i compiti e le funzioni dei "responsabili per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza", prevede una sistematizzazione complessiva dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi; disciplina l'istituto dell'accesso civico, implementato ed integrato dall' "accesso civico generalizzato", implementa il sistema dei controlli e delle sanzioni sull'attuazione delle norme in materia di anticorruzione e trasparenza.

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, oltre a costituire un livello essenziale delle prestazioni erogate, rappresenta un valido strumento di diffusione ed affermazione della cultura delle regole, nonché di prevenzione e di lotta ai fenomeni corruttivi, indica le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo ai dirigenti responsabili dei vari uffici/strutture.

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

Già nell'anno 2016 è stato avviato il processo d'integrazione con altri atti di programmazione e gestione in particolare con il Piano della Formazione. Il principio di integrazione è più volte richiamato dall' ANAC, che ne fa uno dei punti cardine per garantire la sostenibilità delle misure del Piano per perseguirne l'efficacia, indicando strategicamente il collegamento delle misure di prevenzione agli obiettivi previsti (per gli stessi soggetti) nel Piano delle Performance e la loro attuazione quale elemento di valutazione della performance individuale e organizzativa.

Così, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione delle misure previste nel PTPCT costituiscono strumenti del ciclo della performance quali obiettivi e indicatori per la prevenzione del fenomeno corruttivo sia sotto il profilo organizzativo mediante l'attuazione di piani e misure di prevenzione della corruzione e misurazione della effettiva attuazione, sia sotto il profilo individuale mediante l'assegnazione di obiettivi, con evidenza dei relativi indicatori, al personale dirigenziale, ai referenti del responsabile della prevenzione della corruzione e al personale formato che opera in settori esposti alla corruzione.

I risultati della relazione delle Performance assumono rilevanza per effettuare una analisi circa le ragioni/cause determinanti gli scostamenti rispetto ai risultati attesi, per individuare le misure correttive in coordinamento con i dirigenti e con i referenti citati e, infine, per inserire misure correttive per implementare/migliorare il PTPCT.

Nella ASP di Ragusa è stato avviato il lavoro preliminare per l'adozione del nuovo PTPCT 2022-2023-2024 che consiste, in via preliminare, nell'avvio di formazione specifica per il personale dipendente, in particolare per i dirigenti e referenti, finalizzata a coinvolgerli concretamente nella stesura di una mappatura dei rischi aderente alla realtà aziendale ed acquisire una piena consapevolezza dell'obiettivo di garantire la trasparenza dell'azione amministrativa con la tempistica normativamente prevista.

Il nuovo Piano rappresenterà la sintesi delle azioni di miglioramento richieste a seguito del costante monitoraggio del vigente Piano secondo il cronoprogramma della prevenzione della corruzione e della Trasparenza.

Tale strategia caratterizza i collegamenti col piano della performance nell'unico contesto del PIAO.

Ciò permetterà di sviluppare l'obiettivo finalizzato ad individuare in modo sinergico (con il coinvolgimento del RPC, del CDG, dei Dirigenti delle UU.OO. e della Direzione Strategica) le misure di controllo del rischio corruttivo quali obiettivi organizzativi del ciclo della performance.

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

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

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

Per quanto sopra l'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa, nell'ambito delle proprie attività svolte nel settore amministrativo, nel corso del 2019, ha voluto facilitare i propri operatori nel fornire a terzi, chiara evidenza del rispetto degli obblighi di certificabilità dei sistemi amministrativo-contabili in accordo con le prescrizioni normative in materia di PAC (Percorso Attuativo di Certificabilità) e con l'Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione con specifico riferimento ai rischi corruttivi in sanità nonché agli obblighi di trasparenza.

A tal fine ha indetto nell'ottobre 2019 una manifestazione di interesse avente l'obiettivo di individuare gli operatori economici per avviare apposita procedura negoziata inerente all'affidamento del servizio di certificazione del bilancio dell'Ente per il triennio 2019-2021, che consenta di conseguire gli obiettivi sopradetti. La procedura negoziata nel momento in cui è redatto questo documento è in corso di completamento.

Il RPCT dovrà tenere conto dei risultati della Relazione della Performance per:

- effettuare una analisi per comprendere le ragioni/cause in base alle quali si sono verificati gli scostamenti rispetto ai risultati attesi;
- individuare le misure correttive, in coordinamento con i dirigenti, in base alle attività che svolgono ai sensi dell'art.16 co.1, l.i-bis) i-ter, i-quater, D.Lgs. n.165/02001 e con i referenti del responsabile della corruzione;
- inserire misure correttive tra quelle per implementare/migliorare il PTPC.

Il Piano della Performance dovrà contenere gli obiettivi affidati al RPCT e al personale dirigenziale che lo collabora al fine di consentire una adeguata remunerazione mediante il trattamento accessorio della funzione svolta, come normativamente previsto.

2.c.8 Mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio

Il Piano Triennale della Prevenzione Corruzione e Trasparenza (P.T.P.C.T.) rappresenta lo strumento attraverso il quale l'Amministrazione descrive un "processo" articolato in fasi tra loro collegate, e finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno corruttivo ed elaborato anche alla luce delle recenti norme emanate, tra cui in particolare il PNA 2019, giusta delibera ANAC 1064 del 13 novembre 2019 che, all'allegato 1, prevede una nuova metodologia per la Valutazione del rischio che supera e sostituisce quella prevista dall'allegato 5 del PNA 2013 dando rilievo all'approccio di tipo qualitativo basato sulla evidenza della motivazione della valutazione e ha previsto un nuovo sistema di "Mappatura dei processi", consistente nella "individuazione" e "analisi" dei processi organizzativi.

Il modello utilizzato, secondo le indicazioni riportate nel predetto Allegato 1 al PNA 2019, dall'Azienda di Ragusa per il triennio 2022/2024 consta di elementi aggiuntivi rispetto a quello allegato al Piano 2020/2022 e costituisce il primo passo per la realizzazione di una mappatura dei processi sempre più aderente alla realtà aziendale secondo un procedimento di gradualità basato sulla introduzione di opportuni correttivi e descrizione sempre più analitica dei processi sulla base delle risultanze dei periodici monitoraggi e del grado di partecipazione di tutti i soggetti chiamati a partecipare.

La gestione del rischio si attua attraverso il coinvolgimento dei soggetti esterni che possono fornire il loro apporto in quanto a conoscenza di informazioni e dati rilevanti per la stesura del nuovo piano della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e attraverso la diretta partecipazione delle strutture organizzative aziendali poiché i responsabili delle strutture, in quanto conoscitori delle attività svolte dall'amministrazione possono agevolare l'individuazione degli eventi rischiosi per singolo processo.

Con avviso del 12 gennaio 2022 pubblicato in di pubblicata sul sito "Amministrazione Trasparente" è stata avviata la consultazione aperta finalizzata ad acquisire da parte di tutti coloro ne avessero interesse, in particolare cittadini, associazioni di consumatori/o altri soggetti portatori di interessi collettivi la formulazione di proposte/contributi per l'aggiornamento del Piano mentre ma non è pervenuta, a riscontro, alcuna proposta o osservazione.

In virtù del principio della integrazione con altri sistemi di gestione già presenti nell'organizzazione aziendale con nota n. 2/RPCT del 9 febbraio 2021, sono stati formalmente chiamati a partecipare alla gestione del rischio corruttivo i soggetti interni (Controllo di Gestione, Ufficio Procedimenti disciplinari, Servizio Legale, etc..) per acquisire ogni informazione utile alla stesura di una mappatura dei rischi più completa possibile mentre con nota prot. n. 20/RPCT del 19 maggio 2021 è stato avviato il procedimento di coinvolgimento dei referenti e responsabili degli uffici nella delicata fase di individuazione dei processi e dei rischi agli stessi connessi richiedendo agli stessi il contributo per procedere alla revisione e/o aggiornamento della mappatura dei processi a rischio di corruzione contenuti nelle schede di ciascuna delle strutture aziendali interessate e proporre al RPCT le eventuali modifiche e/o integrazioni riguardo ai processi, alle relative misure, tempistiche, indicatori, etc.

La suddetta richiesta è stata riscontrata da alcune strutture aziendali che hanno ritenuto opportuno apportare modifiche alle schede di loro pertinenza, come di seguito indicate, mentre altre strutture aziendali non hanno ritenuto necessario riscontrare e quindi procedere ad una redazione/revisione dei processi di loro pertinenza.

Si è, comunque, proceduto ad aggiornare la mappatura dei rischi e il trattamento dei rischi sulla base della valutazione dei rischi riportato in apposito allegato.

La gestione del rischio viene attuata attraverso le seguenti fasi:

- Mappatura dei processi attuati dall'Amministrazione;
- Valutazione del rischio per ciascun processo;
- Trattamento del rischio.

2.c.9 Individuazione delle aree di rischio e mappatura dei processi

La mappatura dei processi consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio e consiste nell'individuazione del processo, delle sue fasi, della definizione delle responsabilità per ciascuna fase con l'obiettivo di predisporre il catalogo dei processi amministrativi aziendali.

Le aree di rischio possono variare a seconda del contesto esterno ed interno e della tipologia di attività istituzionale svolta dall'Amministrazione.

L'ASP di Ragusa, in aderenza alle aree di rischio obbligatorie di cui al PNA 2019, ha individuato le seguenti aree di rischio:

Aree di rischio generali:

- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè autorizzazioni o concessioni);
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè sovvenzioni, contributi, sussidi);
- Contratti pubblici (ex Affidamento di lavori, servizi e forniture);
- Acquisizione e gestione del personale (ex Acquisizione e progressione del personale) e Incarichi e nomine;
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Affari legali e contenzioso.

Aree di rischio specifiche:

- Attività libero professionale intramoenia;
- Liste di attesa;
- Rapporti con soggetti erogatori;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

In seno alle Aree ad alto rischio come identificate nel presente PTPC dalle norme di legge viene applicata una metodologia di analisi e descrizione analitica dei processi, attività e fasi al fine di consentire la migliore identificazione dei rischi corruttivi tenendo conto della dimensione organizzativa dell'amministrazione, delle conoscenze e delle risorse disponibili per cui gli indicatori di stima del livello di rischio avranno livelli di qualità e di complessità proiettati verso la crescita progressiva.

Per **valutazione del rischio** si intende il processo di:

- identificazione
- analisi
- ponderazione del rischio.

L'identificazione del rischio ha l'obiettivo di individuare gli eventi di natura corruttiva che possono verificarsi nelle attività svolte dall'Azienda e di consentirne una comprensione più approfondita, propedeutica alla individuazione del livello di esposizione al rischio dei processi.

L'analisi parte dalla definizione dell'unità di riferimento rispetto al quale individuare gli eventi rischiosi che ne costituisce l'oggetto rappresentato al livello minimo dal processo e/o dalle singole attività di cui si compone il processo nella prospettiva di programmare iniziative e azioni per migliorare gradualmente nel tempo il dettaglio dell'analisi soprattutto nei processi in cui sia stata rilevata un'esposizione al rischio corruttivo elevata che richiede un livello avanzato di dettaglio nell'ottica di un miglioramento continuo che porti nel tempo dal livello del processo (minimo) al livello delle singole attività (dettagliato).

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione. Il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

I fattori abilitanti degli eventi corruttivi, ossia i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione, sono subentrati alle superate "cause" degli eventi rischiosi riscontrabili nell'aggiornamento al PNA 2015 poiché non sempre è individuabile un vero e proprio rapporto di causa-effetto.

L'analisi di questi fattori consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi. Essi possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro.

Esempi di fattori abilitanti del rischio corruttivo sono rappresentati da:- Mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli: in fase di analisi andrà verificato se presso l'amministrazione siano già stati predisposti – ma soprattutto efficacemente attuati – strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi;- mancanza di trasparenza;- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;- scarsa responsabilizzazione interna;- inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi; o inadeguata diffusione della cultura della legalità;- mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

La stima del livello di esposizione al rischio di eventi corruttivi mira ad individuare i processi e le attività del processo su cui concentrare l'attenzione, sia per la progettazione o per il rafforzamento delle misure di trattamento del rischio, sia per l'attività di monitoraggio da parte del RPCT.

In questa fase, l'analisi è finalizzata a stimare il livello di esposizione al rischio per ciascun oggetto definito nella fase precedente: processo o sua attività.

Si utilizzeranno i seguenti **indicatori di stima del livello di rischio**:

- livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
- opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
- livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione,
- aggiornamento e monitoraggio del piano:
 - la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
 - grado di **attuazione delle misure di trattamento**: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi. Pertanto, in tale fase l'Azienda può introdurre un ulteriore livello di dettaglio allo scopo di stimare l'esposizione al rischio per singolo evento rischioso che è stato individuato nella fase di identificazione. **Le fonti informative utilizzabili sono**

costituite da:

- le risultanze dell'analisi del contesto interno e esterno realizzate nelle fasi precedenti; - le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;
- l'analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili;
- il grado di coinvolgimento dei responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità;
- le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es. internal audit, Servizio Attività ispettive, etc.);
- le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es. segnalazioni raccolte dal RPCT o RUP o provenienti dalla società-ulteriori dati in possesso dell'amministrazione (es. rassegne stampa, ecc.).

La valutazione è, comunque, imprescindibile dalla obbligatoria applicazione dei contenuti di norme di legge che identificano a priori le Aree da considerarsi ad alto rischio sia generali che specifiche, in seno a questa Azienda. Per valutare processi con più attività e fasi dovrà essere considerato il valore più alto di una delle singole fasi o attività analizzate.

2.c.10 Il metodo di ponderazione del rischio

L'analisi del rischio ha il duplice obiettivo di analizzare i fattori abilitanti della corruzione (cioè quei fattori che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione come ad esempio la mancanza di trasparenza, la mancanza di misure di trattamento del rischio, la mancanza di normativa...) e stimare il livello di esposizione dei processi al rischio. Nel presente Piano si è proceduto alla valutazione del rischio secondo le indicazioni del PNA 2019, che prevede un approccio qualitativo.

L'analisi del rischio è stata effettuata con riferimento ad ogni processo e/o sotto-processo/fase, coinvolgendo i dirigenti e gli operatori dei servizi aziendali interessati. Il metodo di valutazione del rischio proposto per ogni singolo processo presuppone l'incrocio di due indicatori compositi (cioè composti da più variabili), rispettivamente per la Probabilità e per l'Impatto: 1) la probabilità consente di valutare quanto è probabile che l'evento rischioso accada in futuro 2) l'impatto valuta l'effetto nel caso in cui il rischio si verifichi. Per ciascun indicatore si è individuato un set di variabili e una scala di misura articolata in ALTO, MEDIO e BASSO.

Ogni singolo processo è stato sottoposto alle seguenti valutazioni, di seguito elencate.

INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITA' (P)

Fattore abilitante: eccessiva discrezionalità

Discrezionalità (P.1) Individua il grado di discrezionalità nelle attività svolte o negli atti prodotti; esprime l'entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite e della necessità di dare risposta immediata all'emergenza

Criteri di valutazione:

Ampiamente discrezionale relativa sia alla definizione degli obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza ALTO

Apprezzabile discrezionalità relativa sia alla definizione degli obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza MEDIO

Modesta discrezionalità sia in termini di definizione degli obiettivi sia in termini di soluzioni organizzative da adottare e di assenza di situazioni di emergenza BASSO

Fattore abilitante: eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa

Coerenza operativa (P.2) Coerenza fra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso

Criteri di valutazione

Il processo è normativamente regolato sia a livello nazionale sia regionale in cui si disciplinano i singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte sia del legislatore nazionale sia di quello regionale, le pronunce del TAR, della Corte dei Conti e di altre Autorità regolatorie in materia sono contrastanti ALTO

Il processo è regolato da norme di livello nazionale che disciplinano i singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte del legislatore, le pronunce del TAR, della Corte dei Conti e di altre Autorità regolatorie in materia sono contrastanti MEDIO

Il processo è regolato da normativa puntuale, di livello nazionale che non subisce interventi di riforma, modifica e/o integrazione ripetuti da parte del legislatore, le pronunce del TAR, della Corte dei Conti e di altre Autorità

regolatorie in materia sono uniformi BASSO

Fattore abilitante: livello di interesse “esterno”

Rilevanza degli interessi “esterni” (P.3) -Entità del beneficio economico e non, ottenibile dai soggetti beneficiari del processo

Criteri di valutazione

Il processo dà luogo a consistenti benefici economici o di altra natura per i destinatari ALTO

Il processo dà luogo a modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari MEDIO

Il processo dà luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari con impatto scarso o irrilevante BASSO

Fattore abilitante: mancanza di trasparenza

Livello di opacità del processo (P.4) Capacità di dare conoscenza dell'intero svolgimento del procedimento dall'avvio alla conclusione sia attraverso l'applicazione degli obblighi di “Amministrazione Trasparente” sia attraverso il diritto di “accesso civico”, sia attraverso le disposizioni di cui alla Legge 241/1990 (es. comunicazione avvio procedimento, intervento nel procedimento...)

Criteri di valutazione

Gli obblighi di “Trasparenza amministrativa”, nonché le disposizioni di cui alla Legge 241/1990 sul procedimento amministrativo ed il diritto di “accesso civico”, consentono di conoscere esclusivamente i risultati finali del processo ALTO

Gli obblighi di “Trasparenza amministrativa”, nonché le disposizioni di cui alla Legge 241/1990 sul procedimento amministrativo ed il diritto di “accesso civico”, consentono di conoscere i risultati finali del processo e solo limitatamente le fasi endoprocedimentali e prodromiche; MEDIO

Gli obblighi di “Trasparenza amministrativa”, nonché le disposizioni di cui alla Legge 241/1990 sul procedimento amministrativo ed il diritto di “accesso civico”, consentono di conoscere i risultati finali del processo, le fasi endoprocedimentali e prodromiche; BASSO

Fattore abilitante: inadeguata diffusione della cultura della legalità

Presenza di eventi sentinella (P.5) Procedimenti avviati dall'autorità giudiziaria o contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell'Ente o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame e/o livello di formazione e coinvolgimento degli addetti (partecipazione a formazione specifica e condivisione tramite incontri)

Criteri di valutazione

Un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, concluso con una sanzione, o un livello di formazione e coinvolgimento degli addetti (partecipazione a formazione specifica e condivisione tramite incontri) inferiore al 20% nell'ultimo anno ALTO

Un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, indipendentemente dalla conclusione dello stesso o un livello di formazione e coinvolgimento degli addetti (partecipazione a formazione specifica e condivisione tramite incontri) tra 20 % e < a 60% MEDIO

Nessun procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa nei confronti dell'Ente e nessun procedimento disciplinare nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame con un livello di formazione e coinvolgimento degli addetti (partecipazione a formazione specifica e condivisione tramite incontri) > 60 % BASSO

Fattore abilitante: inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi/ inadeguata diffusione della cultura della legalità

Segnalazioni, reclami (P.6) pervenuti con riferimento al processo in oggetto, intese come qualsiasi informazione pervenuta a mezzo e-mail, telefono, ovvero reclami o risultati di indagini di customer satisfaction, avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione, scarsa qualità del servizio.

Criteri di valutazione

Segnalazioni in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuti ALTO

Segnalazioni in ordine a casi di cattiva gestione e scarsa qualità del servizio, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni MEDIO

Nessuna segnalazione e/o reclamo BASSO

Fattore abilitante: mancanza di controlli

Criticità nei controlli (P.7) previsti da leggi, o regolamenti in ordine alla capacità di neutralizzare i rischi individuati per il processo

Criteri di valutazione

I controlli previsti da leggi o regolamenti interni/esterni non consentono di neutralizzare i rischi connessi al processo se non in minima parte **ALTO**

I controlli previsti da leggi o regolamenti interni/esterni consentono di neutralizzare parte dei rischi connessi al processo **MEDIO**

I controlli previsti da leggi o regolamenti interni/esterni consentono di neutralizzare la maggior parte dei rischi connessi al processo **BASSO**

INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO (I)

Impatto sull'immagine dell'Ente (I.1) misurato attraverso il numero di eventi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione

Criteri di valutazione

Un evento riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione **ALTO**

Un evento riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione **MEDIO**

Nessun evento riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione **BASSO**

Impatto economico-patrimoniale ed extra-patrimoniale (I.2) inteso come effetto dannoso del verificarsi dell'evento rischioso

Criteri di valutazione

Un pregiudizio a beni/interessi fondamentali dei cittadini/utenti, quali la salute, la sicurezza, la privacy, la salvaguardia dell'ambiente e simili, eventualmente anche associato a un danno economico e/o funzionale **ALTO**

Un pregiudizio alla funzionalità ed efficienza dei servizi, eventualmente anche associato ad un pregiudizio economico **MEDIO**

Un pregiudizio economico per l'Azienda e/o l'utente/assistito **BASSO**

Impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio (I.3) inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti al processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Ente

Criteri di valutazione

Interruzione del servizio totale o parziale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'Ente **ALTO**

Limitata funzionalità del servizio cui far fronte attraverso altri dipendenti dell'ente o risorse esterne **MEDIO**

Nessuno o scarso impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio **BASSO**

La misurazione del valore di ciascuna delle variabili espressa in ALTO, MEDIO e BASSO, è stata riportata nel documento "Valutazione del rischio PTPCT 2022-2024" nelle apposite celle (P.1, P.2, P.3.....I.1, I.2, I.3.....). Si è definita poi la misurazione intermedia individuandola nel valore presente con maggiore frequenza (c.d. Moda) inserendola nelle colonne "PROBABILITA'" e "IMPATTO" adottando un criterio di natura prudenziale, ma tenendo conto al tempo stesso delle misure di prevenzione già adottate.

L'attribuzione definitiva del livello di rischio - "VALUTAZIONE DEL RISCHIO" - a ciascun processo si basa su cinque livelli: RISCHIO ALTO, RISCHIO CRITICO, RISCHIO MEDIO, RISCHIO BASSO E RISCHIO MINIMO.

Tale valore si è ottenuto attraverso l'applicazione della seguente tabella che rappresenta il valore sintetico degli indicatori di Probabilità e di Impatto calcolati con le modalità di cui sopra.

PROBABILITA'	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO
Alto	Alto	Rischio Alto
Alto	Medio	Rischio critico
Medio	Alto	Rischio medio
Alto	Basso	Rischio medio
Medio	Medio	Rischio medio
Basso	Alto	Rischio basso
Medio	Basso	Rischio basso
Basso	Medio	Rischio basso
Basso	Basso	Rischio minimo

Il processo di valutazione sopra descritto trova, quindi, esplicitazione nell'allegato al Piano (All. 2).

Trattamento del rischio

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi,

sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

In tale fase, si devono progettare l'attuazione di misure specifiche e puntuali e prevedere scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili.

La fase di individuazione delle misure deve quindi essere impostata avendo cura di contemperare anche la sostenibilità della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, onde evitare la pianificazione di misure astratte e non attuabili.

Si distinguono misure generali e misure specifiche.

Secondo il PNA 2019 le misure generali *intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione; le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano, dunque, per l'incidenza su problemi specifici.*

Una misura può essere, pertanto, programmata come misura generale o come misura specifica a seconda se insista trasversalmente sull'organizzazione ovvero risponda a specifici problemi.

Le principali tipologie di misure individuate sia come generali che specifiche nel PNA 2019 sono:

- controllo
- trasparenza
- definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento
- regolamentazione
- semplificazione formazione
- sensibilizzazione e partecipazione
- rotazione
- segnalazione e protezione
- disciplina del conflitto di interessi
- regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari (lobbies).

È sempre necessario comunque verificare la loro corretta e continua attuazione nel tempo sia attraverso il monitoraggio sia attraverso misure integrative o interventi correttivi. Ciò al fine di assicurare la continuità dell'azione e/o di intercettare criticità che hanno reso inadeguata la misura stessa.

Tutte le attività (dall'analisi del contesto alla valutazione del rischio) precedentemente effettuate sono propedeutiche alla identificazione e progettazione delle misure che rappresentano, quindi, la parte fondamentale del PTPCT di ciascuna amministrazione.

Si sottolinea che l'individuazione e la progettazione di misure di prevenzione della corruzione rappresentano due passaggi fondamentali e l'uno qualifica l'altro. La presenza di un elenco generico di misure di prevenzione della corruzione, senza un'adeguata programmazione, non assolve – in linea di principio e di fatto – all'importante compito di definizione della strategia di prevenzione della corruzione dell'amministrazione. Si ricorda, a tal proposito, che la stessa legge 190/2012 specifica che il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, deve necessariamente contenere “gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio”. La qualificazione del PTPCT quale documento di natura “programmatoria” evidenzia la necessità di garantire un'adeguata programmazione di tali “interventi organizzativi” (ossia le misure di prevenzione della corruzione).

Il presente Piano stabilisce:

- a rischio corruzione, individuate ai sensi del piano, devono essere svolte, ove possibile, da personale specificamente formato;
- che le attività a rischio corruzione, in rapporto al grado di rischio, siano svolte nella rigorosa osservanza delle misure preventive delineate nel piano stesso.

Questa attività ha consentito di individuare anche le misure più idonee per prevenire il rischio distinte in base alle priorità rilevate e tenuto conto delle risorse a disposizione e della loro sostenibilità anche per le successive fasi di controllo e monitoraggio. Sono state così distinte le misure obbligatorie espressamente previste dalla legge o da altre fonti normative e le misure ulteriori previste dal PNA o individuate dall'Amministrazione.

Trattamento del rischio e misure generali e specifiche

La creazione di una rete di responsabilità diffusa rispetto alla definizione e attuazione della strategia di prevenzione della corruzione si può attuare solo attraverso la programmazione delle misure articolate in fasi, scadenze nel tempo, correlabili a determinati responsabili dell'attuazione e riferibili a specifici indicatori.

Il PNA 2019 suggerisce, a titolo esemplificativo, degli indicatori di monitoraggio per ciascuna delle misure dallo stesso previste che costituiscono il riferimento, anche se non esaustivo, del presente Piano:

Misura	Indicatori
misure di controllo	numero di controlli effettuati su numero di pratiche/provvedimenti/etc.
misure di trasparenza	Presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione
Misure di definizione e promozione dell'etica e di standards di comportamento	numero di incontri o comunicazioni effettuate
misure di regolamentazione	verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
misure di semplificazione	presenza o meno di documentazione o disposizioni che sistematizzino e semplifichino i processi
misure di formazione	numero di partecipanti a un determinato corso su numero soggetti interessati; risultanze sulle verifiche di apprendimento (risultato dei test su risultato atteso)
misure di sensibilizzazione e partecipazione	numero di iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti
misure di rotazione	numero di incarichi/pratiche ruotate sul totale
misure di segnalazione e protezione	presenza o meno di azioni particolari per agevolare, sensibilizzare, garantire i segnalanti
misure di disciplina del conflitto di interessi	Specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interessi tipiche dell'attività dell'amministrazione o ente
Misure di regolazione dei rapporti con i "rappresentati di interessi particolari" (lobbies)	Presenza o meno di discipline volte a regolare il confronto con le lobbies e strumenti di controllo

2.c.11 Elenco delle misure generali e specifiche per il triennio 2022-2024

Misura 1:

Adozione, nei tempi stabiliti, delle misure e adempimenti previsti dal PTCPT

Gli adempimenti previsti dal Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza costituiscono obblighi per i destinatari in quanto rispondenti al dettato normativo di cui alla L. 190/2012 e succ. mod. e/o int. e D.lgs. 33/2013 e strettamente correlati al Piano della Performance e alla valutazione dei Dirigenti e del personale.

I Referenti del Rischio corruttivo, i Direttori /Responsabili delle unità operative e gli altri soggetti responsabili delle articolazioni aziendali riferiranno al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'attuazione delle misure previste secondo la cadenza prevista.

Misura 2: Conoscenza del Piano

Tutti i dipendenti dell'ASP di Ragusa saranno messi a conoscenza del presente Piano, pubblicato in Amministrazione Trasparente, anche attraverso la programmazione di campagne di informazione e formazione.

I dipendenti destinati ad operare in settori e/o attività esposti ad alto rischio di corruzione assicurano attraverso una dichiarazione scritta da consegnare ai Dirigenti responsabili di riferimento, la piena conoscenza del presente Piano.

I Direttori /Responsabili delle unità operative trasmetteranno al RPCT una dichiarazione attestante l'avvenuto adempimento.

Misura 3: Codice di Comportamento

I codici di comportamento assumono un ruolo di rilievo tra le misure di prevenzione della corruzione in quanto le norme in essi contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, per tale via, indirizzano l'azione amministrativa.

L'art. 1, co 44 della legge 190/2012, riformulando l'art. 54 del d. lgs. n. 165/2001 "Codice di Comportamento" ha rivisitato la preesistente disciplina dei codici di condotta prevedendo, ad integrazione e a maggior specificità del codice di comportamento nazionale dei dipendenti pubblici, un codice proprio di ciascuna pubblica amministrazione da definire con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio

OIV e sottolineando la rilevanza disciplinare della violazione dei doveri compresi nei codici di comportamento ivi inclusi quelli relativi all'attuazione del PTCPT.

La base giuridica di riferimento per i codici delle singole amministrazioni è costituita dal Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. n. 62/2013) le cui disposizioni costituiscono principi di comportamento per il personale in regime di diritto pubblico, per tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi di indirizzo e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché ai collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Amministrazione.

Il Codice di Comportamento delle singole amministrazioni, ispirandosi agli indirizzi e alle linee di indirizzo dell'ANAC, rivisita, in funzione delle specificità di dell'Ente, delle aree di competenza e delle diverse professionalità, i doveri del codice nazionale al fine di integrarli e specificarli.

Il Codice di Comportamento della ASP di Ragusa, adottato con deliberazione n. 2557/2014, alla luce della determina n. 358 del 29 marzo 2017 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione riguardante le linee guida di settore per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale previo esperimento di consultazione aperta ex art. 54, comma 5, del d.lgs. n.165/2001 e succ. m. e i., acquisito il parere positivo rilasciato dall'O.I.V., è stato aggiornato con deliberazione n.1848 del 28 giugno 2017, portando a conclusione il processo di adozione del Codice Etico Comportamentale. Di tanto e della conseguente pubblicazione del regolamento sul sito web aziendale è stata fornita idonea comunicazione a tutti i dipendenti e destinatari del Codice.

Con l'adozione delle nuove Linee approvate con delibera 177 del 19.02.2020 che qui si intendono integralmente riportate l'ANAC intende promuovere la necessaria connessione del Codice con il PTPCT al fine di tradurre gli obiettivi di limitazione del rischio corruttivo che il PTPCT persegue con misure di tipo oggettivo e organizzativo (organizzazione degli uffici, dei procedimenti/processi, dei controlli interni) in doveri di comportamento di lunga durata dei dipendenti. Il fine è quello di correlare i doveri di comportamento dei dipendenti alle misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPCT della Amministrazione. Il fine è quello di correlare i doveri di comportamento dei dipendenti alle misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPCT della Amministrazione.

Ciò comporta che nel definire le misure oggettive di prevenzione della corruzione (a loro volta coordinate con gli obiettivi di performance cfr. PNA 2019, Parte II, § 8) occorre parallelamente individuare i doveri di comportamento che possono contribuire, sotto il profilo soggettivo, alla piena realizzazione delle suddette misure.

Analoghe indicazioni l'amministrazione può trarre, ex post, dalla valutazione sull'attuazione delle misure stesse, cercando di comprendere se e dove sia possibile rafforzare il sistema con doveri di comportamento.

Tale stretta connessione è confermata da diverse previsioni normative.

Innanzitutto, il fatto stesso che l'art. 54 del d.lgs.165 del 2001 sia stato inserito nella l. n. 190/2012 è indice della volontà del legislatore di considerare necessario che l'analisi dei comportamenti attesi dai dipendenti pubblici sia frutto della stessa analisi organizzativa e di *risk assessment* propria dell'elaborazione del PTPCT.

Naturalmente, poi, diversi sono gli effetti giuridici che si ricollegano ai due strumenti.

Inoltre, sempre l'art. 54, co. 3, del d.lgs.165 del 2001 prevede la responsabilità disciplinare per violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, ivi inclusi i doveri relativi all'attuazione del PTPCT.

Il codice nazionale inserisce, infatti, tra i doveri che i destinatari del codice sono tenuti a rispettare quello dell'osservanza delle prescrizioni del PTPCT (art. 8) e stabilisce che l'ufficio procedimenti disciplinari delle amministrazioni, tenuto a vigilare sull'applicazione dei codici di comportamento adottati dalle singole amministrazioni, deve conformare tale attività di vigilanza alle eventuali

previsioni contenute nei PTPCT adottati dalle amministrazioni (art. 15, co. 1 e 3; cfr. § 16 delle Linee guida delibera 177 del 2020).

I piani e i codici, inoltre, sono trattati unitariamente sotto il profilo sanzionatorio nell'art. 19, co. 5, del d.l. n. 90 del 2014. In caso di mancata adozione, per entrambi, è prevista una stessa sanzione pecuniaria irrogata dall'ANAC.

In questa ottica è indispensabile che in fase di predisposizione del codice, Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza sia supportato da altri soggetti dell'amministrazione per individuare le ricadute delle misure di prevenzione della corruzione in termini di doveri di comportamento.

E' opportuno valutare, infatti, se le principali misure siano o meno assistite da doveri di comportamento al fine di garantirne l'effettiva attuazione.

Resta fermo che i due strumenti - PTPCT e codici di comportamento - si muovono con effetti giuridici tra loro differenti.

Le misure declinate nel PTPCT sono, come sopra detto, di tipo oggettivo e incidono

sull'organizzazione dell'amministrazione.

I doveri declinati nel codice di comportamento operano, invece, sul piano soggettivo in quanto sono rivolti a chi lavora nell'amministrazione ed incidono sul rapporto di lavoro del funzionario, con possibile irrogazione, tra l'altro, di sanzioni disciplinari in caso di violazione.

Per ciascuna delle misure proposte è necessario valutare se l'articolazione dei doveri di comportamento sia sufficiente a garantire il successo delle misure, ovvero se non sia necessario individuare ulteriori doveri, da assegnare a determinati uffici o categorie di uffici o a determinati dipendenti o categoria di dipendenti.

L'individuazione dei doveri integrativi persegue l'obiettivo di completare il quadro dei precetti, allo scopo di meglio conseguire gli obbiettivi.

In data 25 febbraio 2021 è stato avviato il procedimento istruttorio volto alla adozione del Nuovo Codice di Comportamento ai sensi della delibera ANAC citata.

Al fine di consentire un adeguato monitoraggio e di garantire i flussi informativi necessari al RPCT per la redazione della relazione annuale, è previsto che l'Ufficio Provvedimenti Disciplinari (UPD) predisponga, con cadenza annuale, una relazione da consegnare al RPCT nella quale venga dato atto dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, nonché delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza.

Misura 4: Obblighi informativi

Nella definizione della strategia di prevenzione, assume un ruolo centrale la tempestiva e completa trasmissione al Responsabile della Prevenzione di tutti gli elementi, dati e informazioni che gli consentono di avere contezza di eventi o fattori sintomatici di potenziali situazioni patologiche e di definire le conseguenti misure correttive per rafforzare il sistema di prevenzione.

Pertanto, i Responsabili di Struttura e i Referenti Anticorruzione devono curare la tempestiva trasmissione al Responsabile della Prevenzione di tutte le informazioni utili alla sua attività, tra cui, a titolo di esempio:

- sentenze, provvedimenti, notizie, richieste dell'autorità giudiziaria o degli organi di polizia giudiziaria o di qualsiasi altra autorità dai quali si evinca lo svolgimento di indagini o di procedimenti nei confronti del personale dipendente o convenzionato o comunque operante presso l'A.S.P. per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;
- atti di contestazione di illeciti disciplinari e i relativi provvedimenti di applicazione della sanzione o di archiviazione e relative motivazioni;
- richieste stragiudiziali e azioni giudiziarie di risarcimento, escluse quelle inerenti la responsabilità medica, salvo che ricorra l'elemento soggettivo del dolo;
- esiti di verifiche interne o di organismi esterni dalle quali emergano irregolarità, omissioni o illegittimità nello svolgimento delle attività istituzionali o libero-professionali intra-moenia o nell'adozione dei relativi atti;
- richieste di assistenza legale per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;
- transazioni concluse o ancora in corso di definizione, con menzione dell'oggetto;
- adozione di provvedimenti di autotutela e i motivi posti a fondamento dei medesimi;
- richieste di chiarimenti della Corte dei Conti;
- rilievi del Collegio Sindacale;
- relazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- notizie relative ai cambiamenti organizzativi;
- segnalazioni da parte di dipendenti, personale convenzionato, collaboratori a qualsiasi titolo, utenti e cittadini relative a fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale o comunque rilevanti ai fini della valutazione del rischio corruttivo;
- segnalazioni/denunce alla Corte dei Conti e alla Procura della Repubblica da parte dell'A.S.P. nei confronti del personale dipendente, convenzionato o comunque operante presso l'A.S.P.;
- ogni altra informazione concernente i contenziosi - amministrativi, civili, inclusi quelli in materia di lavoro - definiti o pendenti, in cui l'A.S.P. di Ragusa sia parte ricorrente/attore o parte resistente/convenuta, con i motivi posti a fondamento della domanda, sintomatici di possibili aspetti patologici dell'azione amministrativa. Il mancato riscontro alle richieste di collaborazione e di informativa è valutabile ai fini della responsabilità disciplinare.

Misura 5: Incarichi di Arbitrato

La Legge 190/2012 sancisce che le controversie sui diritti soggettivi derivanti dall'esecuzione dei contratti

pubblici possono essere deferite ad arbitri previa autorizzazione motivata da parte dell'organo di governo dell'amministrazione e che in mancata di detta autorizzazione la clausola compromissoria o il ricorso all'arbitrato è nullo (art. 1 co. 19). La nomina degli arbitri per la risoluzione delle controversie nelle quali è parte una P.A. deve avvenire nel rispetto del D. Lgs 163 del 12 aprile 2006 e dei principi di pubblicità e di rotazione previste dai commi 22, 23, 24 dell'art.1 della legge 190/2012 che disciplinano anche i criteri di individuazione dei suddetti arbitri.

Tutte le articolazioni aziendali che attivano procedure di arbitrato trasmettono al RPCT, **entro il 30 novembre**, report riepilogativo sugli incarichi di arbitrato affidati e sull'eventuale rotazione dei suddetti incarichi.

Misura 6: Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti

Il P.T.P.C.T. prevede un meccanismo di controllo e di monitoraggio dei termini di conclusione dei procedimenti di cui all'articolo 1 comma 16 della legge n. 190/2012 attraverso un sistema di reportistica per consentire al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di monitorare costantemente l'andamento dei lavori e di intraprendere le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti.

I Responsabili delle articolazioni aziendali pubblicano in Amministrazione Trasparente la tipologia dei procedimenti di propria pertinenza e provvedono al monitoraggio dei termini per la conclusione dei procedimenti di competenza, trasmettendo, semestralmente, al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza il prospetto riportante i seguenti dati:

- numero di procedimenti conclusi nel semestre di riferimento;
- numero di procedimenti per i quali sono rispettati i termini;
- numero di procedimenti per i quali si è verificato un ritardo;
- ragioni che hanno determinato il ritardo;
- provvedimenti ed interventi correttivi adottati.

Misura 7: Rotazione del personale

L'istituto della rotazione "ordinaria" è disciplinato dagli artt.1, co. 4, lett.e), co. 5 lett. b), co. 10 lett. b) della L. 190/2012 quale misura rilevante di prevenzione della corruzione.

La rotazione del personale chiamato ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione rappresenta una misura organizzativa preventiva, finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione.

L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti ed instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

In particolare il citato comma 10 lett. b) dispone la verifica, d'intesa col dirigente competente, della "effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione"

L'allegato 2 del PNA 2019 definisce l'ambito soggettivo di applicazione della rotazione sia riguardo alla organizzazione che vede in primo piano le pubbliche amministrazioni, pur senza escludere gli altri enti, sia riguardo ai soggetti interessati che si identificano in tutti i pubblici dipendenti tenuto conto della lettura sistematica delle disposizioni normative, della finalità della norma e delle pregresse indicazioni dell'ANAC.

La rotazione ordinaria incontra vari **vincoli soggettivi** quali eventuali diritti individuali dei dipendenti legati ad una determinata sede (es. l. 104/92, congedo parentale, diritti sindacali) e **vincoli oggettivi** quali ad es. competenze professionali specifiche ad elevato contenuto soprattutto tecnico correlate al possesso di iscrizione ad albo specifico o abilitazione professionale (cd. infungibilità). Le pubbliche amministrazioni devono favorire la formazione e l'affiancamento del responsabile di una determinata attività con altro operatore o la circolarità delle informazioni attraverso la trasparenza interna dell'attività.

L'Azienda ha adottato con *delibera* n. 92 del 19 gennaio 2018 il *regolamento aziendale* sulla rotazione del personale nelle aree a rischio corruzione".

La rotazione del personale dipendente (Dirigenti e del Comparto) interessa le Strutture delle aree a rischio, così come mappate nel presente documento. Spetta al Dirigente responsabile per competenza gerarchica la programmazione, gestione e verifica della rotazione ove possibile.

In particolare la rotazione ordinaria riguarderà le seguenti Aree:

- Area amministrativa, professionale e tecnica; Area Sanitaria comprensiva, a mero titolo esemplificativo, della vigilanza-ispezione, accettazione, liste d'attesa, accertamento diagnostico delle commissioni invalidi civili.

La rotazione ordinaria annuale viene programmata all'interno del PIAO aggiornato annualmente. A tal fine il RPCT raccoglie le programmazioni dei Dirigenti responsabili delle aree a rischio e ne verifica l'attuazione.

Nel 2019 è stata avviata la programmazione ordinaria all'interno delle strutture a rischio di corruzione, che ha comportato anche una rivalutazione organizzativa interna da parte dei responsabili di struttura, completata a

seguito dell'emergenza sanitaria da COVID-19 nell'anno 2020.

L'ASP di Ragusa compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture, applica il principio di rotazione prevedendo che nei settori più esposti a rischio di corruzione, siano alternate le figure dei responsabili di procedimento nonché dei componenti delle commissioni di gara.

Con deliberazione n.1987 del 19 ottobre 2018 si è data attuazione alla rotazione del personale tra i servizi amministrativi Risorse Umane e Provveditorato.

Per i dipendenti per i quali non sia possibile disporre la rotazione ordinaria, il Dirigente apicale di struttura dovrà indicare le misure alternative quali l'introduzione del meccanismo della distinzione delle competenze, c.d. segregazione delle funzioni con attribuzione a soggetti diversi dei compiti di svolgere istruttorie ed accertamenti, adottare decisioni, attuare decisioni prese ed effettuare verifiche.

In ogni caso la rotazione deve essere garantita tenendo in considerazione i vincoli esplicitati dall'ANAC con Delibera 831 del 03/08/2016 e delibera 1064 2019 –PNA 2019.

La verifica sull'effettiva attuazione dei processi rotativi sarà effettuata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione **entro il 31 dicembre di ciascun anno.**

Resta ferma la possibilità, in capo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di effettuare controlli a campione e/o di intervenire in ogni modo a seguito di segnalate ed accertate violazioni dei predetti criteri.

La rotazione cd. ordinaria si distingue dalla cd. **“rotazione straordinaria”** di cui all'art.6, o. 1, lett. l-quater del D. lgs. 30 marzo 2001 n. 165 (Testo unico sul pubblico impiego) che prevede la rotazione del personale nei casi di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva” assumendo, così, carattere non preventivo ma successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi.

La rotazione straordinaria è un provvedimento adottato in una fase del tutto iniziale del procedimento penale, il legislatore ne circoscrive l'applicazione alle sole condotte di natura corruttiva, le quali, creando un maggiore danno all'immagine di imparzialità dell'amministrazione, richiedono una valutazione immediata.

L'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del D. Lgs. n. 165 del 2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali “provvedano al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”.

Con delibera n. 215 del 26.03.2019 l'ANAC ha prodotto le linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria.

La rotazione straordinaria è prevista nel regolamento aziendale citato.

Il conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente.

Il concetto di conflitto di interesse va inteso nella sua accezione più ampia rilevando qualsiasi posizione che potenzialmente possa minare il corretto agire amministrativo e compromettere, anche in astratto, l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale per cui comprende il conflitto di **interesse reale e concreto** previsto all'art. 7 e all'art. 14 del D.P.R. n. 62 del 2013, il **conflitto potenziale** che pur non tipizzato potrebbe interferire con lo svolgimento dei doveri pubblici e inquinare l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale del potere pubblico e il **conflitto di interesse strutturale** discendente da posizioni ricoperte e funzioni attribuite che potrebbero pregiudicare l'attività amministrativa per interessi personali o professionali derivanti dall'assunzione di un incarico, pur compatibile ai sensi del d. lgs. 39/2013.

La corretta gestione del conflitto di interessi attiene al principio generale di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 Cost. e la L. 190/2011 lo tratta con riferimento sia al personale interno dell'amministrazione/ente che a soggetti esterni destinatari di incarichi nelle amministrazioni/enti, attraverso diversi aspetti quali l'astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi, le ipotesi di inconfirabilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico disciplinate dal d. lgs. 8 aprile 2013, n. 39, l'adozione dei codici di comportamento, il divieto di pantouflage, l'autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali, l'affidamento di incarichi a soggetti esterni in qualità di consulenti ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001.

Con specifico riferimento alle attività correlate ai **Contratti Pubblici** Le Linee Guida n. 15 approvate dall' Anac con delibera n. 494 del 5 giugno 2019 supportano le stazioni appaltanti riguardo la “Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici”.

Si tratta di una novità assoluta, la cui ratio va ricercata nella volontà di disciplinare il conflitto di interesse in un ambito particolarmente esposto al rischio di interferenze, a tutela del principio di concorrenza e del prestigio della Pubblica Amministrazione. La norma si inserisce nell'ambito della disciplina generale del

conflitto di interesse, delineata dalle seguenti disposizioni: - articolo 6 bis l. 241/1990 - legge 190/2012 e d.lgs 39/2013; - artt. 3,6, 7, 13, 14 e 16 del d.P.R. 62/2013 - articolo 53, comma 14, d.lgs. 165/01 - articolo 78 d.lgs. 267/2000 disciplinando in maniera specifica il caso particolare in cui il conflitto di interesse insorga nell'ambito di una procedura di gara. Le suddette Linee guida si pongono i seguenti obiettivi:

- agevolare le stazioni appaltanti nell'attività di individuazione, prevenzione e risoluzione dei conflitti di interesse nelle procedure di gara favorendo la standardizzazione dei comportamenti e la diffusione delle buone pratiche;
- favorire la regolarità delle procedure di gara;
- garantire imparzialità, trasparenza, efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa;
- garantire i soggetti coinvolti nelle procedure dal rischio dell'assunzione di responsabilità;
- prevedere misure che evitino l'introduzione di oneri eccessivi per le s.a. e i soggetti chiamati a operare nelle procedure di affidamento di contratti pubblici.

Le fasi salienti del processo di approvvigionamento in ambito aziendale sono costituite dalla programmazione, dalla progettazione della gara, dalla scelta del contraente, dalla verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto e dalla sua esecuzione e rendicontazione.

Le attività connesse alle superiori fasi del processo, potrebbero presentare rischi di corruzione quali:

- favorire la scelta nella programmazione e progettazione della gara, privilegiando la realizzazione di talune opere pubbliche da parte di un operatore rispetto a quelle di maggiore interesse ed utilità per l'Azienda;
- favorire la nomina di un contraente che abbia interessi connessi al responsabile del procedimento o di chi partecipa al processo decisionale relativo;
- alterazione e/o omissione dei controlli e delle verifiche, al fine di avvantaggiare un aggiudicatario privo dei requisiti, ovvero violare le regole poste a tutela della trasparenza della procedura, al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte dei soggetti esclusi o non aggiudicatari;
- favorire l'attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti al fine di ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti; ovvero rilascio del certificato di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici e/o mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera;
- operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici di questa Azienda, con particolare riferimento alle attività riguardanti gli appalti, finanziamenti pubblici, pagamenti fornitori, ecc.

I Direttori/Responsabili delle strutture aziendali acquisiranno il 100% delle dichiarazioni sostitutive relative alla assenza di situazioni di conflitto di interesse del personale della unità operativa.

I Direttori delle strutture presso le quali sono state avviate le procedure per l'aggiudicazione degli appalti assicureranno la trasparenza con la pubblicazione degli atti come previsto dal D. lgs 33/2013 e trasmetteranno, entro il 30 giugno dell'anno successivo, report riepilogativo contenente tutte le informazioni fondamentali relative alle varie fasi del processo (contratto) al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Svolgimento incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali

Con l'entrata in vigore della L.190/2012 è stato modificato l'art.53 del D. lgs n.165/2001 prevedendosi nuovi e diversi adempimenti in materia di conferimento e autorizzazione allo svolgimento da parte di dipendenti pubblici di incarichi extra istituzionali sia a titolo gratuito che con retribuzione. L'ASP di Ragusa, pertanto, fa sì che a tutto il personale dipendente, sia con rapporto di lavoro parziale che a tempo indeterminato, si applichi il "Regolamento aziendale in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali". Tale regolamento prevede:

- incarichi, gratuiti e retribuiti (art.53, comma 6 D. lgs165/2001), che necessitano di comunicazione preventiva;
- modalità di richiesta e criteri di valutazione;
- regime sanzionatorio.

Il Direttore della UOC Risorse Umane attuerà i controlli a campione sulle modalità di svolgimento dell'attività extra istituzionale autorizzata nel corso dell'anno di riferimento con particolare riguardo al rispetto dell'obbligo di svolgere l'attività al di fuori dell'orario di lavoro trasmettendo il relativo report al RPCT entro il 30 giugno dell'anno corrente.

Misura 8: Astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi

Ai sensi dell'art.6 bis della L.241/1990 introdotto dall'art. 1, co. 41, della l. 190/2021 ed ai sensi del DPR 62/2013 e dell'articolo 42 del d.lgs. 50/2016 (conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni).

I dipendenti dell'ASP di Ragusa sono tenuti a comunicare tempestivamente al Direttore/Responsabile

dell'ufficio di appartenenza ovvero, laddove si tratti di Dirigenti apicali, al Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'Azienda, le ragioni che possono comportare un conflitto d'interesse per le conseguenti determinazioni. L'obbligo di astensione è in capo al responsabile del procedimento o al titolare dell'ufficio competente ad effettuare valutazioni, a predisporre atti endo-procedimentali e ad assumere il provvedimento finale.

L'art. 6 del DPR 16 aprile 2013, n. 62 prevede, inoltre, per il dipendente l'obbligo di comunicare al dirigente, all'atto della assegnazione all'ufficio, i rapporti intercorsi negli ultimi tre anni con soggetti privati in qualunque modo retribuiti. La comunicazione riguarda anche i rapporti intercorsi o attuali dei parenti o affini entro il secondo grado. L'art. 7 del citato DPR recita: *"Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza".*

Qualora sorga l'obbligo di astensione il dipendente e il soggetto di altre categorie dianzi citate deve astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o a svolgere attività e deve darne comunicazione al proprio Direttore/Responsabile e al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione Aziendale entro il termine massimo di 48 ore da quando ne ha avuto conoscenza.

Il Direttore/Responsabile esamina le circostanze e valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo. Il dirigente destinatario della segnalazione deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico esso dovrà essere affidato dal dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento. I provvedimenti relativi alle astensioni sono custoditi dalla U.O.C. Risorse Umane e comunicati per conoscenza al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione. La mancata presentazione della richiesta di astensione - nel caso in cui sorga tale obbligo - costituisce violazione dei doveri del pubblico dipendente, oltre a costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso.

Il responsabile di riferimento verifica l'effettiva sussistenza delle condizioni che determinano l'obbligo di astensione, e adotta i conseguenti provvedimenti di competenza. L'astensione deve essere annotata nella pratica e deve esserne data comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione che provvede alla tenuta di relativo archivio.

La disposizione si applica:

- a tutto il personale dipendente con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e a tempo determinato;
- a tutto il personale dipendente di altre pubbliche amministrazioni, acquisito in comando o distacco;
- a tutto il personale che opera in azienda con altre forme di lavoro flessibile.

La verifica della insussistenza di situazioni di conflitto di interesse ai fini del conferimento dell'incarico di consulente risulta coerente con l'art. 2 del d.P.R. n. 62 del 2013, laddove è stabilito che le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001 estendono gli obblighi di condotta previsti dal codice di comportamento (e dunque anche la disciplina in materia di conflitto di interessi), per quanto compatibili, anche a tutti i collaboratori o consulenti, a qualunque titolo e qualunque sia la tipologia di contratto o incarico, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche.

Ai Direttori/Responsabili di struttura ai sensi dell'art.1 comma 9, lett. e della Legge 190/2012, spetta il compito di monitorare i rapporti fra l'Amministrazione ed 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. Detta attività dovrà essere riportata dai Referenti nella relazione annuale di monitoraggio del Piano.

I Direttori/Responsabili di struttura delle UU.OO.CC. interessate da tali rapporti sottopongono ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni, ai fornitori e ditte appaltatrici, dichiarazione sottoscritta di assenza di conflitto di interesse, predisposta all'uopo. In caso di incarichi di consulenza e collaborazione, comunque denominati, l'ufficio conferente provvederà ad effettuare apposita verifica circa la insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.

Infine i Professionisti, tanto dell'area sanitaria quanto di quella amministrativa, nell'espletamento di attività

inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione di risorse e processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie nonché sperimentazione e sponsorizzazione, devono rendere conoscibili le relazioni e/o interessi che possono coinvolgerli, presentando apposite dichiarazioni.

Riguardo alle sponsorizzazioni a eventi formativi esterni, con deliberazione n.1114 del 05 giugno 2018, l'Azienda ha adottato il Regolamento sulla partecipazione dei singoli dipendenti ad eventi formativi esterni all'Azienda con spese a carico di soggetti terzi.

La finalità del regolamento è di assicurare che la sponsorizzazione avvenga in maniera trasparente, secondo criteri di pari opportunità, imparzialità e rotazione, al fine di prevenire l'insorgenza di conflitto di interesse reale o potenziale.

Misura: 10 Inconferibilità e incompatibilità

Il Decreto Legislativo n. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni, ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati di controllo pubblico, disciplinando i casi di inconferibilità e incompatibilità.

La delibera ANAC n. 149/2014, ha limitato, per le Aziende sanitarie ai soli direttori aziendali, Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità ex D. Lgs. n. 39/2013, precisando che: "Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39".

Alla luce di quanto sopra, la UOC Risorse Umane provvede a verificare l'insussistenza delle cause specifiche di inconferibilità/incompatibilità previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 limitatamente agli incarichi conferiti dall'Azienda al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, acquisendo annualmente, ai sensi dell'art. 20, c. 2 del D. Lgs. n. 39/2013, apposita dichiarazione.

Le dichiarazioni sono pubblicate sul sito web dell'Asp di Ragusa nella sezione Amministrazione Trasparente.

La UOC Risorse Umane invia al RPC un report ove venga attestato l'avvenuto controllo e verifica di tutte le autocertificazioni, presentate dai Direttori e pubblicate in Amministrazione trasparente.

Misura 11: Incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni

Ai sensi del D.lgs. n. 39/2013 per "incompatibilità" si intende "l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico". A differenza della inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra loro. Se si riscontra nel corso del rapporto una situazione di incompatibilità, il Responsabile della prevenzione della corruzione effettua una contestazione all'interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art.19 D. Lgs. n. 39/2013).

L'Azienda verifica la sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità nei confronti dei titolari di incarichi previsti nei Capi V e VI del citato decreto n.39 per le situazioni contemplate nei medesimi Capi.

Il controllo deve essere effettuato sia all'atto del conferimento dell'incarico, sia annualmente e su richiesta nel corso del rapporto. A tal fine, il Direttore della UOC Risorse Umane è tenuto ad assicurare che:

- negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi siano espressamente inserite le cause di incompatibilità;
- i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto (con cadenza annuale fissata preferibilmente nel mese di gennaio di ogni anno). La dichiarazione sostitutiva sull'insussistenza di cause di incompatibilità, resa dai soggetti interessati, deve essere pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda (art. 20 D.lgs. n.39/2013).

Misura 12: Formazione

Il Piano annuale di Formazione, in questi anni, ha previsto un percorso obbligatorio e formativo per la prevenzione della corruzione definito d'intesa tra il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, il Responsabile della Formazione e la Direzione Strategica pro tempore. L'attività formativa, avviata negli anni 2017 e 2018, normativamente prescritta, come puntualmente richiamato nel PNA, è stata strutturata su due livelli: livello generale rivolto a tutti i dipendenti, che deve riguardare l'aggiornamento delle competenze delle varie professionalità e le tematiche dell'etica e della legalità, quelle dell'attuazione ed osservanza dei Codici di Comportamento, nazionale ed aziendale, nonché l'aggiornamento del Piano; livello specifico rivolto al Responsabile della prevenzione in uno al suo staff, ai Referenti e agli operatori addetti alle aree a rischio che

essenzialmente, deve riguardare gli strumenti concretamente utilizzabili per un'efficace prevenzione e rilevazione. Si fa quindi rinvio alla *"Procedura per la selezione e formazione dei dipendenti che operano nei settori a rischio corruzione"*, adottata con delibera n. 2088 del 15 settembre 2016, utilmente notificata a tutti i Referenti anticorruzione, i quali annualmente o con altra periodicità eventualmente fissata, trasmetteranno al Responsabile della prevenzione l'elenco nominativo del personale da inserire nel programma formativo. Nell'anno 2017 e 2018 sono stati effettuati moduli, *in house*, di livello specialistico rivolti a Referenti Anticorruzione, Responsabili di struttura e funzionari operanti nelle c.d. aree a rischio. Sempre negli anni 2017/2018/2019, si è proseguito il programma di formazione triennale di livello generale, in modalità FAD on line che ha riguardato il personale diviso in tre gruppi di circa 1200 dipendenti cadauno che attraverso un processo di richiamo per coloro che non avevano potuto ottemperare all'obbligo formativo, è stato completato il 30.06.2020. Con nota prot. n. 28/RPCT del 13 ottobre 2020 inviata alla Direzione Strategica e al Responsabile della Formazione, è stata evidenziata la necessità di programmare e realizzare ulteriori corsi di formazione in tematiche specialistiche (conflitti di interesse, antiriciclaggio, pantouflage). Dette tematiche sono state dettagliatamente elencate con successiva relazione n. prot. 54/RPCT del 30 dicembre 2020 RPCT alla Direzione strategica e al Responsabile della Formazione. Così, il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020/2022 ha previsto un percorso di formazione, in continuità, di tutti gli operatori aziendali quale strumento necessario sia per la crescita professionale che, soprattutto, per il rafforzamento della cultura anti- corruzione finalizzato al miglioramento del contesto organizzativo. In considerazione del protrarsi dell'emergenza COVID19 che ha impedito la formazione in presenza, è stata autorizzata la formazione obbligatoria in e- learning sulla *corretta applicazione della normativa vigente in materia di prevenzione della corruzione* offerta dall'Istituto Italiano Anticorruzione con delibera n. 2930 del 27 novembre 2020.

Il Corso in e- learning rivolto, in prima istanza ai Direttori/Responsabili ha trattato i seguenti temi attraverso dei filmati (tre) relativi a:

Piano Nazionale 2019 - contenuti ed aggiornamenti;

La gestione del rischio (corruzione) e l'approccio basato sulla valutazione dei processi aziendali (risk processes based approach);

Identificazione del rischio - Progettazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione - Monitoraggio e Riesame del PTPCT.

I Direttori/Responsabili hanno potuto seguire il corso accedendo alla piattaforma, on line dal 20 gennaio 2021. Inoltre, detta formazione è stata estesa a tutti i dirigenti, essendo gli argomenti trattati di interesse generale. Nel corso dell'anno 2022 saranno proposti per l'inserimento del Piano Formativo Aziendale corsi di base sull'Etica e legalità e corsi di approfondimento specifico (L. 190/2012 e norme attuative- la responsabilità disciplinar dei dipendenti pubblici nella sanità) sul Sistema di Antiriciclaggio e prevenzione del finanziamento del terrorismo e sulla gestione del rischio di prevenzione della corruzione.

IL RPCT propone la formazione e i Direttori/Responsabili di struttura assicurano la partecipazione di almeno il 60% per anno del personale che afferisce alla struttura.

Misura 13: Patto di integrità

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 alla partecipazione ad una gara d'appalto. Il patto di integrità è quindi un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni qualora qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo.

Al fine di garantire una leale concorrenza e pari opportunità di successo a tutti i partecipanti, nonché una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e affidamento, in coerenza con le determinazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, l'ASP di Ragusa con deliberazione n. 1036 del 5 maggio 2016 ha adottato il documento denominato *"Patto di Integrità"*, pubblicato nella sezione *Altri Contenuti - Corruzione* del sito istituzionale.

Delle eventuali violazioni del patto d'integrità e dei conseguenti provvedimenti adottati deve essere data tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione.

In qualsiasi procedura negoziata per la fornitura di beni/servizi e per l'esecuzione di lavori (anche di valore inferiore a € 40.000,00) si dovrà procedere a fare sottoscrivere, a pena di esclusione, alle Ditte partecipanti, il Patto di Integrità un modello debitamente sottoscritto che dovrà essere presentato - a pena di esclusione - in uno alla documentazione necessaria per la partecipazione alla procedura negoziata. Il detto modello successivamente dovrà essere altresì sottoscritto dal Direttore/Responsabile della Struttura che cura la procedura di fornitura. Negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito dovrà essere inserita la clausola che il mancato rispetto del patto d'integrità sottoscritto dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto. La mancata previsione negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito della predetta clausola di salvaguardia, e/o la mancata verifica della sottoscrizione del Patto d'Integrità costituiscono violazioni dei doveri del pubblico dipendente. Soggetti attuatori Dirigenti che eseguono le procedura negoziata per la fornitura di beni/servizi e per l'esecuzione di lavori (anche inferiore a 40.000,00).

Indicatore di risultato: Invio al RPC da parte dei soggetti attuatori di un Report attestante per ciascuna procedura negoziata l'avvenuta somministrazione con l'indicazione della ditta entro il 31 ottobre di ogni anno. I Direttori/Responsabile di struttura che si occupano di procedura negoziata per la fornitura di beni/servizi e per l'esecuzione di lavori trasmettono semestralmente- report attestante per ciascuna procedura negoziata l'avvenuta somministrazione al RPCT.

Programmazione dei fabbisogni

La programmazione dei fabbisogni permette di minimizzare il ricorso a procedure di acquisto in economia riducendo i costi di approvvigionamento e rendendo più efficiente il processo di approvvigionamento interno all'Azienda.

L'art.1, comma 505 della Legge di Stabilità 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n.208) aveva già previsto l'obbligo di approvazione da parte delle Pubbliche Amministrazioni, entro il mese di ottobre di ciascun anno, di un programma biennale degli acquisti di beni e servizi di importo unitario superiore al milione di Euro.

Il programma biennale, predisposto sulla base dei fabbisogni di beni e servizi, deve indicare l'oggetto delle prestazioni, la quantità, ove disponibile il numero di riferimento della nomenclatura, le relative tempistiche.

L'art. 21 del D. Lgs n. 50/2016 e s.m.i. (nuovo Codice dei contratti pubblici) rafforza il concetto di programmazione dei fabbisogni, specificando che "Le amministrazioni aggiudicatrici adottano il programma biennale degli acquisti di beni e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali. I programmi sono approvati nel rispetto dei documenti programmatici e in coerenza con il bilancio" ... " Il programma triennale dei lavori pubblici e i relativi aggiornamenti annuali contengono i lavori il cui valore stimato sia pari o superiore a 100.000 euro e indicano" ... "i lavori da avviare nella prima annualità, per i quali deve essere riportata l'indicazione dei mezzi finanziari stanziati sullo stato di previsione o sul proprio bilancio...."

"Il programma biennale di forniture e servizi e i relativi aggiornamenti annuali contengono gli acquisti di beni e di servizi di importo unitario stimato pari o superiore a 40.000 euro"

"Il programma biennale degli acquisti di beni e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali sono pubblicati sul profilo dell'azienda, sul sito informatico del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti e dell'Osservatorio..."

A ciò si aggiunge l'entrata in vigore del D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 "Codice dei contratti pubblici", modificato dal c.d. "correttivo" D. Lgs. 19 aprile 2017, n. 56, che ha innovato la gestione delle procedure di gara e la fase dell'esecuzione, modificando significativamente le modalità operative in materia di appalti pubblici e concessioni. Da ultimo il suddetto Decreto è stato aggiornato con il D.L. 31.05.2021 n. 77 "Governance del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure" convertito con legge 29.07.2021 n. 108.

Ne è derivata la necessità di agire negli ambiti nei quali la normativa lascia spazio alla semplificazione dell'azione amministrativa, cosicché, da un lato, non si aggravi il procedimento e, dall'altro, pur nel pieno rispetto delle disposizioni vigenti, si possa garantire agli operatori quella flessibilità che consente di realizzare i criteri di efficacia, efficienza ed economicità, mediante il Regolamento per le procedure d'acquisto di beni, servizi e per l'esecuzione di lavori sotto le soglie comunitarie.

Tra le misure specifiche per la gestione dei processi di acquisto in ambito sanitario di rilevante importanza rivestono le misure per affrontare, in modo sistemico e strategico, le situazioni, anche potenziali, di conflitti di interesse, considerato che i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso coloro che utilizzano i beni acquistati.

L'argomento riveste una particolare rilevanza alla luce anche del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., che, all'art. 42, reca una specifica previsione sulla individuazione e risoluzione dei conflitti di interesse che possono essere percepiti come minaccia all'imparzialità e all'indipendenza del personale della stazione appaltante.

In particolare, per le richieste di acquisto di beni esclusivi o infungibili, occorre prestare ancor maggior attenzione a potenziali e/o effettivi conflitti di interesse che possono riguardare il sanitario che dichiara la necessità di acquisto di un bene di tal natura.

Per il ricorso a procedure negoziate, senza previa pubblicazione di un bando, per l'acquisto di forniture e servizi ritenuti esclusivi/infungibili, l'Azienda deve seguire le seguenti misure:

- documento unico, condiviso tra i Responsabili dell'area dei contratti pubblici, che definisce, l'iter da seguire per acquisizioni di beni esclusivi/infungibili, coinvolgendo e sensibilizzando i sanitari interessati;
- predisposizione di una modulistica per le proposte di acquisto di tali beni, che contempli anche le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse.

Si precisa che infungibilità ed esclusività non sono sinonimi:

L'infungibilità attiene ad aspetti funzionali e di risultato, in quanto il bene/servizio non può essere sostituito da altro bene/servizio in grado di soddisfare il medesimo bisogno.

L'Esclusività attiene ad aspetti giuridici e commerciali (vale a dire vi è la sussistenza di protezione del bene discendente da brevetto o privativa industriale), ma indipendentemente da ciò può essere sostituito da altro bene che soddisfi il medesimo bisogno.

I Direttori delle UUOCC Provveditorato, Tecnico-Patrimoniale, Farmacia, Servizio Informatico e il Responsabile del Servizio di Ingegneria Clinica avranno l'obbligo di trasmettere al RPCT una rendicontazione periodica semestrale sugli acquisti di beni e servizi infungibili, specificando le tipologie di prodotti/servizi ed il valore di acquisto.

Alternanza nel ruolo di responsabile unico del procedimento

Al fine di evitare situazioni di contiguità con le imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) ed assicurare la terzietà ed indipendenza del Responsabile Unico del Procedimento (RUP) deve essere attentamente valutata la possibilità di una rotazione degli incarichi di responsabile unico del procedimento, che la normativa di settore configura come non appannaggio esclusivo dei Dirigenti di Struttura Complessa e che pertanto può essere affidato anche a personale del Comparto, purché in possesso dei necessari requisiti di idoneità professionale in relazione all'appalto da affidare.

I Responsabili delle aree a rischio – Contratti Pubblici – dovranno predisporre una relazione annuale sulle modalità di assegnazione del ruolo di RUP, con evidenza del numero delle procedure assegnate a ciascun dirigente, da far pervenire entro il 31 dicembre di ciascun anno al RPCT.

Scelta dei componenti delle commissioni giudicatrici

Tra le misure specifiche per la gestione dei processi di acquisto in ambito sanitario, rilevante importanza riveste la scelta dei componenti delle commissioni giudicatrici, che si occupano di valutare, dal punto di vista tecnico ed economico, le offerte pervenute nell'ambito di una procedura di gara.

L'ANAC, con delibera n. 1190 del 16/11/2016, ha emanato le Linee Guida n. 5 recanti "Criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici", così come previsto dall'art. 78 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., ed ha definito i criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici. Le Linee Guida n. 5 sono state aggiornate con deliberazione del Consiglio dell'ANAC n. 5 del 10.01.2018.

Esse devono essere composte da esperti nello specifico settore cui afferisce l'oggetto del contratto, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 77, co. 3 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., che nello specifico dispone che:

- i commissari siano scelti tra gli esperti iscritti ad apposito Albo dei componenti delle commissioni giudicatrici, istituito presso l'ANAC, da individuarsi mediante pubblico sorteggio tra una lista di candidati comunicata dall'ANAC;

- nel caso di affidamento di contratti di importo inferiore alla soglia di cui all'art. 35 del medesimo D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. o per quelli che non presentino particolari complessità, è fatta salva la facoltà della stazione appaltante di nominare componenti interni, nel rispetto del principio di rotazione.

L'Autorità ha tuttavia differito più volte il termine di avvio del sistema dell'Albo dei commissari di gara, confermata la sospensione anche dal d.l. 77/2021 che la estende al 30/06/2023; resta pertanto in capo alla stazione appaltante la scelta dei componenti la commissione giudicatrice.

Misura 14: **Rapporti fra l'amministrazione e i soggetti aventi rilevanza economica**

I Responsabili delle articolazioni aziendali provvedono a monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, 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, attraverso appositi moduli da somministrare ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni e ai fornitori. Il suddetto monitoraggio deve partire dalle aree ad alto rischio e con riguardo ad alcuni particolari processi (procedure negoziate, affidamenti diretti varianti in corso di esecuzione, subappalto, proroghe prosecuzioni rapporti contrattuali, autorizzazioni sanitarie e o pareri finalizzati al rilascio di provvedimenti di autorizzazioni concessioni rilasciate dal dipartimento di prevenzione, trasporti emodializzati con mezzi degli enti in convenzione con l'ASP, valutazioni medico-legali, pagamento fornitori, emissioni di mandato/incasso e reversali).

I Responsabili delle strutture interessate e i dirigenti e i dipendenti assegnatari delle pratiche rientranti nelle suddette materie attestano, nel provvedimento di competenza, l'insussistenza di relazioni di parentela o affinità con i destinatari/beneficiari del provvedimento medesimo.

Nell'ipotesi di conflitto d'interesse, dovranno essere attivati i meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art. 6 bis della Legge n.241/90 e succ. m. e i. e richiamati nel vigente Codice Etico Comportamentale dell'A.S.P.

Misura 14 bis : Rapporti contrattuali con privati accreditati Con specifico riferimento ai rapporti contrattuali con privati accreditati è necessario regolamentare l'attività di controllo effettuata a livello distrettuale nell'ambito della specialistica ambulatoriale e a garantire e verificare che le attività oggetto di contratto si svolgano conformemente alle regole specifiche generali e di settore. Si dovrà, pertanto, provvedere ad attivare o

implementare con procedura formale i percorsi operativi sull'attività di vigilanza e controllo distrettuale e sulle modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni ambulatoriali" con determinazione quantitativa e qualitativa dei controlli pianificati, check list di verifica e relativa scheda di monitoraggio, ispirati ai principi di:- Trasparenza: attraverso la pianificazione dell'attività di controllo e la vigilanza della funzione e il ritorno informativo delle risultanze dei controlli;- Omogeneità: le regole, gli strumenti e la metodologia applicata per lo svolgimento dei controlli devono essere uniformi, omogenei ed unici su tutto il territorio aziendale;- Imparzialità: garantire la neutralità nello svolgimento dei controlli;- Oggettività: ridurre al minimo gli elementi di discrezionalità nella metodologia e nello svolgimento dei controlli;- Legalità: certezza delle "regole del gioco" e degli esiti legati a determinati eventi- Responsabilità: deve essere prevista la responsabilizzazione dei diversi attori del sistema.

I Direttori dei Distretti Sanitari e il Direttore di Assistenza di Base e Specialistica attuano il monitoraggio sulle attività di vigilanza e controllo distrettuale e sulle modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni ambulatoriali trasmettendo un report semestrale al RPCT.

Misura 14 tris: Attività riguardanti l'ambito farmaceutico, dispositivi e altre tecnologie di ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Il settore dei farmaci, dei dispositivi, così come l'introduzione di altre tecnologie nell'organizzazione sanitaria, nonché le attività di ricerca, di sperimentazione clinica e le correlate sponsorizzazioni, sono ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi.

Con riferimento al processo di acquisizione dei farmaci valgono i medesimi principi generali, i potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione relativi al ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto e/o in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio. Tuttavia, la peculiarità del bene farmaco e delle relative modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento, può dar luogo a comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di eventi avversi, in relazione ai quali è necessario adottare idonee misure di prevenzione. In tal senso, oltre alle misure di carattere generale relative all'intero ciclo degli acquisti, costituiscono misure specifiche:

- la gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte;*
- l'informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione. Quest'ultima misura, oltre a rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-paziente, consentirebbe la riduzione di eventuali sprechi e una corretta allocazione/utilizzo di risorse. Per quanto attiene la prescrizione dei farmaci in ambito extra ospedaliero, eventi rischiosi possono riguardare:*
- l'abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale;*
- omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali-quantitativo delle prescrizioni da parte dell'azienda sanitaria.*

Il Direttore Farmacia Ospedaliera e il Direttore Farmacia Territoriale inviano al RPCT un report utile ad individuare le eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco paziente, sia in ambito ospedaliero che extra-ospedaliero.

Misura 15: Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage - revolving doors)

La legge n.190/2012 ha introdotto il comma 16-ter nell'ambito dell'art. 53 del D.lgs. n. 165/2001, volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa preconstituersi delle situazioni lavorative vantaggiose e sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui vantaggioso presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma quindi prevede una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti. In particolare la disposizione stabilisce che "i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, non possono svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli....."

In merito, si dà atto dell'emanazione della Direttiva aziendale con n. prot. E-0002158 del 7 giugno 2016 inoltrata, per la conseguente presa d'atto ed attuazione di competenza, ai Direttori delle unità operative complesse Risorse Umane, Provveditorato, e Servizio Tecnico-Patrimoniale.

Il rispetto della delineata normativa comporta che:

- a) nei contratti di assunzione del personale sarà inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività*

lavorativa, autonoma o subordinata per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
b) si agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D.lgs. n. 165 del 2001;
c) sia disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto (a).
d) sia rilasciata una nota, al momento della cessazione, ai dipendenti che negli ultimi tre anni hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, che li informi dell'obbligo di non svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari di provvedimenti adottati o contratti conclusi con il proprio datore di lavoro.

Nei bandi di gara, anche mediante procedura negoziata, nei contratti/convenzioni con le strutture private accreditate, deve essere inserita la condizione soggettiva di non aver concluso e impegnarsi a non concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito e impegnarsi a non attribuire incarichi ad ex dipendenti che abbiano esercitato per le attività di cui al precedente periodo nei loro confronti, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto; e deve altresì essere disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la detta situazione per la partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso per il caso di violazione.

Di seguito la clausola tipo da inserire negli schemi di contratti pubblici di acquisizione di beni e servizi e di affidamento di lavori:

"L'aggiudicatario, con la sottoscrizione del presente contratto, dichiara che, a decorrere dall'entrata in vigore del comma 16 ter dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 (28.11.2012), non ha affidato incarichi o lavori retribuiti, di natura autonoma o subordinata, a ex dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del medesimo decreto, entro tre anni dalla loro cessazione dal servizio, se questi avevano esercitato, nei confronti dell'aggiudicatario medesimo, poteri autoritativi o negoziali in nome e per conto dell'Amministrazione di appartenenza, consapevole del divieto di conferire tali incarichi previsto dall'art.16-ter del D. Lgs. 265/2001."

Si precisa che i dipendenti con poteri autoritativi o negoziali sono soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della P.A., i poteri sopra accennati, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici o che comunque hanno il potere di incidere in modo determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, attraverso l'elaborazione di atti endo-procedimentali obbligatori (perizie, pareri, certificazioni) che vincolano in maniera significativa la decisione della P.A.. Pertanto il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che abbia sottoscritto l'atto, ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

Inoltre, il divieto è da intendersi esteso a tutti i soggetti assimilabili ai dipendenti pubblici, quindi a coloro che sono legati alla Pubblica Amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo indeterminato, determinato o autonomo (parere ANAC AG/2 del 4/02/2015).

Le conseguenze della violazione del divieto di pantouflage attengono in primo luogo alla nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico dai soggetti privati.

I Direttori delle Unità operative acquisiscono dalle strutture esterne apposita dichiarazione sostitutiva di atto notorio dalla quale risulti che gli ex dipendenti interessati alle suddette attività non svolgano attività lavorativa presso le medesime strutture esterne. Il Direttore della UOC Risorse umane trasmette report semestrale al RPCT attestante l'esito delle verifiche effettuate anche se negative e riportante personale cessato/ clausola inserita nella nota e bandi/clausola inserita.;

Il Direttore delle UOC che gestisce i rapporti con le strutture esterne trasmette report semestrale attestante l'esito delle verifiche effettuate anche se negative e riportante n. contratti con clausola/ n. contratti stipulati da presentare al RPCT

Misura 16: **Esercizio dell'attività libero professionale**

Per quest'area specifica è necessario implementare il processo di gestione del rischio con riferimento sia alla fase autorizzatoria che a quella dello svolgimento effettivo dell'attività libero professionale, nel rispetto del regolamento aziendale. Per quanto attiene alla fase autorizzatoria è necessario, oltre la preventiva verifica della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'ALPI, anche il controllo sulle dichiarazioni sostitutive prodotte dai professionisti, al fine del rilascio della autorizzazione. In merito alla verifica del corretto svolgimento dell'ALPI, viene predisposta apposita check list quale ulteriore misura finalizzata alla verifica della corretta applicazione del regolamento aziendale sulle modalità organizzative dell'attività libero-professionale intramuraria (deliberazione n.208 del 26. 09.2014).

L'attività di controllo posta in essere con l'applicazione delle check list è diretta alla verifica delle sottoelencate azioni:

-verifica sul sistema di prenotazione da parte del CUP (gestione delle prenotazioni in relazione alle distinte agende fornite dal Dirigente autorizzato con le modalità stabilite dall'Azienda in merito a disciplina, luogo di svolgimento, giorni, orari, tipologia delle prestazioni e tariffe) e verifica sulle timbrature con codice dedicato effettuate dal Dirigente autorizzato nelle giornate in cui effettua prestazioni in ALPI;

-verifica sull'attività di riscossione;

-verifica del rispetto delle procedure amministrative previste dal regolamento aziendale (controllo mensile sul corretto equilibrio fra attività istituzionale ed attività resa in ALPI e controllo mensile sulle prestazioni rese e fatturate).

Il Direttore della UOC Risorse Umane dovrà trasmettere al RPCT, semestralmente, apposita check list, i cui indicatori si riportano di seguito:

- n° controlli sulle autocertificazioni rese dai professionisti ai fini del rilascio delle autorizzazioni / n° totale delle autocertificazioni rese = 100%
- n° check list compilate per ogni provvedimento di liquidazione adottato / n° di provvedimenti di liquidazione adottati
- attestazione ove venga rilevata, a seguito dei controlli effettuati la assenza di criticità ovvero l'indicazione delle criticità rilevate a seguito delle sotto indicate tipologie di verifiche:
 - verifica sul sistema di prenotazione da parte del CUP (gestione delle prenotazioni in relazione alle distinte agende fornite dal Dirigente autorizzato con le modalità stabilite dall'Azienda in merito a disciplina, luogo di svolgimento, giorni, orari, tipologia delle prestazioni e tariffe) e verifica sulle timbrature con codice dedicato effettuate dal Dirigente autorizzato nelle giornate in cui effettua prestazioni in ALPI;
 - verifica sull'attività di riscossione;
 - verifica del rispetto delle procedure amministrative previste dal regolamento aziendale (controllo mensile sul corretto equilibrio fra attività istituzionale ed attività resa in ALPI e controllo mensile sulle prestazioni rese e fatturate).

Misura 17: **Procedure riguardanti incarichi e nomine**

Questa Azienda mediante il PTPC vigente intende dare attuazione a tutte le possibili misure di trasparenza ulteriori a quelle già previste dall'art. 41, del d.lgs. 33/2013 così come modificato dal D.lgs 97/2016. Infatti, a prescindere dal ruolo, dalla qualifica e dal settore di riferimento, l'Azienda intende dare evidenza ai processi di nomina e di conferimento degli incarichi in modo da assicurare il massimo livello di trasparenza e l'utilizzo di strumenti di valutazione che privilegino il merito e l'integrità del professionista aspirante all'incarico, al fine di garantire la tutela ed il perseguimento del pubblico interesse. Quanto sopra atteso che l'ambito delle attività relative al conferimento degli incarichi, alla valutazione o alla revoca o conferma degli stessi, si configura, nel servizio sanitario, tra le aree a "rischio generali".

Nel settore sanitario il "rischio" è connesso:

- alla mancata e/o carente osservanza delle norme in materia di trasparenza
- alla mancata e/o carente osservanza dei criteri di imparzialità
- all'uso distorto della discrezionalità.

Il conferimento degli incarichi è una delle dirette prerogative del Direttore Generale in cui si misura in maniera più evidente la capacità e l'integrità manageriale e l'adequazione degli strumenti dallo stesso utilizzati al fine di assicurare la corretta programmazione, pianificazione e valutazione del valore delle risorse umane e professionali e, conseguentemente, dell'organizzazione dei servizi. L'ANAC, con l'aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione e con Determinazione n.833 del 3 agosto 2016, ha approfondito l'ambito relativo al conferimento di incarichi dirigenziali, quelli di struttura complessa e gli incarichi ai professionisti esterni, esemplificandone rischi e relative misure.

Il Direttore Risorse Umane assicurerà la pubblicazione dei dati anche in tabelle in Amministrazione Trasparente, evidenziando, nella relazione semestrale, da trasmettere al RPCT le ipotesi di rischio, le misure previste ed i risultati raggiunti

Misura 18: **Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero**

Le Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero rappresentano un ambito particolarmente sensibile al rischio di corruzione, così come evidenziato nella determinazione ANAC n.12 del 2015 e n.831 del 2016. Nelle more di un auspicabile approfondimento, anche in sede legislativa, delle problematiche correlate a questa delicata fase collegata al decesso intraospedaliero occorre nel frattempo assicurare, dal punto di vista organizzativo e delle risorse a disposizione, la più appropriata modalità di gestione. Per quanto concerne gli eventi rischiosi che possono verificarsi, si indicano, ad esempio, la comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambi odi una quota sugli utili; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/odei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre

in cambio di una quota sugli utili; la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario). Appare evidente che le misure, sia nel caso di gestione esternalizzata che internalizzata, devono essere rivolte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti (interni ed esterni) in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio.

La ASP di Ragusa ha adottato un regolamento interno per garantire l'applicazione delle misure di prevenzione del rischio tra cui rientrano la rotazione del personale direttamente interessato e l'adozione di specifiche regole di condotta all'interno dei codici di comportamento, come ad esempio, obblighi di riservatezza relativi all'evento del decesso cui devono attenersi gli operatori addetti al servizio. Per gli operatori esterni, una possibile misura è costituita dal monitoraggio dei costi e tempi di assegnazione (anche al fine di riscontrare eventuali proroghe ripetute e/o una eccessiva concentrazione verso una stessa impresa o gruppo di imprese) del servizio di camere mortuarie.

I Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri (per analogia si estende ai Direttori Sanitari di Distretto per le RSA) trasmetteranno, semestralmente, al RPCT un report riportante le misure adottate con evidenza delle percentuali di ricorso alle singole imprese indicate nell'elenco affisso.

Misura 19: Gestione liste di attesa

Quando l'alterazione delle liste di attesa provoca un differimento "volontario" dei tempi di erogazione di prestazioni a più elevato indice di priorità con conseguenti ripercussioni sullo stato di salute del paziente destinatario di tali prestazioni, bisogna attuare tutte le misure atte a potenziare le azioni di ispezione, vigilanza e di controllo dei processi che riguardano ad esempio:- la informatizzazione delle liste di attesa;- l'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia;- l'aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali;- la verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione;- la definizione di tempistiche per l'esecuzione dell'intero procedimento;- la previsione di requisiti soggettivi per la nomina a componente delle commissioni ispettive;- la rotazione degli ispettori; la definizione di procedure per l'esecuzione delle attività ispettive come la definizione di un modello standard di verbale omogeneo. Tali misure consentiranno il contenimento del rischio risultante da comportamenti di "maladministration" e la riduzione o eliminazione delle cause che possono condurre all'errore umano o alla cattiva gestione.

I Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri/Direttori sanitari di Distretto e il Referente del CUP trasmetteranno al RPC al 31 ottobre di ogni anno di un report sottoscritto attestante gli esiti delle verifiche svolte, dando evidenza ad eventuali criticità rilevate con particolare riferimento alle seguenti tipologie di verifiche da eseguire:

- verifica del rafforzamento della trasparenza nel sistema di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (diagnostiche e terapeutiche), avuto riguardo del trattamento dei dati sensibili Dlgs33/2013 e ss.mm.ii ;
- verifica della corretta informatizzazione e pubblicazione, in apposita sezione del sito web aziendale di immediata visibilità, delle agende di prenotazione delle aziende sanitarie;
- verifica della separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionali e attività libero professionale intramoenia (ALPI);
- verifica della unificazione del sistema di gestione delle agende di prenotazione nell'ambito del Centro Unico di Prenotazione (CUP) su base almeno provinciale, facilmente accessibile (es. call center, sportelli aziendali, rete delle farmacie, ecc.) con l'integrazione tra pubblico e privato almeno per quanto attiene la prima visita e i follow up successivi;
- verifica dell'utilizzo delle classi di priorità clinica per l'accesso alle liste di attesa differenziate per tempo di attesa (specificando se si tratta di prima visita o controllo).
- verifica dell'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale e dell'aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali;
- verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione;
- verifica delle tempistiche per l'esecuzione dell'intero procedimento;
- definizione di procedure per l'esecuzione delle attività ispettive come la definizione di un modello standard di verbale omogeneo.

Misura 20: Trasparenza

Il PNA 2019 descrive la nozione di "trasparenza" prevista dal d. lgs 33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", come modificato dal d.lgs. 97/2016 come "accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la

partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo di risorse pubbliche".

Il Consiglio di Stato ha riconosciuto la funzione della trasparenza quale strumento per una azione amministrativa più efficace e conforme ai canoni costituzionali e quale espressione del valore democratico della funzione amministrativa.

Inoltre, la stessa Corte Costituzionale ha dichiarato che i principi di pubblicità e trasparenza trovano fondamento nell'art. 1 Cost. (principio democratico) e nell'art. 97 Cost. (principio del buon funzionamento dell'amministrazione) riconoscendo che la L. 190/2012 ha fatto assurgere la trasparenza amministrativa anche al rango di principio-argine alla diffusione di fenomeni corruttivi

Così, la trasparenza costituisce presupposto per realizzare una buona amministrazione ma anche strumento per prevenire la corruzione, promuovere l'integrità e la cultura della legalità nella attività pubblica per cui, ai sensi e per gli effetti di cui al novellato art. 10 del D. Lgs. n.33/2013 l'individuazione delle modalità di attuazione della trasparenza non è oggetto di un separato atto, costituendo invece parte integrante del presente Piano, quale apposita "sezione".

In tal senso, ulteriore misura di trasparenza a fini corruttivi è rappresentata dalla figura del RASA, ovvero del Responsabile dell'Anagrafe Unica della Stazione Appaltante, individuato nel Dirigente a tempo determinato Dott. Angelo Costa, giusta deliberazione n. 2557 del 9 novembre 2016, il quale curerà la compilazione e l'aggiornamento dei dati dell'anagrafe dell'A.S.P., in attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE 3e 2014/25/UE.

L'elenco degli obblighi di pubblicazione e dei dirigenti soggetti all'obbligo è riportato nella "Sezione Trasparenza" allegata al presente Piano.

Misura 21: **Whistleblowing: la segnalazione di illeciti da parte del dipendente**

Il RCPT accerta che chi denuncia (sia egli dipendente dell'Azienda o altro soggetto che con essa intrattiene a qualsiasi titolo rapporti) all'autorità giudiziaria, alla Corte dei Conti, ovvero riferisca al superiore gerarchico, al RPU, ai soggetti apicali dell'Amministrazione condotte illecite o loro prodromi di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto che intrattiene, non subisca ingiuste ripercussioni o misure discriminatorie, dirette o indirette. Sono fatte salve le perseguibilità a fronte delle responsabilità penali per calunnia o diffamazione e di quelle civili per risarcimento del danno ingiustamente cagionato.

La piattaforma "Whistleblower", giusto comunicato del Presidente ANAC del 15 gennaio 2019 garantisce attraverso la gestione informatica delle segnalazioni degli illeciti il rispetto della garanzia di riservatezza prevista dalla normativa vigente da parte di pubblici dipendenti.

La piattaforma consente la compilazione, l'invio e la ricezione delle segnalazioni di presunti fatti illeciti e la possibilità per il Responsabile della prevenzione della Corruzione e della trasparenza che riceve segnalazioni di comunicare in forma riservata con il segnalante senza conoscerne l'identità.

Sul portale del sito web aziendale www.asp.rg.it nella sezione Amministrazione Trasparente- Altri contenuti- Corruzione regolamenti è pubblicato il regolamento per la tutela dei dipendenti che segnalano illeciti, nonché le modalità per effettuare le segnalazioni.

Il dipendente che riferisce al proprio superiore gerarchico condotte, di cui abbia saputo in ragione del rapporto di lavoro, che possono presumersi come illecite non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia. Si applica la normativa, ai sensi della L.190/2012, con le necessarie forme di tutela, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia accertata e fondata.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione aziendale raccoglie le informazioni scritte, via email e/o lettera. Le segnalazioni anonime potrebbero non essere prese in considerazione.

Misura 22: **Gestione delle entrate e delle spese**

Le attività connesse ai pagamenti potrebbero presentare rischi di corruzione quali:

- liquidare fattura senza adeguata verifica della prestazione;
- sovrappagare o pagare prestazioni non svolte;
- effettuare registrazioni in bilancio non corrette o non veritiere;
- effettuare pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture.

In questa Area risulta necessario mettere in atto misure che garantiscano la tracciabilità e la trasparenza dei flussi contabili e finanziari, al fine di agevolare la verifica ed il controllo sulla correttezza della gestione contabile-patrimoniale delle risorse e di prevenire operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici di questa Azienda.

È perciò prevista la pubblicazione dei dati relativi ai pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari, e dei 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;
- la giusta suddivisione e separazione delle fasi del ciclo passivo, da porre in capo a soggetti diversi.

Gestione dei pagamenti e dei crediti e transazioni con i debitori

Il processo dei pagamenti e/o della gestione del recupero crediti e del riconoscimento di eventuali transazioni al debitore è interessato da un significativo rischio di corruzione. L'ASP di Ragusa adotta, quale misura di riduzione del rischio, la frammentazione del procedimento amministrativo, sia tra gli addetti degli uffici coinvolti nel processo, sia tra le strutture che svolgono detta attività (Servizio Economico Finanziario-Servizio Provveditorato-Direzioni amministrative ospedali /territorio Servizio Affari generali- Servizio Farmaceutica-Servizio Informatico)

Con deliberazione n. 1465 del 4 giugno 2018 l'ASP di Ragusa ha aggiornato il Regolamento aziendale delle attività di gestione del recupero crediti utile anche alla certificazione del Bilancio Aziendale, Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC).

Il Responsabile del Servizio Economico Finanziario invierà al RPCT, entro il 1° marzo di ciascun anno, e relativamente all'anno precedente, un report predisposto contenente:

- il numero dei crediti aziendali, scaduti al 31 dicembre di ciascun anno;
- il numero delle procedure di recupero crediti avviate, con indicazione di quelle concluse.

Verifica centro di costo dedicato alle donazioni ed alle erogazioni liberali a favore di ASP RAGUSA per emergenza COVID-19

Il fenomeno delle donazioni si è particolarmente diffuso nell'attuale situazione di emergenza sanitaria da COVID-19.

L'ASP di Ragusa ha avviato, sin da marzo 2020 una raccolta fondi per rispondere, attraverso acquisti straordinari di materiali di consumo, strumentazioni e interventi di adeguamento strutturale necessari alle strutture sanitarie, ai medici, agli infermieri e al personale, alla finalità di assicurare cure ai malati e limitare le occasioni di contagio.

Gli importi raccolti sono utilizzati nel rispetto della finalità per la liberalità, per l'acquisto di beni o servizi o l'esecuzione di lavori con modalità coerenti con le regole che governano gli affidamenti pubblici, sulle quali ha inciso in misura significativa la legislazione dell'emergenza.

Per la gestione dell'emergenza è stato creato un centro di costo dedicato e la gestione delle donazioni, avviene attraverso un puntuale rendiconto degli utilizzi finanziari.

È stata creata specifica sottosezione in "Amministrazione Trasparente" riguardante le rendicontazioni erogazioni Covid -19 ai sensi dell'art. 99, co.5, d.l. 18/2020.

Il Direttore del Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale trasmetterà, semestralmente, report riepilogativo al RPCT.

Misura 23: Gestione del patrimonio

Ai sensi dell'Art 30 del DLgs n. 33/2013 le pubbliche amministrazioni sono tenute, ai fini della trasparenza, alla pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili posseduti e di quelli detenuti, nonché dei canoni di locazione/occupazione o di affitto versati o percepiti. La determinazione n. 831 del 3 agosto 2016 dell'ANAC ha evidenziato che è possibile prefigurare pensabili eventi rischiosi riconducibili alla valorizzazione del patrimonio da alienare e alle procedure con le quali viene effettuata la vendita o la locazione (o anche dal loro mancato utilizzo o messa a rendita). Non è da trascurare anche il rischio del progressivo deterioramento del bene con conseguenziale riduzione del valore commerciale dello stesso. In altri termini, se parte del patrimonio non viene direttamente utilizzato per finalità proprie, è auspicabile prevedere forme dimessa a reddito di tale patrimonio (ad es. attraverso la cessione o la locazione).

Oltre alle misure di trasparenza obbligatorie riguardanti le informazioni sugli immobili di proprietà, si è provveduto alla pubblicazione sul sito web aziendale dei dati relativi al valore degli immobili di proprietà, utilizzati e non utilizzati, le modalità e le finalità di utilizzo.

Qualora dovessero rendersi possibili operazioni di utilizzo da parte di terzi del patrimonio immobiliare, le singole procedure dovranno essere improntate, nella fase precedente alla stipula del contratto di diritto privato, al rispetto dei principi della selezione tra gli aspiranti, dell'imparziale confronto tra soggetti interessati e della adeguata motivazione in ordine alla scelta, con specifico riguardo all'interesse pubblico perseguito.

Il Direttore del Servizio Economico finanziario e patrimoniale e il Direttore Affari Generali, secondo la rispettiva competenza, invieranno al RPCT un report dei canoni di locazione o di affitto versati o percepiti entro il 30 settembre di ogni anno, ivi comprese le informazioni riguardanti:

a) il patrimonio non utilizzato per finalità istituzionali o di cui non è previsto un utilizzo futuro, nell'ambito di piani di sviluppo aziendali: tipo, dimensione, localizzazione, valore;

b) revisione ed aggiornamento del regolamento aziendale.

Entro il suddetto termine la UOC Economico-Finanziari e Patrimoniale dovrà provvedere alla redazione di un piano di utilizzo del patrimonio non destinato ai fini istituzionali.

2.c.12 Il Sistema dei controlli interni

Nella pubblica amministrazione sono previsti controlli diversi, in base alle differenti finalità.

Presso l'ASP di Ragusa sono presenti i controlli di seguito riportati:

- con riferimento agli istituti di cui al D. Lgs. n. 286 del 30 luglio 1999 e D. Lgs. n. 150 del 27.10.2009 e s.m.i.;
- il controllo di regolarità amministrativa e contabile, diretto a garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa;
- il controllo di gestione, volto alla verifica dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità dell'azione amministrativa, al fine di ottimizzare il rapporto tra costi e risultati, anche attraverso interventi di correzione;
- il controllo e la valutazione delle performance assolto dall'OIV. Si tratta di un controllo che racchiude la valutazione della performance organizzativa e individuale;

con riferimento ad altre norme:

- il controllo assolto dal Collegio Sindacale (art. 13, c. 14 della L.R. n. 33/2009 e s.m.i.) che riguarda la regolarità amministrativa contabile e la vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
- il Sistema di gestione per la qualità aziendale e risk management che contribuisce alla verifica dei processi e degli standard ottimali di esecuzione delle prestazioni;
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- il Responsabile della protezione dei dati personali (RPD - DPO) (Regolamento Europeo n. 679 del 27 aprile 2016) quale supervisore indipendente cui compete di informare e fornire consulenza a dipendenti degli obblighi derivanti dal regolamento europeo, sorvegliare l'osservanza del regolamento, sorvegliare sulle attribuzioni delle responsabilità, sulle attività di sensibilizzazione, formazione e attività di controllo, fornire pareri e sorvegliare alla redazione della Data Protection Impact Assessment (DPIA), fungere da punto di contatto e collaborare con l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, controllare che le violazioni dei dati personali siano documentate, notificate e comunicate (Data Breach). Con deliberazione n. ... dell'ASP di Ragusa ha nominato il DPO (Data Protection Officer);
- il Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) (D. Lgs. n. 81 del 2008): è l'insieme dei soggetti, dei sistemi e mezzi esterni o interni all'ASST finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dei rischi professionali per i lavoratori. Il Responsabile (RSPP), designato dal Datore di Lavoro, ha la funzione di dare coordinamento e razionalità agli interventi del Servizio; collabora con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi, il Medico competente secondo quanto previsto dall'art. 29, comma 1, del DLGS n. 81/2008;
- il Percorso attuativo della certificabilità dei bilanci (PAC):
- il percorso PAC è finalizzato al raggiungimento degli standard procedurali necessari a garantire
- la certificabilità dei dati e dei bilanci degli enti del SSL;
- attività con finalità di antiriciclaggio (art. 10 del D. Lgs. n. 231/2007) affidate al gestore delle
- segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio (le Pubbliche Amministrazioni svolgono un ruolo di cooperazione nel sistema di contrasto al fenomeno di riciclaggio e finanziamento del terrorismo; le pubbliche amministrazioni sono tenute a comunicare all'Unità di informazione Finanziaria, (UIF) istituita presso la banca d'Italia, dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengono a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale.

Con delibera n. 1569 del 2 agosto 2018 è stato nominato il "gestore delle segnalazioni di operazioni sospette".

2.c.13 Misure ulteriori di trattamento

La prevenzione della corruzione può essere favorita attraverso Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile e la promozione di politiche atte a far emergere casi di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi.

E', quindi, fondamentale la partecipazione dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza e, soprattutto, la definizione delle azioni di sensibilizzazione mirate a creare quel dialogo esterno, tra l'ASP di Ragusa e gli utenti, in grado di implementare il rapporto di fiducia e l'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti rimasti privi di attenzione.

Attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) si possono raccogliere eventuali segnalazioni da parte di utenti.

Si organizza annualmente una giornata di promozione della trasparenza e della anticorruzione, Unitamente alle misure obbligatorie, dettate dalla L.190/2012, nel presente Piano vengono previste ulteriori strategie di prevenzione del rischio corruzione:

- Il divieto per tutti i dipendenti di accettare per sé o per altri regali salvo quelli d'uso o di modico valore (art. 9 Codice Etico e di Comportamento).
- Introduzione della dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti esterni, della dichiarazione degli interessi di carattere finanziario, della dichiarazione di partecipazione dei professionisti su invito ad eventi organizzati da terzi, della dichiarazione di partecipazione dei professionisti all'organizzazione di eventi sponsorizzati da terzi e del modulo per la notifica dei doni ricevuti.
- Valutazione della performance. Con delibera n. 212 del 1° febbraio 2021 è stato approvato, ai sensi dell'art. 10 del D. lgs. 150/09 e s.m.i. e in attuazione degli artt. 7 e 19 bis come modificati dal D. lgs. 74/2017 del DPR 9 maggio 2016, n. 105 il Piano aziendale della Performance 2021/2023 che prevede un sistema di misurazione della dirigenza anche sulla base di obiettivi in tema di prevenzione di anticorruzione e maggiore rispetto della legalità quale strumento supplementare per l'implementazione dei principi di trasparenza ed integrità. Al fine di ottimizzare la produttività del lavoro pubblico e garantire l'efficienza e la trasparenza delle pubbliche amministrazioni, si dispone altresì che gli obblighi specificati nel presente Piano nonché l'osservanza dei divieti, costituiranno obiettivi generali e comportamentali per tutti i dipendenti, dirigenti compresi, ed incideranno nella valutazione della performance ai sensi di quanto previsto dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74 recante 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.

La necessità di coordinare gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza emerge chiaramente sia dal d.lgs. 33/2013, art. 44, sia dalla legge 190/2012, art. 1, co. 8-bis, introdotto dal d.lgs. 97/2016, ove si ribadisce che gli OIV hanno il compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPC e quelli indicati nei documenti di programmazione strategico - gestionale e che la valutazione della performance tiene conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

Con riferimento allo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (revolving doors):

- l'inserimento nei contratti di assunzione della clausola che prevede il divieto, per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda, di prestare attività lavorativa o professionale presso i soggetti destinatari dell'attività svolta dalla pubblica amministrazione attraverso i medesimi poteri, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego.
- Il rilascio di una nota, al momento della cessazione, ai dipendenti che negli ultimi tre anni hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, che li informi dell'obbligo di non svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari di provvedimenti adottati o contratti conclusi con il proprio datore di lavoro.
- L'Azienda come organizzazione ed i singoli operatori assumono il principio dell'appropriatezza come base per l'erogazione dei servizi al cittadino, soprattutto nella prescrizione e nel consumo di farmaci, presidi e simili. In futuro, l'Azienda programma di fare confluire questo tema nella formazione dei dipendenti

Con riferimento alle attività classificate ad "Alto" rischio ai sensi del presente Piano, i Responsabili delle articolazioni aziendali cui le stesse afferiscono, verificano la rispondenza e, all'occorrenza, adottano/adeguano le procedure di formazione, attuazione e controllo delle decisioni da utilizzare nell'ambito dei processi/attività "sensibili" afferenti alla propria struttura, alle previsioni del presente Piano e ai seguenti principi generali:

- segregazione delle responsabilità e dei compiti e previsione di adeguati livelli autorizzativi, allo scopo di evitare sovrapposizioni funzionali o allocazioni operative che concentrino le attività critiche su un unico soggetto;
- tracciabilità dei processi e delle responsabilità, attraverso un adeguato supporto documentale (cartaceo e/o informatico) che consenta in qualunque momento la verifica del processo stesso in termini di congruità, coerenza, responsabilità e rispetto della normativa;
- assegnazione dei compiti e funzioni in coerenza con le competenze, i poteri e le responsabilità inerenti la qualifica posseduta e il profilo professionale di appartenenza;
- legalità, in forza del quale gli atti e le attività devono essere posti in essere nel più rigoroso rispetto delle norme di legge, dei regolamenti, delle procedure aziendali;
- rispetto dell'ordine cronologico nella trattazione delle pratiche, fatti salvi i casi di urgenza che devono essere espressamente richiamati nel provvedimento.

2.c.14 Le Responsabilità

Responsabilità del Direttore Generale

Ai sensi dell'art. 19, comma 5, lett.b), del D.L. 90/2014, convertito con modificazioni nella legge 114/2014, nei casi di omessa adozione, da parte del soggetto obbligato, dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione, dei Programmi Triennali di Trasparenza e dei Codici di Comportamento, l'ANAC applica, nel rispetto delle norme previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, una sanzione amministrativa non inferiore nel minimo a euro 1.000 e non superiore nel massimo a €10.000,00.

Responsabilità del Responsabile della Prevenzione

A fronte dei compiti che la legge attribuisce al Responsabile sono previste consistenti responsabilità in caso di inadempimento.

In particolare:

- ai sensi dell'art. 1, comma 8, della legge 190/2012, "la mancata predisposizione del piano e la mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale";
- ai sensi dell'art. 1, comma 12, della legge 190/2012, il Responsabile della Prevenzione "In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, risponde ai sensi dell'art. 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:
- di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui al comma 5 e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 del presente articolo;
- di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del Piano".

La responsabilità è esclusa ove l'inadempimento degli obblighi posti a suo carico sia dipeso da causa non imputabile al Responsabile della Prevenzione.

Responsabilità dei dipendenti

Con riferimento alle rispettive competenze, la violazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di collaborazione ed informazione e segnalazione previste dal presente Piano e nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e delle regole di condotta previste nei Codici di Comportamento da parte dei dipendenti dell'Azienda è fonte di responsabilità disciplinare, alla quale si aggiunge, per i dirigenti, la responsabilità dirigenziale.

I Referenti Anticorruzione, i Responsabili di struttura e i Dirigenti sono altresì responsabili in caso di inadempimento degli obblighi di controllo e vigilanza posti a loro carico dal presente Piano e dai Codici di Comportamento.

Alle violazioni di natura disciplinare si applicano, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità, le sanzioni previste dai CC.NN.LL. e nei regolamenti aziendali.

Il procedimento di applicazione delle sanzioni, così come disciplinato dal d.lgs. 165/2001 e dai citati regolamenti aziendali, garantisce il rispetto dei principi del contraddittorio e del diritto di difesa.

L'irrogazione di una sanzione disciplinare rileva:

- ai fini del conferimento di incarichi aggiuntivi e/o dei provvedimenti in materia di
- svolgimento di incarichi o attività extra-istituzionali;
- ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato/produttività collettiva, per la parte correlata alla valutazione della performance individuale.

Ai predetti fini, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari comunica i provvedimenti di applicazione delle sanzioni disciplinari alle strutture competenti all'adozione dei provvedimenti nelle suddette materie.

Le violazioni delle regole di cui al presente Piano e del Codice di comportamento aziendale applicabili al personale convenzionato, ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi che operano nelle strutture dell'A.S.P. o in nome e per conto della stessa sono sanzionate secondo quanto previsto nelle specifiche clausole inserite nei relativi contratti.

E' fatta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento siano derivati danni all'Azienda, anche sotto il profilo reputazionale.

Tabella 23 Cronoprogramma Anno 2022 2024

Tempistica 2022	Attività	Soggetto competente
21 gennaio (21 giugno per l'anno 2022)	Trasmissione bozza P.T.P.C.T. al Direttore Generale	<i>Responsabile Prevenzione Corruzione</i>
31 gennaio (30 giugno per l'anno 2022)	Delibera Adozione P.T.P.C. (PIAO)	<i>Direttore Generale</i>
Prima data utile di pubblicazione P.T.P.C.T.	Pubblicazione in Amm.ne trasparente Comunicazione Assess.to Salute avvenuta adozione P.T.P.C.	<i>Responsabile Prevenzione Corruzione Direttore Generale</i>
15 febbraio (30 luglio per l'anno 2022)	Attestazione di avvenuta conoscenza del Piano da parte di tutti i Direttori di struttura dipartimentali e/o complesse e di avvenuta notifica ai dipendenti della struttura di appartenenza	<i>Responsabile prevenzione Corruzione</i>
31 dicembre 2021	Monitoraggio rotazione ordinaria	<i>Responsabile prevenzione Corruzione</i>
15 febbraio (30 luglio per l'anno 2022)	Attestazione di avvenuta notifica del Codice di Comportamento a tutti i Dipendenti e altri soggetti interessati da parte di tutti i Direttori di struttura dipartimentali e/o complesse.	<i>Referenti gestione rischio corruttivo e Direttori/Responsabili di strutture</i>
20 luglio e 20 gennaio dell'anno successivo	Relazione semestrale e attestazione rispetto adempimenti PTCPT dei Direttori/Responsabili	<i>Direttori/Responsabili di unità operative</i>
31 luglio	Monitoraggio conflitto di interessi	<i>Responsabile prevenzione Corruzione</i>
31 agosto (31 agosto 2022)	Ricognizione bisogni formativi in tema di anticorruzione e trasparenza	<i>Tutto il personale interessato</i>
30 settembre	Primo monitoraggio sull' attuazione delle misure previste ed efficacia del P.T.P.C.	<i>Responsabile Prevenzione Corruzione</i>
31 ottobre	Adeguamento Codice Etico e di Comportamento alla delibera ANAC 174/2020	<i>RPCT Referente rischio corruttivo Responsabili struttura</i>
31 ottobre	Aggiornamento censimento attività a rischio e applicazione misure	<i>Direttore di Presidio Ospedaliero o Direttore sanitario di Distretto</i>
30 novembre	Relazione dei <i>referenti del rischio corruttivo</i>	<i>Referente rischio corruttivo Responsabili UU.OO.CC.</i>
15 dicembre	Relazione RPCT	<i>Responsabile prevenzione corruzione</i>
31 dicembre	Monitoraggio rotazione ordinaria	<i>Responsabile Prevenzione Corruzione</i>
Tempistica 2023	Attività	Soggetto competente
21 gennaio	Trasmissione bozza P.T.P.C.T. al Direttore Generale	<i>Responsabile Prevenzione Corruzione</i>
31 gennaio	Delibera Adozione P.T.P.C. (PIAO)	<i>Direttore Generale</i>
Prima data utile di pubblicazione P.T.P.C.T.	Pubblicazione in Amm.ne trasparente Comunicazione Assess.to Salute avvenuta adozione P.T.P.C.	<i>Responsabile Prevenzione Corruzione Direttore Generale</i>

15 febbraio	Attestazione di avvenuta conoscenza del Piano da parte di tutti i Direttori di struttura dipartimentali e/o complesse e di avvenuta notifica ai dipendenti della struttura di appartenenza	<i>Responsabile prevenzione corruzione</i>
15 febbraio	Attestazione di avvenuta notifica del Codice di Comportamento a tutti i Dipendenti e altri soggetti interessati da parte di tutti i Direttori di struttura dipartimentali e/o complesse.	<i>Referenti gestione rischio corruttivo e Direttori/Responsabili di strutture</i>
31 luglio	Monitoraggio conflitto di interessi	<i>Responsabile Prevenzione Corruzione</i>
31 agosto	Ricognizione bisogni formativi in tema di anticorruzione e trasparenza	<i>Tutto il personale interessato</i>
30 settembre	Primo monitoraggio sull' attuazione delle misure previste ed efficacia del P.T.P.C.	<i>Responsabile Prevenzione Corruzione</i>
31 ottobre	Aggiornamento censimento attività a rischio e applicazione misure	<i>Direttore di Presidio Ospedaliero o Direttore sanitario di Distretto</i>
30 novembre	Relazione dei <i>referenti del rischio corruttivo</i>	<i>Referenti gestione rischio corruttivo e Direttori/Responsabili di strutture</i>
15 dicembre	Relazione RPCT	<i>Responsabile Prevenzione Corruzione</i>
31 dicembre	Monitoraggio rotazione ordinaria	<i>Responsabile Prevenzione Corruzione</i>
Tempistica 2024	Attività	<i>Soggetto competente</i>
21 gennaio	Trasmissione bozza P.T.P.C.T. al Direttore Generale	<i>Responsabile Prevenzione Corruzione</i>
31 gennaio	Delibera Adozione P.T.P.C. (PIAO)	<i>Direttore Generale</i>
Prima data utile di pubblicazione P.T.P.C.T.	Pubblicazione in Amm.ne trasparente Comunicazione Assess.to Salute avvenuta adozione P.T.P.C.	<i>Responsabile Prevenzione Corruzione Direttore Generale</i>
15 febbraio	Attestazione di avvenuta conoscenza del Piano da parte di tutti i Direttori di struttura dipartimentali e/o complesse e di avvenuta notifica ai dipendenti della struttura di appartenenza	<i>Responsabile prevenzione corruzione</i>
15 febbraio	Attestazione di avvenuta notifica del Codice di Comportamento a tutti i Dipendenti e altri soggetti interessati da parte di tutti i Direttori di struttura dipartimentali e/o complesse.	<i>Referenti gestione rischio corruttivo e Direttori/Responsabili di strutture</i>
31 luglio	Monitoraggio conflitto di interessi	<i>Responsabile Prevenzione Corruzione</i>

31 agosto	Ricognizione bisogni formativi in tema di anticorruzione e trasparenza	<i>Tutto il personale interessato</i>
30 settembre	Primo monitoraggio sull'attuazione delle misure previste ed efficacia del P.T.P.C	<i>Responsabile Prevenzione Corruzione</i>
31 ottobre	Aggiornamento censimento attività a rischio e applicazione misure	<i>Direttore di Presidio Ospedaliero o Direttore sanitario di Distretto</i>
30 novembre	Relazione dei <i>referenti del rischio corruttivo</i>	<i>Referenti gestione rischio corruttivo</i>
15 dicembre	Relazione RPCT	<i>Responsabile prevenzione corruzione</i>
31 dicembre	Monitoraggio rotazione ordinaria	<i>Responsabile Prevenzione Corruzione</i>

Disposizioni finali

Per quanto non espressamente contenuto nel presente Piano si rinvia ai Piani preesistenti, permanentemente pubblicati sul sito istituzionale nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione *"Altri contenuti-Anticorruzione"*, nonché alle norme di legge previste in materia.

L'Azienda provvederà alla revisione del Piano qualora si rendessero necessarie successive modifiche ed integrazioni, stante il processo di riorganizzazione tuttora in corso e, comunque, annualmente. Infine, il Piano potrà essere oggetto di aggiornamento anche sulla base dell'esperienza che si maturerà nel corso della sua applicazione, al fine di realizzare compiutamente strategie di più efficace contrasto ai fenomeni di corruzione e di illegalità.

Sarà cura dei Responsabili delle articolazioni aziendali far conoscere il presente Piano e tutte le successive modifiche dello stesso a tutto il personale ad essi assegnato. I suddetti Responsabili, ai quali la normativa vigente in materia attribuisce obblighi di collaborazione, monitoraggio e di azione diretta nell'ambito della prevenzione della corruzione, dovranno comunicare al Responsabile della prevenzione l'effettiva conoscenza del Piano da parte di tutto il personale ad essi assegnato, anche attraverso la relazione annualmente predisposta.

Si rammenta che tutto il personale dell'Azienda è tenuto al puntuale rispetto del presente Piano, costituendo la eventuale violazione delle misure di prevenzione qui previste una fattispecie di illecito disciplinare, sanzionabile secondo quanto previsto dalla legge e dai CC.CC.NN.LL.

Il presente Piano, una volta formalmente adottato con atto dell'Azienda, verrà pubblicato sul sito nella sottosezione *"Altri contenuti-Anticorruzione"*.

Dopo il paragrafo "Sezione Trasparenza" verranno identificate la Tabella 24 "Mappatura e Trattamento Rischio" e la Tabella 25 "Valutazione del rischio".

2.c.15 Sezione trasparenza

Costituisce parte integrante del presente documento il “Programma triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2021-2023”.

L’Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa (di seguito ASP) redige il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione P.T.P.C. 2018-2020, secondo il disposto del D.Lgs. n.33/2013 così come modificato da D.Lgs. n.97/2016 e dalla deliberazione A.N.A.C. n.130 del 28/12/2016 per garantire un adeguato livello di trasparenza della propria attività e per assicurare la qualità delle informazioni riportate sul sito istituzionale nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

Le azioni previste dal presente documento rispettano le disposizioni contenute nel decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) laddove si dispone che *“il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali e della dignità dell’interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all’identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali”*.

In particolare, nella definizione delle modalità di pubblicazione dei dati, l’ASP tiene conto:

- delle disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003) e del Provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali n. 243 del 15 maggio 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 e da altri enti obbligati”* - Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 134 del 12 giugno 2014);
- delle disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 33/2013 (artt. 6 e 7) come modificato dal D.Lgs. n.97/2016;
- delle indicazioni riportate nelle *“Linee guida per i siti web della P.A.”* adottate ai sensi della Direttiva n. 8/2009 del Ministro per la Pubblica Amministrazione;
- della tipologia dei servizi erogati, dell’assetto organizzativo dell’ASP e della tipologia degli utenti di riferimento.

Nella presente sezione sono definite le misure, i modi e le iniziative volte all’adempimento degli obblighi di pubblicazione ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo ai dirigenti responsabili degli uffici/servizi dell’ASP.

Alla luce di quanto sopra esposto, l’Azienda nel proseguire l’attività intrapresa negli anni precedenti, vuole porsi in un’ottica di costante implementazione e di ulteriore miglioramento, nell’intento di assicurare un’accessibilità totale delle informazioni, al fine di:

- assicurare ai cittadini un’adeguata e puntuale informazione dei servizi resi;
- garantire, con le iniziative adottate in materia di trasparenza, l’integrità e la legalità del suo operato allo scopo di fare emergere, e, di conseguenza, eliminare possibili attività che denotino una cattiva gestione da parte dell’Azienda stessa;
- consentire il controllo diffuso sulla performance aziendale.

Disposizioni normative in materia di trasparenza

La determinazione n. 1310/2016 dell’A.N.A.C., stabilisce che il Programma per la Trasparenza deve essere considerato una sezione del Piano di Prevenzione della Corruzione, e, dovrà indicare non solo gli obblighi generali di pubblicazione di cui al D.Lgs. n.33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n.97/2016 ma anche le misure di trasparenza individuate come misure di prevenzione della corruzione.

Tra le modifiche di maggior rilievo apportate del D.Lgs.97/2016, rientrano il mutamento dell’ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l’introduzione del nuovo istituto dell’accesso generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l’unificazione tra il Programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della Trasparenza, l’introduzione di nuove sanzioni pecuniarie nonché l’attribuzione all’ANAC della competenza all’irrogazione delle stesse.

Obiettivi strategici in materia di trasparenza e raccordo con il Piano della Performance

Elemento centrale della trasparenza è la pubblicazione di determinate tipologie di dati e informazioni sul sito internet istituzionale dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa www.asp.rg.it

È obiettivo dell’ASP monitorare con cadenza annuale le attività inerenti alla sezione Amministrazione Trasparente attraverso le seguenti modalità:

comunicazioni, informazioni e disposizioni operative, emanate prioritariamente attraverso modalità semplificate (es. posta elettronica);

qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell’esercizio delle proprie prerogative di coordinamento.

Altro obiettivo è costituito da un maggiore coinvolgimento degli stakeholder per l’individuazione e gestione delle esigenze di trasparenza, nonché dal collegamento con la programmazione strategica definita nel Piano della Performance.

Inoltre, ulteriore obiettivo è quello di migliorare la fruibilità da parte degli utenti delle informazioni di

“Amministrazione Trasparente” attraverso il regolare intervento di personale informatico dedicato indispensabile anche per favorire la corretta alimentazione dei dati da parte dei dirigenti responsabili che rappresenta presupposto indispensabile di omogeneità e chiarezza.

La sezione Trasparenza del Programma Triennale di Prevenzione della Corruzione P.T.P.C. 2021-2023, rappresenta infatti 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 delle attività dell'ASP, il loro stato di attuazione e i risultati conseguiti, al fine di agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento dei cittadini.

Il concetto di trasparenza è anche direttamente correlato al concetto di performance ed il collegamento tra il ciclo della performance e trasparenza, integrità nonché il Codice di comportamento e il P.T.P.C., rappresenta un elemento fondamentale per operare in modo eticamente corretto, perseguire obiettivi gestionali di efficacia ed economicità.

Ne consegue che la trasparenza viene assicurata, non soltanto sotto il profilo “statico” di pubblicità dei dati così come previsto dalla legge, ma anche sotto il profilo “dinamico” direttamente correlato alla performance che nell'ottica di un controllo diffuso, consenta un “miglioramento” dei servizi erogati dall'ASP.

L'intero insieme dei percorsi evidenziati per l'attuazione ed implementazione del PTPC viene inserito sotto forma di obiettivi nel Piano della Performance nella duplice considerazione della:

- performance organizzativa (art. 8 d.lgs. n. 150/2009) con particolare riferimento all'attuazione di piani e misure di prevenzione della corruzione nonché alla misurazione dell'effettivo grado di realizzazione dei medesimi nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti; allo sviluppo quali e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso forme di partecipazione e collaborazione al fine di stabilire quali risultati migliorativi riceve il rapporto con l'utenza dall'attuazione delle misure di prevenzione;
- performance individuale (art. 9 d.lgs. n. 150/2009) ove verranno inseriti, ai sensi dell'art. 10 del citato decreto, nel Piano della Performance gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori nonché ai dirigenti apicali delle unità operative aziendali; nel sistema di misurazione e valutazione della performance ai sensi dell'art. 7 del medesimo decreto, gli obiettivi, individuali e/o di gruppo, assegnati al personale che opera nei settori esposti alla corruzione.

Accesso Generalizzato

Con il D. Lgs. 97/2016 l'accesso è più esteso rispetto al dettato precedente in quanto prevede che ogni cittadino possa accedere senza alcuna motivazione ai dati in possesso della pubblica amministrazione.

Più precisamente l'esercizio del diritto di accesso generalizzato, a differenza del diritto di accesso della Legge 241/1990, non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non richiede motivazione e non prevede limite del controllo generalizzato.

A seguito di istanza, il procedimento di accesso deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta (30) giorni (non è ammesso il silenzio diniego) e il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso devono essere motivati con riferimento ai casi e ai limiti stabiliti. Spetta all'amministrazione, di conseguenza, provare l'esistenza di motivazioni che impediscono di soddisfare l'istanza.

Il rilascio dei dati e dei documenti è gratuito ad eccezione dei costi di riproduzione. L'Azienda, con deliberazione n. 1467 del 25/05/2017, ha adottato apposito regolamento del nuovo diritto di accesso, pubblicato nel sito istituzionale.

Iniziative di comunicazione della Trasparenza

L'ASP si propone, facilitando la reperibilità e l'uso delle informazioni contenute nel sito aziendale, di garantire la trasparenza, la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità attraverso la condivisione e la partecipazione ai processi aziendali dei cittadini, delle associazioni dei consumatori e degli stakeholder, così da ottenere feedback necessari ad eliminare la distanza tra i cittadini e l'ASP stessa.

A tal fine l'ASP si avvale dei seguenti strumenti:

- posta elettronica aziendale, cui l'utente potrà fare chiedere chiarimenti e inoltrare osservazioni o richieste;
- Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) che mette a disposizione degli utenti appositi strumenti (modulistica disponibile sul portale WEB sezione “Amministrazione Trasparente”) per l'inoltro dei reclami;
- Accesso civico e Accesso generalizzato: è stato adottato con deliberazione n. 1467 del 25/05/2017 il Regolamento Accesso civico e Accesso generalizzato corredato da apposita modulistica ed è stato pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente sotto-sezione livello 1 “Atti generali”, sotto-sezione livello 2 “Regolamenti”;
- organizzazione della Giornata della Trasparenza.

L'aggiornamento della sezione “Amministrazione Trasparente” sul portale web dell'ASP è assicurato in

coerenza con quanto previsto dalle Delibere dell'ANAC dal sistema di verifica denominato "Bussola della Trasparenza".

La rilevanza di una corretta gestione del link e di un puntuale monitoraggio sugli adempimenti di trasparenza da parte di tutti i Dirigenti obbligati richiede l'assegnazione di personale qualificato per la gestione del sito che renda agevole l'attività di verifica richiesta dalle norme di riferimento, a supporto del Responsabile della Trasparenza che si identifica nella ASP di Ragusa con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

È ambizione e volontà dell'Azienda affrontare anche nel 2022, con spirito di servizio e collaborazione con tutti gli operatori interni ed i cittadini, le nuove sfide per il miglioramento dei servizi erogati.

Giornata della Trasparenza

L'ASP organizza ogni anno una "Giornata della Trasparenza" allo scopo di presentare le informazioni di maggiore interesse per gli utenti e stimolare il loro coinvolgimento nell'attività dell'Azienda stessa al fine di migliorare la qualità dei servizi e il controllo sociale.

In data 05.12.2021 è stata organizzata la Giornata della Trasparenza sul tema "Giornata della Trasparenza- L'importanza della vaccinazione".

Si riportano, a seguire, elenco dei dirigenti responsabili della pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" e tabella degli obiettivi per l'anno 2022/2024.

Dipartimento Prevenzione Sanità Umana

Responsabile

Dott. Vito Perremuto – Direttore del Dipartimento
Tel.0932- 234674 e-mail vito.perremuto@asp.rg.it

Dipartimento Prevenzione Sanità Veterinaria

Responsabile

Dott. Giorgio Blandino - Direttore Dipartimento Area Servizio Sanità Animale
Tel.0932-249134 e-mail giorgio.blandino@asp.rg.it

Dipartimento Salute Mentale

Dott. Giuseppe Morando – Direttore del Dipartimento
Tel.0932-234859 e-mail giuseppe.morando@asp.rg.it

Dipartimento di Medicina

Dott. Antonio Digiacomo– Direttore Dipartimento
Direttore U.O.C. Nefrologia e Dialisi Modica
Centralino Tel. 0932-440111 e-mail salvatore.musso@asp.rg.it

Dipartimento di Chirurgia

Dott. Giorgio Sallemi Direttore Dipartimento
Direttore U.O.C. Ortopedia Ragusa
Centralino Tel. 0932-600111 e-mail giorgio.sallemi@asp.rg.it

Dipartimento dei Servizi

Dott. Francesco Floridia – Direttore Dipartimento
Tel. 0932-600111 e-mail francesco.floridia@asp.rg.it

Dipartimento Cardioneurovascolare

Dott. Antonino Nicosia– Direttore Dipartimento
Tel. 0932-600441 e-mail antonino.nicosia@asp.rg.it

Dipartimento Cure Primarie

Distretto Sanitario di Ragusa

Dott. Giovanni Ragusa - Responsabile Distretto
Tel.0932-600111 e-mail giovanni.ragusa@asp.rg.it

Dipartimento Geriatrico Riabilitativo

Dott.ssa Sara Lanza – Direttore Dipartimento
Tel.0932-999111 e-mail sara.lanza@asp.rg.it

Dipartimento Materno-Infantile

Dott. Fabrizio Comisi
Direttore U.O.C. Pediatria Ospedale di Vittoria
Centralino Tel. 0932-999.111 e-mail fabrizio.comisi@asp.rg.it

Dipartimento di Oncologia

Dott. Stefano Cordio – Direttore Dipartimento
Centralino Tel. 0932-600111 e-mail stefano.cordio@asp.rg.it

DEA

Dr. Rosario Trombadore – Direttore Dipartimento
Tel. 0932- 448111 email rosario.trombadore@asp.rg.it

“Ospedale Giovanni Paolo II”, “Ospedale Maria Paternò Arezzo”

Dott. Giuseppe Cappello – Direttore di Presidio ff
Tel.0932-600321 e-mail giuseppe.cappello@asp.rg.it

Ospedale “Guzzardi” Vittoria, “Ospedale Regina Margherita” Comiso

Dott. Giuseppe Drago – Direttore di Presidio
Tel.0932-447156 e-mail giuseppe.drago@asp.rg.it

“Ospedale Maggiore” Modica, “Ospedale Busacca” Scicli

Dott. Pietro Bonomo - Direttore di Presidio
Tel.0932-448170 e-mail pietro.bonomo@asp.rg.it

Distretto Sanitario di Vittoria

Dr. Giovanni Digiaco – Responsabile Distretto
Tel.0932-442624 e-mail giovanni.digiaco@asp.rg.it

Distretto Sanitario di Modica

Dott. Pietro Bonomo - Direttore
Tel.0932-448170 e-mail pietro.bonomo@asp.rg.it

Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica

Dr.ssa Carmela La Terra – Responsabile Unità Operativa Complessa
Tel. 0932- 234827 email carmela.lattera@asp.rg.it

Farmacia Ospedaliera

Dott.ssa Maria Rita Badagliacca – Direttore Unità Operativa Complessa
Tel. 0932- 234134 e-mail mariarita.badagliacca@asp.rg.it

Farmacia Territoriale

Dr. Sergio Castellino – Direttore Unità Operativa Complessa
Tel. 0932- 234111 e-mail sergio.castellino@asp.rg.it

Laboratorio di Sanità Pubblica (LSP)

Dott. Giuseppe Smecca - Direttore Unità Operativa Complessa
Tel.0932-234427 e-mail giuseppe.smecca@asp.rg.it

Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro (SPRESAL)

Dott. Paolo Ravalli – Responsabile Unità Operativa Complessa Servizio Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di lavoro
Tel. 0932-234052 e-mail paolo.ravalli@asp.rg.it

Servizio di Medicina Legale e Fiscale

Dott. Giuseppe Bonomo - Direttore

Tel.0932-234550 e-mail giuseppe.bonomo@asp.rg.it

Direzione Amministrativa Ospedali e Territorio di Ragusa

Direttore Amministrativo Dr.ssa Gabriella Merlino

Tel. 0932-600391 e-mail gabriella.merlino@asp.rg.it

Direzione Amministrativa Ospedali e Territorio Vittoria – Comiso

Direttore Amministrativo Dr.ssa Antonina Giacalone

Tel. 0932-447117 e-mail antonina.giacalone@asp.rg.it

Direzione Amministrativa Ospedali e Territorio Modica – Scicli

Direttore Amministrativo Ing. Lorenzo Aprile

Tel. 0932-448598 e-mail lorenzo.aprile@asp.rg.it

Direzione Servizio Legale

Avv. Danilo Vallone - Direttore U.O.C.

Tel.0932- 234210 e-mail danilo.vallone@asp.rg.it

Direzione Risorse Umane

Responsabile

Avv. Gianni Tolomeo – Direttore

Tel.0932-234328 e-mail giovanni.tolomeo@asp.rg.it

Direzione Affari Generali

Avv. Gianni Tolomeo – Direttore

Tel.0932-234328 e-mail giovanni.tolomeo@asp.rg.it

Servizio Economico- Finanziario e Patrimoniale

Dott. Massimo Cicero - Direttore

Tel.0932-234297 e-mail economico.finanziario@sp.rg.it

Servizio Provveditorato

Dr.ssa Maria Sigona – Direttore

Tel.0932- e-mail maria.sigona@asp.rg.it

Servizio Tecnico

Dr Pasquale Amendolagine - Direttore

Tel.0932-600736 e-mail pasquale.amendolagine@asp.rg.it

Servizio Impiastistico e Antinfortunistico (SIA)

Ing. Gaetano Cilia – Direttore

Tel.0932-234475 e-mail gaetano.cilia@asp.rg.it

Servizio informatico aziendale e della transizione digitale

Dott. Massimo Iacono – Direttore

Tel.0932-234475 e-mail massimo.iacono@asp.rg.it

Programmazione e Controllo di Gestione/ Staff DG

Dott. Riccardo Giammanco – Dirigente Unità Operativa Complessa

Tel.0932-234324 e-mail riccardo.giammanco@asp.rg.it

Servizio Psicologia

Dr Vito D'Amanti Direttore

Tel.0932-234 e-mail vito.damanti@asp.rg.it

Servizio di Prevenzione e Protezione

Dott. Giuseppe Smecca - Dirigente Unità Operativa Semplice
Tel.0932-234427 e-mail giuseppe.smecca@asp.rg.it

Comunicazione, U.R.P.

Responsabile

Dr. Giuseppe Savà
Tel.0932-234341 e-mail giuseppe.sava@asp.rg.it

Qualità, Rischio clinico, Accreditamento

Risk Management

Dott. Giovanni Ruta - Dirigente Unità Operativa Semplice
Tel.0932-234348 e-mail giovanni.ruta@asp.rg.it

Formazione

Dott.ssa Paola Santalucia – Responsabile Formazione
Tel. 0932-234246 e-mail paola.santalucia@asp.rg.it

Unità Operativa per l'Educazione e la Promozione della Salute

Dr.ssa Daniela Bocchieri Dirigente
Tel.0932- 234828 e-mail daniela.bocchieri@asp.rg.it
*(indirizzi in via di modifica/completamento)

OBIETTIVI 2022-2024

	Descrizione obiettivo	Soggetti coinvolti	Tempi	Indicatori
1	Aggiornamento della Sezione Trasparenza		Entro il 31 gennaio (30 giugno per il 2022)	Deliberazione di approvazione
2	Adempimento obblighi pubblicazione previsti dalla normativa vigente	Tutti i Dirigenti/Referenti di cui all'allegato	Allegato 1) Elenco Obblighi di Pubblicazione (Del.1310/2016)	Dati pubblicati e aggiornati
3	Controllo e monitoraggio pubblicazione		Entro le scadenze definite nel Programma	Monitoraggio annuale e invio all'OIV
4	Accesso Civico "semplice"		Tempestivo	Pubblicazione nel sito del dato mancante
5	Accesso civico "generalizzato"	Responsabili UU.OO.CC./SS. cui presentare istanza accesso	Tempestivo	Registrazione nell'apposita banca dati
6	Registro degli Accessi	Responsabili UU.OO.CC./SS. cui presentare istanza accesso	Semestrale	Rilevazione accessi
7	Giornata della Trasparenza	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Responsabile per la Trasparenza	Entro il 31 dicembre	Pubblicazione nella sez. Amministrazione Trasparente
8	Formazione del personale-programmazione	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Responsabile per la Trasparenza	Entro il 30 settembre	Stesura di un piano formativo diretto al personale dell'Azienda in materia di controlli, legalità e trasparenza. Somministrazione liste di controllo finalizzato alla rilevazione del livello di implementazione delle azioni previste dalla recente normativa in materia di legalità e trasparenza.

In attuazione delle Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.lgs. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. 97/2016, si riporta nella Tabella 26 l'Elenco degli obblighi di pubblicazione.

Tabella 24 Mappatura e Trattamento Rischio

AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Valutazione di inabilità al lavoro	Indebito riconoscimento dell'inabilità al lavoro.	Medio	Rotazione dei presidenti della commissione.		annuale	Direttore Medicina Legale	Evidenza misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
Autorizzazione a ricoveri in centri specialistici ex art. 26 della Legge 833/78 e autorizzazione e liquidazione delle prestazioni ambulatoriali	Autorizzazione impropria rispetto a criteri di accesso e requisiti della struttura. Rimborsi ambulatoriali impropri.	Basso	Applicazione procedura	Implementazione procedura	semestrale	Direttore sanitario di Distretto	Verifica dell'utilizzo della modulistica e del rispetto delle fasi previste. Pubblicazione procedura aggiornata	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
Processo iscrizione cittadini extra UE al SSN	Iscrizione al SSN di un soggetto che non ne avrebbe diritto	Medio	Formazione sul campo degli operatori addetti su Leggi e Circolari relative al diritto di iscrizione per cittadini stranieri; Prosecuzione tavolo di lavoro aziendale al quale partecipano tutti i referenti dei distretti.; Utilizzo del manuale interattivo	Garantire costante formazione	semestrale	Responsabile Ufficio Assistenza e protesica	Evidenza delle misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTA ZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAG GIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Fornitura di presidi e/o ausili ortopedici non a carico SSN a pazienti ricoverati	Il personale dipendente potrebbe indirizzare la scelta dell’utente per la fornitura di presidio e/o ausilio verso una specifica ditta e/o sanitaria	Medio	Applicazione del regolamento aziendale che disciplina l’accesso di rappresentanti di ditte e/o sanitarie di presidi ortopedici nei reparti ospedalieri	Approvazione nuovo regolamento aziendale che disciplina l’accesso di rappresentanti di ditte e/o sanitarie di presidi ortopedici nei reparti ospedalieri	semestrale	Direttore Affari Generali (regolamento) e Direttori Presidi Ospedalieri (sensibilizzazione)	Evidenza dell'applicazione del regolamento e sensibilizzazione delle strutture aziendali coinvolte	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Certificazione Tirocini Pre-lauream, post-lauream e di specializzazione	Falsità della certificazione-Ritardo nel rilascio della certificazione	Medio	Codice di Comportamento	Stesura protocollo operativo e verifica regolarità documentale	semestrale	Direttore Servizio Psicologia	Trasmissione protocollo operativo al RPCT e Report su verifica a campione della regolarità della documentazione e a firma del Direttore UOC Psicologia	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Comunicazione e pubblicazione atti in "Amministrazione Trasparente"	a) Mancata pubblicazione o alterazione o incompletezza degli atti da pubblicati	Medio	Indicazione delle scadenze delle pubblicazioni per i responsabili nell'allegato trasparenza del Piano (PTPCT); Monitoraggio periodico;	Individuazione da parte del Dirigente obbligato di un collaboratore addetto alla pubblicazione	semestrale	Responsabili obblighi di pubblicazione	Report riepilogativi e comunicazione nominativo operatore incaricato della pubblicazione al RPCT	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Rilascio documentazione sanitaria	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza per favorire terzi nella consegna del documento	Medio	Procedura interna per il rilascio della cartella clinica secondo normativa vigente	Verifica del rispetto dei termini di consegna delle cartelle cliniche	semestrale	Direttore Sanitario di Presidio	relazione semestrale sulla verifica effettuata su un campione => al 10%	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTA ZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAG GIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Rilascio autorizzazioni del SSA E DEL SIAPZ	Valutazione dei requisiti in modo da penalizzare e/o agevolare il destinatario- Ritardo nel rilascio della certificazione	Medio	Esecuzione dei sopralluoghi di verifica dei requisiti da parte di almeno 2 dirigenti Veterinari- Sottoscrizione del documento di rilascio dell'autorizzazione da parte del Direttore del Servizio.	Rotazione del personale con frequenza quadriennale	annuale	Direttore Servizio Sanità animale	Relazione del Direttore del Servizio attestante le autorizzazioni rilasciate e le verifiche effettuate su almeno il 30%	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Rilascio di certificazioni e attestazioni- Nulla osta	Modalità di redazione della certificazione per agevolare o penalizzare	Alto	Controlli di supervisione sulle certificazioni rilasciate	Semplificazione amministrativa. Formazione del personale	annuale	Direttore Unità operativa complessa sanità animale- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche- Igiene alimenti di origine animale	Relazione del Direttore del Servizio attestante le verifiche effettuate e Report controlli di supervisione- Stesura protocollo operativo e proposta formazione del personale interessato a cura del Direttore della UOC.	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTA ZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAG GIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Accertamenti idoneità alla guida Commissione Medica Locale ASP Ragusa	Falso accertamento idoneità psico-fisica	Alto	Adozione linee guida validate in ambito nazionale	Formazione del personale	semestrale	Direttore Medicina Legale	Relazione Direttore UOC a seguito controllo applicazione linee guida - Proposta del Direttore UOC di implementazio ne software di gestione e indicazione unità di personale da formare.	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Pareri medico legali per CAVS Aziendale / CTP	Modalità di redazione del parere per agevolare o penalizzare	Alto	Attività assegnata a rotazione a medici legali dal Direttore attività medico legale / Direttore UOC Medicina Legale	Formazione del personale	semestrale	Direttore Medicina Legale	Report Direttore UOC su pareri espressi da ciascun medico con evidenza della rotazione effettuata e della relativa avvenuta formazione.	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Attività Analitica	Alterazione risultato di prova	Alto	Promozione dell’etica e di standard di comportamento (Regolamento Interno - Punto 6); formazione (D.P.R 62/2013, Codice Etico Comportamentale Aziendale); Autodichiarazione incompatibilità del personale.	Mantenimento delle misure in atto	trimestrale	Direttore Laboratorio Sanità Pubblica (LSP)	Procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti/an no; Non Conformità relative alla mancata osservanza del Regolamento interno /Non	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTA ZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAG GIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
								Conformità totali	
	Rilascio certificazioni medico legali alla persona.	Rilascio di certificazioni in mancanza di requisiti al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti	Alto	Affiancamento operatore amministrativo e medico, verifiche periodiche e trasmissione report al Responsabile prevenzione Corruzione	Rotazione del personale medico e utilizzo specifica procedura - Formazione del personale	semestrale	Direttore Medicina Legale	Relazione su verifica avvenuta rotazione e proposta piano di formazione- report verifica regolarità certificazioni	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Attività necroscopica	Certificazione non conforme alla realtà per favorire o svantaggiare qualcuno	Alto	Attività svolta a rotazione da medici interni secondo piani di attività mensili predisposti dal Direttore UOC	Regolamentazione procedura aziendale- Formazione del personale	semestrale	Direttore Medicina Legale	Verifica adozione procedura aziendale - Proposta piano di formazione	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Sistema di gestione sicurezza sui luoghi di lavoro	Errata valutazione del rischio- Mancata applicazione delle norme	Basso	Codice di Comportamento- Formazione - Aggiornamento documenti sulla sicurezza e Sistema SGLS	Audit interni	annuale	Responsabile SGLS: dott. Giuseppe Smecca	SGLS approvato con atto formale dalla Direzione Generale- Svolgimento audit interni da parte dell'Organo di vigilanza Interno- Corsi di formazione nuovi assunti e tirocinanti- Evidenza di Aggiornamento	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTA ZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAG GIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
								API (addetti prevenzione incendio) - corsi di informazione sulle procedure SGSL ai dirigenti e preposti	
	Gestione attività formativa	Programmazione non rispondente completamente al fabbisogno formativo delle macroarticolazioni aziendali- Progettazione mirata a favorire determinati docenti- Mancato rispetto della rotazione nell'accesso alla formazione	Alto	Codice di comportamento- Regolamento aziendale	Predisposizione reports semestrali per monitorare l'attuazione della formazione rispetto alla programmazione	semestrale	Responsabile Servizio di Formazione	Trasmissione report al RPCT	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Atti di gestione del rapporto di lavoro (L. 104/1992, L. 53/2000: congedi, permessi, maternità, etc..)	Mancanza di trasparenza e/o imparzialità	Medio	Esistenza di specifica normativa e meccanismi di controllo interno. Trasparenza	Periodiche verifiche a campione	semestrale	Direttore Risorse Umane	Relazione del Direttore Risorse umane	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTA ZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAG GIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Adempimenti in materia di assenze/prese nze del personale	Mancata trasmissione richieste di congedi, permessi, ec.- Indebita correzione dei cartellini da parte degli operatori dell'ufficio preposto	Medio	Tracciabilità dell'operatore che ha effettuato la modifica attraverso un codice identificativo. Autorizzazione scritta alla correzione da parte del Responsabile Ufficio. Possibilità di modifica limitata esclusivamente alle istanze presentate entro il giorno 5 del mese successivo a quello di interesse	Formazione operatori- Periodiche verifiche a campione	semestrale	Direttore Risorse Umane	Relazione del Direttore Risorse umane- Proposta di formazione e report di verifica	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Rilascio autorizzazioni per attività sanitaria	Difficoltà interpretative delle norme	Basso	Adozione di procedure univoche	Condivisione procedure	annuale	Direttore SIAV	Audit	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Partecipazione a Commissioni	Difficoltà interpretative delle norme	Basso	Applicazione normativa di riferimento	Condivisione procedure	annuale	Direttore SIAV	Audit	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Rilascio Tessera Sanitaria e abilitazione a Carta Nazionale dei servizi	Errato inserimento dati nel sistema	Minimo	-Supervisione del Responsabile-Codice di comportamento-Sistema premiante basato sull'adesione alle disposizioni- Utilizzo software	Rotazione del personale	annuale	Dirigente Sanitario Responsabile Ufficio Assistenza Sanitaria e Protesica	numero di reclami e/o denunce all'URP o lettere di apprezzamento indirizzate all'URP	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTA ZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAG GIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
									diretto ed immediato per il destinatario
	Trasferimento paesi Ue per cure assistenza diretta	Mancato rispetto della tempistica amministrativa che consiste nell'invio all'IRS tramite PEC	Minimo	Supervisione del Responsabile, sistema basato sull'adesione alle disposizioni	Potenziamento del personale adibito a più funzioni	semestrale	Dirigente Sanitario Responsabile Ufficio Assistenza Sanitaria e Protesica	numero di reclami e/o denunce all'URP o lettere di apprezzamento indirizzate all'URP	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Processo amministrativ o di scelta e revoca del MMG/PLS	Indirizzare verso la scelta del medico al fine di favorirlo - Iscrizione ad un medico oltre i massimali	Medio	-Supervisione del Responsabile-Codice di comportamento-Sistema premiante basato sull'adesione alle disposizioni- Utilizzo software	Potenziamento del personale adibito a più funzioni	trimestrale	Dirigente Sanitario Responsabile Ufficio Assistenza Sanitaria e Protesica	Evidenza tramite verifiche a campione su programma-	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Gestione dei ricettari del S.S.N.	Errore nella individuazione del medico	Basso	-Supervisione del Responsabile-Codice di comportamento-Sistema premiante basato sull'adesione alle disposizioni- Utilizzo software	Formazione sugli aggiornamenti e integrazioni alla normativa di base	annuale	Dirigente Ufficio Assistenza Integrativa	Verifica della Reportistica ministeriale	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Servizio Assistenza domiciliare (ADI) Medicare- SAMOT	Indirizzare l'utente nella scelta della associazione- Prestazioni non necessarie	Medio	Scelta autonoma del richiedente- Trasparenza- Attestazione mensili di regolarità del servizio da parte del Direttore sanitario di distretto	Formazione semplificazione	trimestrale	Direttore sanitario del Distretto	Report direttore sanitario del Distretto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTA ZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAG GIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	oncologica/Trasfusionale								diretto ed immediato per il destinatario
	Pareri e autorizzazioni (piani di lavoro amianto; lavori uso fiamma Porti e navi; deroga altezza locali di lavoro) D.Lgs. 81/08; D. Lgs 272/99 Circ. Reg. 1285/11	Autorizzazioni rilasciate senza requisiti o diniego autorizzazioni in presenza di requisiti	Medio	rispetto protocollo entrata; individuazione di un RDP e di un Supervisore (dirigente); segnalazioni URP	formazione continua del personale; assegnazione di nuovo personale- rotazione personale	semestrale	Direttore Spre.sa.L	Relazione su procedimenti o segnalazioni URP/pratiche assegnate	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Accreditamento/Conferma accreditamento o struttura sanitaria o socio-sanitaria	Possibili condizionamenti o interferenze o abuso nella valutazione dei requisiti di reclutamento per avvantaggiare il soggetto accreditando- Falso ideologico, negligenza, superficialità	Medio	Vigilanza con apposita equipe multidisciplinare. Rispetto procedure vigenti- Codice di Comportamento	Utilizzo check list e modulistica all'uopo predisposta ed implementazione della commissione di verifica con personale qualificato ed assenza dei requisiti di incompatibilità per la nomina. Formazione ed aggiornamento del personale incaricato.	semestrale	Dirigente medico Responsabile unità operativa Accreditamento	Relazione su documentate verifiche periodiche a campione- Acquisizione dichiarazioni di incompatibilità di ciascun dirigente medico	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Esenzioni dal pagamento da parte dei cittadini della compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito (Ticket).	Riconoscimento indebito dell'esenzione dal pagamento di ticket sanitari ed errato riconoscimento delle fasce reddituali/carico familiare- Mancato rispetto ordine cronologico	Medio	-Supervisione del Responsabile-Codice di comportamento-Sistema premiante basato sull'adesione alle disposizioni	Rotazione del personale - Formazione del personale sugli aggiornamenti e integrazioni alla normativa di base	trimestrale	Dirigente medico Ufficio Assistenza Integrativa	numero di reclami e/o denunce all'URP o lettere di apprezzamento indirizzate all'URP	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
Recupero delle somme dovute per aver indebitamente usufruito delle esenzioni per reddito o per codici bianchi non pagati a prestazione avvenuta	Errata valutazione della documentazione prodotta dall'utente a supporto della opposizione alla contestazione di pagamento	Medio	-Supervisione del Responsabile-Codice di comportamento-Sistema premiante basato sull'adesione alle disposizioni	Formazione sugli aggiornamenti e integrazioni alla normativa di base- Regolamento	trimestrale	Direttore amministrativo ospedali/Territorio	Adozione regolamento- Proposta formazione	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
Processo di esenzione ticket per patologia e per malattia rara	Attribuzione di esenzione a chi non ne avrebbe diritto	Minimo	verifica documentazione da parte dell'operatore	controllo a campione- formazione	trimestrale	Responsabile Ufficio Assistenza Integrativa e Protesica	Controllo a campione della presenza della documentazione sanitaria a supporto delle esenzioni rilasciate dall'area distrettuale, a scelta, tra i nominativi degli assistiti esenti per una determinata patologia	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILI E DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Autorizzazioni alla fornitura di protesi ed ausili di cui al D.M. 332/99 e nuovi LEA DPCM 12/01/2017	Limitare la libera scelta del cittadino, da parte di tutti gli operatori coinvolti nel processo, indicando una specifica ditta fornitrice a cui rivolgersi per la fornitura del presidio. Possibilità di favorire singoli cittadini o di favorire una determinata ditta. Fornire al cittadino un presidio di valore economico inferiore a quanto prescritto.	Medio	Applicazione della procedura aziendale del percorso complessivo di prescrizione, autorizzazione, fornitura, collaudo, pagamento della ditta fornitrice. Commissione protesica tecnica di vigilanza e controllo ditte fornitrici protesi acustiche. Controlli a campione tra autorizzato e fornito (collaudi) per protesi ed ausili su misura.	Implementazione procedura	semestrale	Direttore Sanitario del Distretto	Evidenza dell'adozione dell'istruzione operativa e dei controlli a campione delle autorizzazioni e della completezza dei dati	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
Erogazione di contributi economici a favore di utenti adulti con disagio psichico	Improprio riconoscimento del beneficio economico. Arbitraria individuazione del soggetto beneficiario	Minimo	Procedura interna		annuale	Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato in Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAISMDP)	Evidenza dell'applicazione della procedura che prevede i controlli	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
Accertamento disabilità (invalidità civile, sordità, cecità, handicap)- Visite collegiali	Indebito riconoscimento della disabilità-Uso distorto dei criteri e attribuzione dei punteggi	Alto	Rotazione del personale- Codice di Comportamento	Formazione del personale	semestrale	Direttore Medicina Legale	Audit interni e report	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Tirocini di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione	Arbitraria individuazione degli utenti a cui affidare il tirocinio-Arbitraria individuazione dei soggetti beneficiari	Minimo	Utenti individuati sulla base di specifici progetti approvati		annuale	Direttore Dipartimento Salute Mentale	Evidenza dell'applicazione della procedura con report annuale tirocini attivati, loro andamento e sede Verifica	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
Liquidazione di contributi economici a valere sui fondi per la non autosufficienza (anziani e disabilità)	Liquidazioni a soggetti non aventi diritto Liquidazione in presenza di iter procedurale non perfezionato	Medio	Controllo su tutti gli assegni erogati secondo la procedura		semestrale	Direttore sanitario Distretto	Evidenza della misura previste	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
Gestione economica dei progetti a finanziamento vincolato	1) Mancato rispetto della pianificazione e ripartizione dei costi- Mancato rispetto delle procedure aziendali nella gestione del finanziamento	Basso	Atti amministrativi aziendali, regionali, ministeriali ed eventuali convenzioni/accordi con enti pubblici europei- Regolamento interno- Monitoraggio costante delle spese e delle eventuali rimodulazioni economiche- Monitoraggio costante dell'adeguamento delle azioni per progetti con vincoli, alle procedure aziendali, in modo da avere sempre coerenza tra i due sistemi		semestrale	Direttore Controllo di Gestione	Evidenza della misura previste	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Concessione benefici economici (es. assegni familiari) ai dipendenti	Riconoscimento indebito del contributo in presenza di dichiarazioni mendaci-favoritismi o mancato riconoscimento in presenza dei requisiti	Medio	Applicazione di procedure operative - Controlli di supervisione	Formazione	semestrale	Direttore Risorse Umane	Relazione su verifica a campione-Formazione del personale	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
Predisposizione e cedolini di pagamento	Riconoscimento arbitrario di indennità al fine di agevolare taluni dipendenti o diniego competenze economiche dovute	Medio	Competenze rilevate e trasferite all'ufficio per il tramite del sistema informatico di rilevazione presenze- Codice di Comportamento	Controlli periodici- Procedura interna - Formazione del personale	trimestrale	Direttore Risorse umane	Relazione del Direttore Risorse umane su misure previste	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
Autorizzazione ossigeno liquido domiciliare su P.T. specialistico	Scelta del fornitore di ossigeno suggerita dagli specialisti-mancata comunicazione agli uffici preposti della ospedalizzazione o decesso del paziente-Mancata comunicazione variazione del fabbisogno	Alto	CONTROLLO A CAMPIONE	AUMENTARE I CONTROLLI NELLA FASE PRESCRITTIVA - Verifica fornitura in assistenza domiciliare-Ampliare il controllo a campione	trimestrale	Direttore sanitario Distretto	Relazione del responsabile sanitario Assistenza Integrativa e Protesica controfirmata dal responsabile sanitario del Distretto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Rilascio autorizzazione per la fornitura di prodotti dietetici a soggetti affetti da morbo celiaco su istanza di parte a seguito di certificato specialistico e richiesta del mmg (DA del 11/03/1999, DM 04/05/2006)	Attribuzione di un importo maggiore di quello prestabilito rispetto alla fascia di età e al sesso come da DA	Medio	Controllo interno- Codice di Comportamento	controllo della spesa della fornitura annuale relativa alle fasce di età- Formazione	trimestrale	Direttore sanitario Distretto	Relazione del Direttore del Servizio attestante il controllo del 100% delle pratiche	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
Autorizzazione ritiro presidi per diabetici	Discrezionalità operatore sportello	Basso	Segregazione compiti operatore sportello	Controllo periodico della spesa della fornitura annuale- Formazione	semestrale	Responsabile Ufficio Assistenza Integrativa e Protesica	Relazione su evidenza misure	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
Corresponsione e indennizzo per l'abbattimento di animali infetti abbattuti	Mancata imparzialità nelle verifiche effettuate in allevamento	Medio	Applicazione di procedure operative - Controlli di supervisione	Audit interni	annuale	Direttore UOC Servizio Sanità animale	Relazione	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
	Documentazione insufficiente a valutare il diritto all'indennizzo e l'entità dello stesso		Applicazione di una procedura operativa - Verifica del 100% delle pratiche istruite da parte di un Collaboratore amministrativo del Dipartimento e del Direttore del Servizio				Verifiche	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
								AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
Pagamento indennizzi ex Legge n. 210/1992	Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità ma alla volontà di premiare interessi particolari Intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione Fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità ma alla volontà di premiare interessi particolari	Alto	Utilizzo software di gestione	Formazione del personale	semestrale	Direttore Medicina Legale	Verifica a campione del Direttore UOC	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Prestazioni di laboratorio	Esecuzione di esami di laboratorio a utenti esterni non in regola con il pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria (ticket). Indebita percezione di denaro, di altri beni o di altri vantaggi per prestazioni di laboratorio eseguite su utenti non in regola con il pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria (ticket). Alterazioni dati di laboratorio e falsificazione referti esami di laboratorio finalizzata a produrre profitti o vantaggi ingiusti per l'utilizzatore	Medio	Registrazione di tutte le prestazioni di laboratorio sul sistema gestionale WEB Sanity- trasmissione dei dati analitici delle apparecchiature a sistema gestionale informatico Modulab- Tracciabilità di eventuali modifiche dei risultati-Codice di Comportamento	Comunicazione a tutto il personale del divieto di accettazione e di esecuzione esami di laboratorio non registrati sul Sistema Gestionale WEB Sanity o Modulab con successivo rilascio di referto macchina- Formazione-Verifiche a campione	semestrale	Responsabile Patologia clinica e microbiologia	Relazione	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
1. Programmazione	Analisi e definizione dei fabbisogni contrattuali generali e degli oggetti degli affidamenti	1) Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/ efficacia/ economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari; Intempestiva o mancata predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione Acquisto di prodotti non conformi, da OE non esperti del settore/ privi dei requisiti (RISCHIO 3)-Ingiustificato ricorso alle proroghe contrattuali.	Medio	1)Condivisione di linee guida / istruzioni operative che definiscano modalità e tempistiche di redazione della programmazione 2)Pubblicazione della programmazione e degli aggiornamenti 3) Corretta individuazione degli attori da coinvolgere in relazione alle specifiche competenze per identificare le procedure da inserire nella programmazione 4)Controllo dei tempi di attivazione delle procedure di gara in relazione alle scadenze contrattuali; 5) Individuazione ed applicazione di strumenti di controllo, monitoraggio ed interventi sostitutivi; 6) Pubblicazione di report periodici relativi all'attuazione della programmazione; 7)Definizione dei fabbisogni condivisa con i soggetti individuati a livello aziendale e adozione della proposta del programma annuale dei lavori 8) Per forniture DPI attivazione affidamenti previa valutazione collegiale dei Servizi Provveditorato,		semestrale	Direttore /Responsabile Servizio Provveditorato , Tecnico, Informatico	1) e 2) Verifica diretta relativa alla pubblicazione del documento di programmazione; 3) 4)-5)-6) Set di indicatori annuali (N. DI GARE PROGRAMMATE; N. DI GARE ATTIVATE; N. PROROGHE DISPOSTE PER CONTRATTI; GARE AGGIUDICATE/GARE PROGRAMMATE;) - N. procedure di gara interessate da intervento sostitutivo; 7) verifica adozione programma annuale e sue pubblicazioni 8) controlli a campione su atti su corretta individuazione fattispecie emergenziale	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici
	Predisposizione e adozione della programmazione biennale di acquisizione di forniture e servizi e degli aggiornamenti annuali		Medio						AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici
	Interventi extra programmazione in regime emergenziale		Alto						AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici
	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della programmazione (profilo committente, tavolo soggetti aggregatori)		Minimo						AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
1. Progettazione	Redazione ed aggiornamento del programma triennale dei lavori		Medio	Tecnico, Informatico, Direzioni amministrative ospedali/territorio e Direzioni sanitarie e Servizio Protezione e Prevenzione					AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici
	Valutazione della richiesta di acquisto e verifica sua presenza nella programmazione.	1) Disattendere le previsioni della programmazione procedendo all'affidamento di appalti non programmati. 2) Disattendere le previsioni della programmazione non procedendo all'attivazione ed all'affidamento di appalti previsti. 3) Numero elevato di procedure di affidamento non inserite nella programmazione attivate e/o concluse; 4) Elevato rapporto fra procedure programmate non attivate e procedure programmate	Medio	1) Controllo periodico dell'andamento della programmazione e pubblicazione degli stati di avanzamento della stessa; 2) Individuazione ed applicazione di strumenti di controllo e monitoraggio; 3) Utilizzo di modalità di autorizzazione delle richieste di acquisto fuori programmazione con inserimento delle motivazioni. 4) Controllo periodico dell'andamento della programmazione e pubblicazione degli stadi avanzamento della stessa. 5) Individuazione ed applicazione di strumenti di controllo e monitoraggio;			Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico, Direzione amministrativa Ospedali e Territorio	evidenze misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Verifica presenza di convenzioni dei soggetti aggregatori o dell'avvenuto inserimento nella programmazione di questi ultimi dell'oggetto della richiesta d'acquisto	1) Non utilizzo delle Convenzioni o del mercato elettronico al fine di favorire specifici fornitori; 2) Non utilizzo di quote di fabbisogno comunicate e contrattualizzate; 3) attivazione di procedure di affidamento per oggetti sovrapponibili a quelli di convenzioni dei soggetti aggregatori	Minimo	1) Monitoraggio periodico dei livelli di adesione alle convenzioni dei soggetti aggregatori; 2) Motivazione nella determina a contrarre in ordine sia alla scelta della procedura sia alla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale. 3) Adempimento delle disposizioni di legge che impongono l'adesione a Convenzioni Intercenter/CONSIP o il ricorso agli strumenti di acquisto del mercato elettronico			Direttore Servizio Provveditorato Tecnico, Informatico, Direzione amministrativa Ospedali e Territorio	1) verifica report; 2) Evidenza misure in atto desunte dagli atti con apposita dicitura	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	
Individuazione RUP (o sostituzione)	Nomina di Responsabile unico del procedimento (RUP) in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza	Medio	1) Rotazione RUP, compatibilmente con le esigenze organizzative e le necessarie competenze richieste per medesime procedure di affidamento e/o in base ai se di acquisto; 2) Acquisizione dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse.	Verifica a campione dell'utilizzo e della corretta compilazione dei moduli relativi al conflitto di interessi e relazione semestrale sull'attività con indicazione dei nominativi dei RUP		Direttore Servizio Provveditorato , Tecnico, Informatico	evidenze misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Svolgimento indagini di mercato - pubblicazione di avvisi esplorativi	1) Svolgimento di indagini di mercato superficiali o i cui risultati vengono predeterminati in funzione della restrizione del possibile mercato ad uno o pochi fornitori; 2) Elevato numero di indagini di mercato che si concludono con l'indicazione di uno o pochi fornitori disponibili; 3) Non utilizzo degli "avvisi esplorativi" od utilizzo limitato	Medio	Adeguatezza livello di trasparenza delle procedure di indagine/sondaggio di mercato			Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico, Direzione amministrativa Ospedali e Territorio	evidenze misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	
Verifica esclusività/infungibilità tramite avviso esplorativo, valutazione eventuali candidature e definizione della procedura per la soddisfazione di quel fabbisogno	Elusione delle regole che determinano l'esclusività/infungibilità dei beni/servizi finalizzate a favorire specifici fornitori ai quali viene riconosciuta una condizione di esclusività/infungibilità non reale	Critico	1) Regolamentazione della procedura attraverso le quali si procede all'acquisizione di beni /servizi di natura infungibile o in regime di esclusività; 2) Utilizzo di specifica modulistica compilata dal richiedente l'acquisto finalizzata all'attestazione della infungibilità/esclusività dei prodotti/servizi con esplicitazione delle motivazioni a supporto; 3) Valutazione delle eventuali candidature da parte di figure tecniche ed utilizzo di specifica modulistica con la quale si rende noto l'esito di tali valutazioni			Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico, Direzione amministrativa Ospedali e Territorio	evidenze misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Individuazione dei componenti incaricati di definire il Capitolato tecnico	1) Individuazione dei Componenti in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza; 2)2) Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti che definiscono le caratteristiche tecniche sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto; 3) Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire eventuali gare o i contenuti della documentazione di gara	Basso	1) Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara e di un impegno alla riservatezza. 2) Individuazione formale componenti del Gruppo Tecnico da parte delle Aziende sanitarie sulla base di una regolamentazione uniforme delle modalità di individuazione 3) Monitoraggio della partecipazione ai lavori di redazione del Capitolato di gara e dei tempi con eventuali interventi sostitutivi; 4) Rotazione dei componenti nelle diverse edizioni dello stesso appalto o in gare ad oggetto analogo e caratterizzate da mercati di riferimento coincidenti;			Direttore Servizio Provveditorato , Tecnico, Informatico.	evidenze misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Quantificazione dei fabbisogni di gara	Fabbisogni dichiarati non coincidenti con il reale consumo/utilizzo previsto al fine di lasciare "libere" quote di mercato da affidare a fornitori specifici;	Basso	1) Individuazione di referenti tecnici di gara responsabili della quantificazione dei fabbisogni; 2) definizione di una regolamentazione relativa alle modalità (flussi e tempi) di raccolta dei fabbisogni			Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico.	evidenze misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Scelta della procedura di aggiudicazione	1) Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante improprio utilizzo di sistemi di affidamento o di tipologie contrattuali per favorire un operatore.; 2) Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere. 3) Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire una specifica impresa. 4) Elevato numero di procedure negoziate 5) Reiterato ed immotivato ricorso alla procedura negoziata per lo stesso oggetto di gara 6) Frequenti "sforamenti" dei contratti stipulati in esito a procedure "sottosoglia".	Medio	1) Inserimento nella Determina a contrarre/determina di indizione delle motivazioni in ordine alla scelta della procedura ed alla tipologia contrattuale; 2) verifiche relative agli andamenti contrattuali, alle loro "varianti" ed ai loro ampliamenti 3) Utilizzo della piattaforma del MEPA CONSIP, per l'individuazione degli operatori da consultare. 4) Utilizzo modulistica finalizzata all'attestazione della sussistenza di tutti i requisiti previsti dalla norma e dall' ANAC. 5) Pubblicazione delle dichiarazioni dei soggetti proponenti l'acquisto di beni e servizi nella sezione "Amministrazione Trasparente".	Formazione del Personale	Semestrale	Direttore Servizio Provveditorato , Tecnico, Informatico.	Relazione	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	

Predisposizione e documentazione di gara con definizione criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione, item di valutazione qualità e definizione importo a base d'appalto	1) Predisposizione di documenti di gara con definizione di criteri di ammissione finalizzati a restringere artificiosamente il numero dei concorrenti; 2) Definizione di criteri di valutazione della qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o comunque a restringere il mercato, in particolare favorendo il fornitore uscente anche grazie ad asimmetrie informative che possono rappresentare un gap per gli altri concorrenti 3) Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti che elaborano i documenti di gara sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto 4) Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione; 5) Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire eventuali gare o i contenuti della documentazione di gara	Critico	1) Utilizzo di documenti standard conformi alle normative ed ai bandi ANAC ; 2) Sottoscrizione da parte dei concorrenti di impegni specifici al rispetto delle previsioni di cui ai protocolli di legalità o patti di integrità con inserimento nei contratti di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute in tali documenti 3) adozione di criteri di valutazione della qualità di carattere oggettivo 4) Utilizzo della consultazione preliminare di mercato opportunamente pubblicizzata e regolamentata;		semestrale	Direttore Servizio Provveditorato , Tecnico, Informatico.	Relazione annuale	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Progettazione di fattibilità tecnica economica definitiva ed esecutiva	Definizione e sviluppo dell'oggetto progettuale con indicazione nel disciplinare di prodotti, servizi e lavori con determinate specifiche tecniche al fine di favorire una determinata impresa.	Critico			Semestrale	Direttore e Dirigenti U.O.C.	Relazione	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	
Predisposizione e documentazione richiesta offerta per acquisti diretti (non infungibili) Inferiori a € 40.000,00	Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto. Favorire un concorrente specifico. Omettere le comunicazioni di informazioni	Critico	1) Regolamento interno, Codice di comportamento; 2) Utilizzo della piattaforma MEPA CONSIP, per l'individuazione degli operatori da consultare. 3) Acquisizione più preventivi		Trimestrale	Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico, Direzione Amministrativa Ospedali e Territorio	Report riepilogativi	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTA ZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITOR AGGIO	RESPONSABIL E DELLA APPLICAZION E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Predisposizione e documentazione richiesta offerta per acquisti diretti (non infungibili) DL Semplificazione e Per Beni e servizi importo inferiore a € 75.000 Lavori importo inferiore a 150.000	Condizione di potenziale intrinseca “prossimità” di interessi generata dal fatto che i soggetti proponenti l’acquisto sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto. Il rischio è aggravato dall'innalzamento dell'importo	Medio	Istruzioni operative aziendali volte a garantire un minimo di confronto concorrenziale.		Semestrale	Direttore Servizio Provveditorato , Tecnico, Informatico	evidenze misure in atto; Controlli a campione su atti	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici
	Accettazione di donazioni di beni mobili o di apparecchiature elettromedicali	Tentativo del fornitore di fidelizzare l'utente (Professionista /Azienda Sanitaria). Danno derivante da elusione delle ordinarie procedure di acquisizione. Danno derivante da una acquisizione di prodotti dedicati e/o costi di gestione. Danno derivante da fabbisogni indotti non programmati. Rischi derivanti da eventuali conflitti di interesse tra professionista e associazioni.	Minimo	linee guida e Procedura Aziendale		Semestrale	Direttore Sanitario di Presidio, Direttore Servizio Provveditorato , Ingegneria Clinica	evidenze misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Accettazione Comodati d'uso	Danno derivante da una acquisizione di prodotti dedicati e/o costi di gestione	Minimo	linee guida e Procedura Aziendale		Semestrale	Direttore Sanitario di Presidio, Direttore Servizio Provveditorato, Ingegneria Clinica	evidenze misure in atto, controlli a campione su atti	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici
Selezione del contraente	Pubblicazione del bando e delle comunicazioni connesse all'indizione della gara (profilo committente, piattaforma Net 4 Market)	1) Inadeguata pubblicità; 2) Frequenti richieste di trasmissione dei documenti di gara da parte di potenziali fornitori; 3) frequenti richieste di proroga dei termini di presentazione delle offerte	Minimo	1) Tempestività nella pubblicazione/trasmisione delle comunicazioni Osservanza delle norme e delle linee guida; 2) Indicazione nella programmazione dei termini previsti per la pubblicazione		Semestrale	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	Relazione	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici
	Invito operatori economici sottosoglia D.L. Semplificazione e: Forniture e servizi (compresi servizi tecnici) da 75.000 fino alle soglie x Lavori varie fasce da 150.000 fino alla soglia	1) Selezione discrezionale degli invitati favorendo alcuni fornitore rispetto ad altri	Medio	1) Precise Istruzioni operative Servizio Approvvigionamenti: Invito di tutti gli Operatori economici iscritti alla categoria merceologica 2) Pubblicazione su profilo del Committente dell'Avviso di avvio della procedura ex art 1 co 2 DL Semplificazione		Semestrale	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	evidenze misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Gestione chiarimenti, quesiti, rettifiche, sopralluoghi, proroghe dei termini	Assenza di pubblicità dei chiarimenti e dell'ulteriore documentazione rilevante. Immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando.	Minimo	1) Accessibilità della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese. 2) Evidenza delle motivazioni a supporto della concessione di proroghe nei termini di presentazione offerte		Semestrale	Direttore Servizio Provveditorato , Tecnico, Informatico	evidenza misure in atto. Controlli a campione su atti	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	
Ricezione offerte		Minimo	Completa informatizzazione tramite piattaforma Net Market		Semestrale	Direttore Servizio Provveditorato , Tecnico, Informatico		AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	
Procedure di affidamento in emergenza - Riduzioni tempistiche	Riduzione capacità controllo sui prodotti in acquisto; Favorire uno specifico concorrente; Riduzione capacità di controllo sul fornitore - Rischi derivanti da pagamenti anticipati - Contingentamento tempistica di legge - Mancato rispetto quantitativi e tempi di consegna - variabilità elevata prezzi.	Alto	Attuazione delle misure di controllo previste dalle normative di riferimento; Monitoraggio delle attività preposte con verifica della conformità degli acquisti predisposti e degli interventi effettuati.		Semestrale	Direttore Sanitario di Presidio, Direttore Servizio Provveditorato , Direzione Amministrativa Ospedali e Territorio		AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	
Valutazione documentazione amministrativa	1) Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara (es mancata attivazione " Soccorso istruttorio").	Basso	1) Verbalizzazione seduta di gara; 2) Check list controllo documenti previsti dal bando		Semestrale	Direttore Sanitario di Presidio, Direttore Servizio Provveditorato , Direzione Amministrativa Ospedali e Territorio	evidenze misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Nomina Commissione Giudicatrice	1) Nomina di Componenti della Commissione giudicatrice in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza; 2) Ritardo nell'individuazione e nell'indicazione dei nominativi da parte delle Aziende sanitarie interessate	Critico	1) Composizione della Commissione con figure tecniche e professionali diversi per competenza e provenienza aziendale, 2) Monitoraggio tempi di lavoro della commissione giudicatrice; 3) Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella valutazione di dichiarazione cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto gara. 4) Individuazione formale dei componenti della Commissione da parte delle Aziende sanitarie sulla base di una regolamentazione condivisa delle modalità di individuazione 5) Regolamento sui criteri di nomina e monitoraggio sui relativi tempi; 6) Acquisizione casellario Giudiziale		semestrale	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	Relazione	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Valutazione tecnica offerte in caso di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa	1) Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara. Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito. 2) Assenza di criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito nell'attribuzione dei punteggi, nonché valutazione dell'offerta non chiara/ trasparente/ giustificata.	Alto	1) Monitoraggio tempi di lavoro della commissione giudicatrice; 2) Verbalizzazione delle decisioni relative all'attribuzione dei punteggi di qualità con motivazione 3) formule di aggiudicazione riportate nella documentazione amministrativa elaborate da Area Vasta sono conformi ai criteri elaborati dalla giurisprudenza e alle indicazioni fornite da ANAC		semestrale	Direttore Servizio Provveditorato , Informatico, Tecnico	evidenze misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	
Valutazione economica offerte		Minimo	Completa informatizzazione tramite Net 4 Market			Direttore Servizio Provveditorato , Tecnico, Informatico	evidenze misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Verifica di anomalia delle offerte	1) Verifica strumentalmente finalizzata ad escludere offerte in realtà congrue o ad ammettere offerte in realtà non congrue o credibili; 2) Valutazione non adeguata da parte del RUP se non dotato delle necessarie competenze tecniche; 3) assenza di adeguata motivazione sulla congruità o non congruità dell'offerta; 4) Accettazione di giustificazioni di cui non è stata verificata la fondatezza	Medio	1) Supporto uffici stazione appaltante al RUP per la valutazione dell'anomalia; 2) Valutazione effettuata dalla commissione giudicatrice o da commissioni hoc 3) Verbalizzazione del procedimento di valutazione delle offerte verifica della congruità dell'offerta che dia dettagliatamente conto delle motivazioni a sostegno della scelta		semestrale	Direttore Servizio Provveditorato , Tecnico, Informatico	Relazione	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	
Controlli pre aggiudicazione /pre- stipula	1) Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.	Medio	1) Funzione centralizzata per l'acquisizione dei documenti, e per la custodia della documentazione 2) Codice di comportamento; 3) Obbligo di menzione nei verbali di gara delle specifiche tutele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta		semestrale	Direttore Servizio Provveditorato , Tecnico, Informatico	Audit	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTA ZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITOR AGGIO	RESPONSABIL E DELLA APPLICAZION E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Adozione/Efficacia atto di aggiudicazione	Immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto	Medio	Monitoraggio tempi		semestrale	Direttore Servizio Provveditorato , Tecnico, Informatico	evidenze misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici
	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della aggiudicazione definitiva	Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.	Minimo	1) Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità comunicazione previsti dal Codice		semestrale	Direttore Servizio Provveditorato , Informatico, Tecnico	evidenze misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Annullamento della gara/ Revoca del bando	Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario o di allungare artificiosamente i tempi di affidamento	Medio	Controllo a campione nella documentazione di gara circa il rispetto dell'obbligo di motivazione in ordine alla legittimità, opportunità, convenienza del provvedimento di revoca. Controllo a campione su tutti gli atti amministrativi in relazione alle tipologie di atti di affidamento stabilita nell'anno precedente all'estrazione (non si tratta quindi controllo puntuale so sugli atti di revoca). Adeguata motivazione in ordine alla legittimità, opportunità, convenienza del provvedimento di ritiro.		semestrale	Direttore Servizio Provveditorato , Informatico, Tecnico	Relazione	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Stipula contratto/adesione convenzione e emissione ordinativo di fornitura	1) Immotivato ritardo nella adesione alla convenzione o nella sottoscrizione del contratto, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto; 2) Adesione alla convenzione con quantitativi/importi non coerenti con il fabbisogno espresso in sede di predisposizione dei documenti di gara	Basso	Monitoraggio tempi di adesione alle convenzioni o sottoscrizione dei contratti;		semestrale	Direttore Servizio Provveditorato , Informatico, Tecnico	Segnalazione al RPC delle richieste di autorizzazione al subappalto a soggetti privi di requisiti	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici
	Individuazione Direttore Esecuzione Contratto	Nomina DEC in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza	Critico	1) Formazione dei DEC e collaboratori; 2) Rispetto del principio di rotazione	1)Sottoscrizione da parte del DEC di dichiarazione che attesta l'assenza di interessi personali in relazione alla ditta affidataria dell'appalto; 2) Regolamentazione delle modalità di individuazione DEC e collaboratori;	annuale	Direttore Servizio Provveditorato , Informatico, Tecnico	Relazione	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
Esecuzione del contratto	Autorizzazione al subappalto	1) Mancata valutazione dell'impiego di manodopera o incidenza del costo della stessa ai fini della qualificazione dell'attività come subappalto per eludere le disposizioni e i limiti di legge. 2) Mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore. 3) Accordi collettivi tra imprese partecipanti che utilizzano il subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti all'accordo.	Alto	1) Adempimento delle prescrizioni di legge in materia di subappalto. 2) Protocollo di legalità applicato agli appalti di lavori e misti di lavori/forniture/servizi. 3) Comunicazione al Responsabile per la prevenzione della corruzione di situazioni di inosservanza degli adempimenti in materia di subappalto e ad Intercenter per le convenzioni. 4) Comunicazione da parte di Intercenter alle aziende degli eventuali subappalti.			Direttore Servizio Provveditorato , Informatico, Tecnico	segnalazione al RPCT delle richieste di autorizzazioni di subappalti a soggetti privi di requisiti.	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici
	Ammissione delle varianti (compreso sesto quinto)	Abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore (ad esempio, per consentirgli di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni o di dover partecipare ad una nuova gara). Inserimento nuovi prezzi.	Critico	1) Rispetto delle prescrizioni del Codice Appalti relative alla redazione varianti; 2) Varianti autorizzate con provvedimento dell'Azienda o da intercenter adeguatamente motivato in ordine al riscontro delle fattispecie normative; 3) Trasmissione al RPC delle varianti trasmesse all'ANAC; 4) Monitoraggio di non sfioramento del "sesto quinto"	Comunicazione al Responsabile Prevenzione Corruzione delle varianti trasmesse all'ANAC		Direttore Servizio Provveditorato , Informatico, Tecnico	Relazione annuale del Direttore esecuzione del contratto sull'andamento contratto; Segnalazioni al RPC delle varianti trasmesse all'ANAC	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Affiancamenti e sostituzioni in corso di contratto	Affiancamenti e sostituzione di prodotti in corso di contratto finalizzate a favorire uno specifico fornitore	Medio	1) Regolamentazione delle modalità autorizzative degli affiancamenti/ sostituzioni; 2) definizione di percorsi condivisi per affiancamento / sostituzione prodotti contrattualizzati sulla base di convenzioni Intercenter 3) utilizzo delle piattaforme informatiche			Direttore Servizio Provveditorato , Informatico, Tecnico	evidenze misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	
Verifiche in corso di esecuzione del contratto	1) Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o ingiustificato pagamento anticipato. 2) Accettazione materiali in cantiere non conformi al capitolato. 3) Accettazione materiali non conformi nelle forniture di beni sanitari e in particolare legate all'Emergenza COVID 19. 4) Uso non giustificato di materiali fuori contratto.	Alto	1) Verifica periodica dei livelli di qualità attesi per gli appalti di servizi attraverso indicatori specifici. 2) Applicazione di eventuali penali a seguito di non conformità riscontrate nell'esecuzione del contratto. 3) Definizione procedure su "non conformità e acquisti in danno" 4) Condivisione delle modalità di gestione dei flussi informativi con la centrale di committenza 5) Per DPI verifiche in ambito Gruppo Regionale RSPP e istruzioni operative aziendali		semestrale	Direttore Servizio Provveditorato , Informatico, Tecnico	Relazione annuale del Direttore esecuzione del contratto sull'andamento del contratto.	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Verifica delle disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni del Piano di Sicurezza o Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI)	Mancato rispetto delle disposizioni previste nel DUVRI/PSC/POS	Critico	1) Periodici controlli verbalizzati sulla corretta attuazione a cura del coordinatore della sicurezza in esecuzione. 2) Applicazione misure previste dal DUVRI in riferimento alla procedura aziendale sui rischi di interferenza.		semestrale	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico, Prevenzione	evidenze misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	
Apposizione di riserve	Apposizione di riserve generiche a cui consegue una incontrollata lievitazione dei costi.	Medio	Rigorosa adesione al Codice degli appalti.	Monitoraggio periodico del RUP sulle riserve	semestrale	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	Evidenze misure in Atto, Controlli su Atti	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	
Gestione delle controversie, Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore.	Basso	1) Rispetto delle prescrizioni di legge riguardo l'applicazione dell'Accordo Bonario. 2) Indicazione nei documenti di gara del foro competente con esclusione del ricorso ad arbitrati. 3) Fermo restando l'obbligo di oscurare i dati personali relativi al segreto industriale o commerciale, pubblicazione degli accordi bonari in Amministrazione trasparente, altri contenuti.	Pubblicazione degli accordi bonari e delle transazioni anche sul sito web aziendale nella Sezione "Amministrazione Trasparente"	semestrale	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	evidenze misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Gestione Collegio Consultivo Tecnico art 6 DL 76/00	Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore	Basso	1) Rispetto delle prescrizioni di legge riguardo l'applicazione del Collegio Consultivo 2) Fermo restando l'obbligo di oscurare i dati personali relativi al segreto industriale o commerciale, pubblicazione degli accordi bonari in Amministrazione trasparente, altri contenuti.		semestrale	Direttore Servizio Provveditorato , Informatico, Tecnico	Conformità alla procedura attestata: a) dalla modulistica agli atti del Servizio Ingegneria Clinica b) dai verbali di ispezione nei reparti	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	
Effettuazioni pagamenti sia in corso di esecuzione che in conclusione del contratto.	Pagamenti Indebiti; Mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità.	Alto	1) Verifica della corretta fatturazione; 2) Applicazione delle clausole standard di tracciabilità dei pagamenti; 3) Adesione alla istruzione Operativa ULC revisionata per beni sanitari 4) per interventi manutentivi coinvolgimento di tutti i componenti uffici direzione lavori 5) Evidenza ITER per l'approvazione stati di avanzamento lavori (SAL) e Stati avanzamento servizi (SAS) tramite evidenze documentali da <i>docsuite</i> 6) Completa informatizzazione del Ciclo Passivo Acquisti con l'emissione di ordini elettronici per i beni e Servizi.		semestrale	Direttore Servizio Provveditorato , Informatico, Tecnico, Direzione Amministrativa Ospedali e Territorio	Relazione Annuale	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Utilizzo di attrezzature/materiali in prova a titolo dimostrativo	1) Rischio di ingenerare l'acquisto dell'apparecchiatura/prodotto in visione mediante inserimento di un lotto di gara o con affidamento diretto, eludendo le corrette regole di programmazione e acquisizione; 2) Rischio di indurre richieste extra contratto	Minimo			semestrale	Direttore Farmacia Ospedaliera e Direttore Farmacia Territoriale	Verifica dell'implementazione del sistema a mezzo accertamento informatico	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	
Gestione contrattuale biancheria	Possibile mancata consegna della biancheria pulita nelle quantità previste	Critico	Applicazione controllo di processo, verifica biancheria sporca in uscita tramite rilevatore automatico.		trimestrale	Direzione Amministrativa Ospedali e Territorio	Report di verifica della giacenza del magazzino	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	
Gestione derrate alimentari	Possibile sottrazione di derrate alimentari dalle dispense ospedaliere.	Medio	Informatizzazione delle richieste pasti e generi di conforto provenienti da strutture aziendali di ricovero e cura. Inventari presso le dispense delle cucine a gestione diretta. Oggettivizzazione dei fabbisogni di derrate. Informatizzazione dei dati di produzione servizio mensa		trimestrale	Direzione Amministrativa Ospedali e Territorio	Report controlli eseguiti ed evidenza dell'applicazione della procedura	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	
Gestione magazzini economici	Possibile sottrazione illegale di prodotti; Possibile giacenza errata magazzino economico.	Basso	Procedura specifica per la verifica delle giacenze a magazzino con frequenza di verifica trimestrale della giacenza di ogni prodotto		trimestrale	Direttore Servizio Provveditorato, Direzione Amministrativa Ospedali e Territorio	evidenze misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici									
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
Rendicontazione del contratto	Controlli sulla gestione dei rifiuti sanitari	Errore umano / Frode	Medio	Controlli periodici su fatture e quarta copia formulari Verifica a campione della tara ove previsto. Controlli a campione sulla corretta gestione dei rifiuti all'area di stoccaggio Applicazione della procedura aziendale del Presidio Ospedaliero		trimestrale	Direttore Presidio Ospedaliero	utilizzo della modulistica ai fini autodichiarazione insussistenza conflitto interessi	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici
	Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)	Alterazioni o omissioni di attività di controllo al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante. Rilascio del certificato di collaudo/regolare.	Medio	In caso di affidamento a personale interno, rotazione del personale. In caso di affidamento ad esterni, ricorso ad elenco di professionisti disponibili alla voce merceologica "Servizi Professionali" sul portale del Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA)		semestrale	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	report riepilogativi	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici
	Verifica della corretta esecuzione con rilascio del certificato di collaudo o del certificato di verifica di conformità	Alterazioni o omissioni di attività di controllo al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante. Rilascio del certificato di collaudo/regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici o la mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera.	Medio	1) Verbali di collaudo conformi alla normativa; 2) Sottoscrizione dichiarazione conflitto d'interesse 3) Adesione alla procedura aziendale per il collaudo delle tecnologie sanitarie.		semestrale	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico e Responsabile Ingegneria Clinica	report riepilogativi	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici

4	AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Progressione di carriera: gestione del sistema di valutazione della performance	Alterazione degli indicatori ed obiettivi ai fini di modificare l'esito della valutazione e incentivi	Medio	Trasparenza /Presenza OIV/Codice di Comportamento	Redazione/Aggiornamento Sistema di valutazione della Performance	semestrale	Direttore Controllo di Gestione	Pubblicazione atti	AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)
	Progressione di carriera: gestione selezioni interne del Comparto (passaggi orizzontali/verticali)	1. Previsione di requisiti di accesso personalizzati 2. Irregolare composizione della commissione 3. Mancanza di oggettività e/o imparzialità della valutazione dei candidati	Medio	Definizione dei criteri da parte della Direzione aziendale e delle OO.SS. In sede di accordi integrativi aziendali-Trasparenza nella pubblicazione degli atti. Regolamenti aziendali- Codice di Comportamento	Autodichiarazione di mancanza di conflitto di interessi da parte dei componenti della commissione concorsuale-Formazione	semestrale	Direttore Risorse Umane	Pubblicazione atti concorsuali e relative tabelle-Relazione su formazione	AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)
	Progressioni di carriera che derivano da accordi integrativi aziendali area comparto (incarichi di funzione)	Attribuzione di incarico di funzione non coerente con le funzioni svolte o con altri incarichi di funzione già attribuiti in Azienda	Medio	Rispetto delle disposizioni contrattuali e del regolamento aziendale che disciplinano il percorso/Valutazione da parte della Direzione aziendale dell'appropriatezza della richiesta in rapporto alle esigenze e agli assetti organizzativi aziendali		annuale	Direttore Risorse Umane	Evidenza dell'applicazione delle misure preventive	AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)
	Partecipazione dei dipendenti ad eventi formativi esterni con sponsorizzazioni di ditte	Conflitto di interessi con l'attività istituzionale del dipendente.	Minimo	Applicazione della procedura aziendale autorizzatoria preventiva per la partecipazione del dipendente	Revisione della procedura aziendale autorizzatoria in linea con l'adozione del Regolamento Regionale per la formazione sponsorizzata.	semestrale	Direttore Servizio Sviluppo Risorse Umane	Evidenza dell'applicazione delle misure preventive	AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)

4	AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Progressioni di carriera che derivano da accordi integrativi aziendali area dirigenziale	Attribuzione di posizione non coerente con le funzioni svolte o con altri incarichi dirigenziali già attribuiti in Azienda	Medio	Valutazione da parte della Direzione aziendale del rispetto delle disposizioni contrattuali che disciplinano il percorso e dell'appropriatezza della richiesta in rapporto alle esigenze e agli assetti organizzativi aziendali		annuale	Direttore Risorse Umane	Evidenza dell'applicazione delle misure preventive	AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)
	Scelta del docente esterno per attività/servizi di formazione	Scelta del docente influenzata da interessi privati.	Critico	Applicazione del regolamento aziendale	Implementazione di un data base per la scelta del docente esterno iscritto all'elenco aziendale mediante comparazione dei	semestrale	Direttore Servizio Sviluppo Risorse Umane	Evidenza dell'applicazione delle misure preventive	AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)
	Assegnazione di incarichi a tempo determinato di natura convenzionale previsti da Accordi Collettivi Nazionali, Accordi Integrativi Regionali, Accordi Attuativi Locali	Arbitraria individuazione dei soggetti assegnatari dell'incarico	Basso	Indizione di bandi per la formazione di graduatorie annuali, applicazione dei criteri previsti dagli accordi nazionali, regionali e locali-Trasparenza	Procedura operativa per la definizione dei passaggi e l'assegnazione degli incarichi ai medici non iscritti in graduatoria	annuale	Direttore Medicina di Base e Specialistica	Pubblicazione della procedura	AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)

4	AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Conferimento incarichi di struttura complessa	Inosservanza regole procedurali indicate dalla vigente normativa nazionale e regionale/Mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzioni	Medio	Adempimento delle disposizioni di legge che disciplinano la materia-Trasparenza		semestrale	Direttore Servizio Sviluppo Risorse Umane	Evidenza misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)
	Procedura di reclutamento di personale durante lo stato di emergenza	In assenza dell'applicazione delle regole ordinarie del reclutamento nel pubblico impiego, rischio di favoritismi al fine di perseguire interessi personali	Critico	Pubblicazione di un bando con predefinizione di criteri generali astratti e motivazione relativa alla scelta dei candidati/Attribuzione di criteri generali astratti nel bando emergenziale		semestrale	Direttore Servizio Sviluppo Risorse Umane	Evidenza misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)

4	AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE E DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Conferimento di incarichi professionali a soggetti esterni (borse di studio, incarichi libero professionali)	1. Attribuzione dell'incarico per favorire indebitamente un soggetto in cambio di utilità. 2. scelta arbitraria che non tiene conto della professionalità del soggetto e della reale necessità dell'ente. Valutazione discrezionale dei curricula per favorire alcuni candidati. 4. Possibilità di individuazione dell'oggetto dell'incarico per favorire determinati soggetti e non in relazione ad effettive esigenze straordinarie dell'amministrazione 5. Previsione di requisiti di accesso personalizzati- Conflitto di interessi	Critico	Trasparenza- Codice di Comportamento	Redazione/Aggiornamento regolamento aziendale- Formazione- Pubblicazione atti in tabelle- Controlli a campione	semestrale	Direttore Servizio Sviluppo Risorse Umane	Pubblicazione atti concorsuali in tabelle con annotazione in una colonna dedicata all'esito dei controlli degli incarichi autorizzati /non autorizzati	AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)
	Reclutamento: procedure concorsuali (tempo indeterminato, tempo determinato, mobilità)	1.Irregolare composizione della commissione. 2. Mancanza di oggettività e/o imparzialità nella valutazione dei candidati 3. Previsione di requisiti di accesso personalizzati	Alto	Trasparenza nella pubblicazione degli atti. Autodichiarazione di mancanza di conflitto di interessi da parte dei componenti della commissione concorsuale	Pubblicazione atti concorsuali in tabelle- Formazione	semestrale	Relazione del Direttore U.O.C./Responsabile	Evidenza della pubblicazione atti concorsuali e relative tabelle- Relazione su formazione	AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)

4	AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILITÀ DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Conferimento incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria e di pediatri di libera scelta-Instaurazione rapporto convenzionale	Personalizzazione dei criteri di accesso all'incarico professionale dei medici-Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione all'incarico da ricoprire-Inosservanza delle regole a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	Basso	Iter vincolato da precisa normativa che non consente discrezionalità	Controllo	semestrale	Direttore UOC medicina di Base e Specialistica	Relazione	AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)
	Individuazione zone carenti di assistenza primaria e pediatri di libera scelta		Minimo	Iter vincolato da precisa normativa che non consente discrezionalità	Controllo	semestrale	Direttore UOC medicina di Base e Specialistica	Verifica a campione dell'utilizzo e della corretta compilazione dei moduli relativi al conflitto di interesse/ relazione semestrale sull'attività con indicazione dei nominativi RUP	AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)

5	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari	Corsie preferenziali nei pagamenti al solo fine di favorire soggetti particolari. Emissione di ordinativi di pagamento non dovuti. Alterazione ordine cronologico dei mandati di pagamento.	Basso	Segregazione delle funzioni di ordine/ricevimento/liquidazione-Attività di controllo a campione degli ordinativi di pagamento emessi. Tracciabilità degli operatori che emettono e di coloro che controllano l'ordinativo di pagamento.	Formazione	semestrale	Direttori dei Servizi liquidatori - Direttore Servizio Economico finanziario	Evidenze acquisite in sede di monitoraggio per la prevenzione della corruzione e trasparenza	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
	Registrazioni di bilancio	Registrazioni e rilevazioni non corrette/non veritiere.	Minimo	Tracciabilità degli operatori che effettuano/modificano scritture in contabilità. Evidenza sul sito "Amministrazione Trasparente" dello stato di avanzamento del Percorso Attuativo di Certificabilità dei bilanci (PAC) come disposto dalla Determina ANAC n.12/2015. Controlli a campione		semestrale	Direttore Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Evidenze acquisite in sede di monitoraggio per la prevenzione della corruzione e trasparenza	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
	Riscossione pagamento ticket	Mancato pagamento ticket dovuto- Inappropriatezza riscossione somme- Induzione ad appropriazione indebita	Critico	Controllo su tutte le pratiche rilevate per associare l'effettivo pagamento, se dovuto. Controllo a campione sulle posizioni chiuse per verificare l'effettivo pagamento. Verifiche incrociate-Regolamento interno	Aggiornamento regolamento interno	semestrale	Direttore Servizio Economico finanziario	Relazione sull'esito dei controlli incrociati	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

5	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Accertamento sanzionatorio mancata/tardiva disdetta prenotazioni specialistica ambulatoriale	Verifiche scorrette o incomplete; favorire un determinato utente	Medio	Regolamento recupero crediti	Verifica applicazione regolamento interno	semestrale	Direttori sanitari Distretti	Report delle prestazioni prenotate e non fruite da trasmettere alle Direzioni Amministrative Ospedali e territorio	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
	Emissione fatture attive	Alterazione nell'emissione cronologica delle fatture	Medio	controlli interni/esterni- Utilizzo procedura informatica- Tracciabilità operatori- Codice di Comportamento	Rotazione del personale- Formazione	semestrale	Direttore Servizio Economico finanziario	Evidenza misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
	Liquidazione fatture per assistenza integrativa, protesica e riabilitativa	Mancato rispetto dell'ordine cronologico di ricevimento delle fatture o imprecisione controllo documentale	Basso	Supervisione del Responsabile, invito alla cultura dell'etica, sistema premiante basato sull'adesione alle disposizioni, formazione continua intesa anche come affiancamento a colleghi del servizio informatico e/o SEF- Procedura informatica- Codice di Comportamento- Verifica sul mantenimento dei requisiti dei fruitori	Rotazione del personale - Formazione su procedura applicata e su applicazione Codice di Comportamento	trimestrale	Direttore amministrativo di distretto	report verifica a campione	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
	Rimborso spese sanitarie agli utenti	Rimborso non dovuto o supportato da documentazione incompleta	Basso	Supervisione del Responsabile- Codice di Comportamento	Rotazione del personale - Formazione	semestrale	Responsabile Ufficio Assistenza Integrativa	Evidenza sulle misure preventive	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

5	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Liquidazioni fatture beni e servizi esternalizzati (pulizia, vigilanza, lavanolo, alimenti, noleggi, specialistica, ex file Z, trasporto materiale biologico, trasporto salme, corriere espresso ,ambulanze, pulizia cappe, rifiuti speciali, disinfestazione derattizzazione e archiviazione e gestione digitale, consulenze, bollini rosa, certificati EFl, remunerazione personale a progetto, prodotti chimici, manutenzioni, vari)	Mancato rispetto dell'ordine cronologico di ricevimento delle fatture o imprecisione controllo documentale / Pagamenti non dovuti per utenti non aventi diritto	Basso	Supervisione del Responsabile, invito alla cultura dell'etica, sistema premiante basato sull'adesione alle disposizioni, formazione continua intesa anche come affiancamento a colleghi del servizio informatico e/o SEF- Procedura informatica- Codice di Comportamento	Rotazione del personale - Formazione su procedura applicata e su applicazione Codice di Comportamento	trimestrale	Direttore amministrativo di distretto	report verifica a campione	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

5	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Liquidazione fatture di ossigeno, presidi per diabetici e per celiachia e integrativa privato	Pagamenti non dovuti per utenti non aventi diritto/autorizzati.	Basso	Supervisione del Responsabile, invito alla cultura dell'etica, sistema premiante basato sull'adesione alle disposizioni, formazione continua intesa anche come affiancamento a colleghi del servizio informatico e/o SEF- Procedura informatica- Codice di Comportamento- Verifica sul mantenimento dei requisiti dei fruitori		trimestrale	Direttore Farmacia territoriale	Evidenza dei controlli effettuati	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
	Liquidazione fatture di farmaci e dispositivi		Basso	Supervisione del Responsabile, invito alla cultura dell'etica, sistema premiante basato sull'adesione alle disposizioni, formazione continua intesa anche come affiancamento a colleghi del servizio informatico e/o SEF- Procedura informatica- Codice di Comportamento- Verifica sul mantenimento dei requisiti dei fruitori		trimestrale	Direttore Farmacia ospedaliera	Evidenza dei controlli effettuati	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

5	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Gestione delle donazioni in denaro	Perseguimento di qualsiasi beneficio diretto o indiretto di carattere personale collegato all'accettazione di donazioni in denaro; Mancata congruità tra importo incassato attraverso l'Istituto Tesoriere e quanto sottoscritto dal donante in apposita modulistica reperibile sul sito web aziendale.	Minimo	Utilizzo di IBAN dell'Istituto Tesoriere intestato all'Azienda quale modalità esclusiva di incasso della donazione- Divieto di liberalità a favore di dipendenti dell'azienda- Rifiuto per iscritto su valutazione della Direzione aziendale, e restituzione della somma ricevuta qualora la donazione persegua finalità illecite o incompatibili con l'interesse pubblico o con i fini istituzionali dell'azienda; Accettazione delle donazioni da parte dell'azienda tramite atto deliberativo del Direttore Generale		semestrale	Direttore Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Evidenza misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

5	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Gestione dei beni immobili	Condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte su quello della Pubblica Amministrazione.	Medio	Per gli acquisti si utilizzano procedure ad evidenza pubblica utilizzando giornali locali, siti web istituzionali e agenzie immobiliari locali. Per le locazioni: rigoroso rispetto della normativa in vigore che vieta nuove locazioni, salvo specifiche eccezioni. In questo caso procedure ad evidenza pubblica come sopra. Pubblicazione annuale in "Amministrazione trasparente" nella sezione "Beni immobili e gestione patrimonio" - sottosezione "Patrimonio Immobiliare" dell'elenco degli immobili di proprietà con indicazione del loro valore. Pubblicazione annuale in "Amministrazione trasparente" nella sezione "Beni immobili e gestione patrimonio" - sottosezione "Canoni di locazione o affitto" degli elenchi recanti i dati relativi a contratti di comodato in essere (attivi o passivi).		semestrale	Direttore Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Evidenza misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
	Concessione in comodato di beni mobili/immobili	Accordi preliminari sulle modalità di esercizio	Minimo	Utilizzo atto deliberativo del Direttore Generale	Controlli per supervisione	semestrale	Direttore Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Report di verifica	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

6	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	ANAGRAFICA DELLE IMPRESE ALIMENTARI, ISTRUTTORIA SCIA ED ASSEGNAZIONE DI RELATIVO CODICE DI REGISTRAZIONE AL FINE DI CONSENTIRE AGLI ORGANI ISPETTIVI DI EFFETTUARE VIGILANZA IGIENICO SANITARIA COME PREVISTO DALLE NORME DI SETTORE.	ERRATA INTERPRETAZIONE DELLE NORME	Minimo	NESSUN CONTATTO DIRETTO CON OSA	INTENSIFICAZIONE DI CORRISPONDENZA VIA PEC ESCLUSIVA CON SUAP	ANNUALE CON IL MECCANISMO DELLA VDE (VERIFICA DI EFFICACIA)	Direttore UOC SIAN (SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE)	Report sulla verifica del rispetto dei tempi procedurali e dell'invio del 100% degli atti al SUAP del distretto territoriale di competenza	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	CONTROLLO DEGLI ADEMPIMENTI NORMATIVI CORRELATI AL D. L. VO 194/2008.CON FIGURAZIONE DELLE IMPRESE ALIMENTARI SOGGETTE AL D.L.VO 194/2008 E TRASMISSIONE	ERRATA INTERPRETAZIONE DELLE NORME	Basso	NESSUN CONTATTO DIRETTO CON OSA MA TRAMITE POSTA ELETTRONICA	ATTENTA ANALISI DELLE CONFIGURAZIONI DELLE IMPRESE SOGGETTE E VALUTAZIONI AUTOCERTIFICAZIONI	ANNUALE CON IL MECCANISMO DELLA VDE (VERIFICA DI EFFICACIA)	Direttore UOC SIAN (SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE)	RISPETTO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI E INVIO ATTI VIA MAIL CERTIFICATA O MENO UFFICIO LEGALE PER RISCOSSIONE COTTA PER GLI INADEMPIMENTI	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

6	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	ELENCHI DELLE IMPRESE MOROSE ALL'UFFICIO AFFARI LEGALI PER LA RISCOSSIONE COATTA								
	CAMPIONAMENTI DI ALIMENTI E BEVANDE SECONDO LE INDICAZIONI DEL PRIC IN VIGORE (PIANO REGIONALE INTEGRATO CONTROLLI)	NON UNIFORMITA' NELLA APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE	Medio	PROCEDURE STANDARDIZZATE E CONDIVISE CON VDE IN ITINERE E A POSTERIORI	REVISIONE E MODIFICHE SE IL CASO E ROTAZIONE DEL PERSONALE TDP SE IL CASO	ex ante-in itinere e a posteriori secondo le scadenze programmate	Direttore UOC SIAN (SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE)	ASSENZA DI NON CONFORMITA' =>98%- ROTAZIONE DEL PERSONALE TDP NON OLTRE IL 40% PER RIDUZIONE DEL PERSONALE RESIDUO	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

CONTROLLI UFFICIALI (CU) IN QUALITÀ DI AUTORITÀ COMPETENTE (REG. CE 625/2017)	MANCATA APPLICAZIONE DELLE NORME E NON UNIFORMITA'	Medio	PROCEDURE STANDARDIZZATE E CONDIVISE CON VDE IN ITINERE E A POSTERIORI	REVISIONE E MODIFICHE SE IL CASO E ROTAZIONE DEL PERSONALE TDP SE IL CASO	l'assegnazione dei cu ai tdp avviene con un sistema informatico opportunamente predisposto che assegna "random" le imprese da controllare e agli operatori anche loro scelti per lo più "random" ed in più si adotterà compatibilmente con la dotazione organica il meccanismo della rotazione dei tdp nei vari comuni della provincia di ragusa	Direttore UOC SIAN (SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE)	ASSENZA DI NON CONFORMITA' =<95%- ROTAZIONE DEL PERSONALE TDP NON OLTRE IL 40% PER RIDUZIONE DEL PERSONALE RESIDUO	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

6	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	EMANAZIONE PROVVEDIMENTI DI CUI ALL'ART. 138 DEL REGOLAMENTO CE 625/2017 (NEL CAMPO DELLA SICUREZZA ALIMENTARE).	MANCATA APPLICAZIONE DELLE NORME E NON UNIFORMITA'	Basso	PROCEDURE STANDARDIZZATE E CONDIVISE CON VDE IN ITINERE	REVISIONE E MODIFICHE SE IL CASO	semestrale	Direttore UOC SIAN (SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE)	ASSENZA DI NON CONFORMITA' =<95%	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	CERTIFICAZIONE PER ESPORTAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE IN PAESI EXTRACOMUNITARI	APPLICAZIONE DELLE NORME E NON UNIFORMITA'	Medio	PROCEDURE STANDARDIZZATE E CONDIVISE CON VDE IN ITINERE	REVISIONE E MODIFICHE SE IL CASO	semestrale	Direttore UOC SIAN (SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE)	ASSENZA DI NON CONFORMITA' =<95%	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	Deleghe A.G.; denunce; lesioni personali da lavoro	Inosservanza a norme di legge in materia di tutela della salute e sicurezza del lavoro	Medio	assegnazione pratiche a due UPG con rotazione; rispetto protocollo entrata nelle assegnazioni; segnalazioni URP.	formazione continua del personale; assegnazione di nuovo personale	semestrale	Direttore Spre.sa.L	Report su procedimenti o segnalazioni URP/pratiche assegnate	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	Piani di eradicazione, piani di sorveglianza, piani di controllo (Tbc, Brc, Leb, Mvs, Psg. Salmonelle negli allevamenti avicoli ecc) effettuati mediante test	Esecuzione non corretta dei prelievi e dei test Sostituzione dei campioni Mancata imparzialità nella lettura dei test Errata registrazione dei controlli sul sistema informativo	Medio	1. Rotazione del personale veterinario 2. Applicazione di procedure operative (tbc, brc, PSG) 3. Controlli di supervisione 4. Confezionamento dei campioni in allevamento in sacchetti autosigillanti 5. Acquisizione dichiarazione sostitutiva atto di notorietà da parte dei veterinari attestante l'assenza di conflitti di interessi con le aziende assegnate	1. Affiancamento di 2 veterinari 2. Esenzione dei controlli di efficacia ad altri piani	Annuale	Direttore U. O.C. SANITA' ANIMALE	Relazione annuale del Direttore del Servizio attestante: le rotazioni di personale effettuate durante l'anno - i controlli di efficacia effettuati - l'avvenuta acquisizione delle dichiarazioni sostitutive l'avvenuta	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

6	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	su animali vivi (tubercolina) o prelievo di campioni da sottoporre ad analisi							attuazione delle misure di prevenzione	
	Piano di controllo sul sistema di identificazione e registrazione dei bovini, ovicapri, suini, aziende apistiche. (tali controlli sono utilizzati anche dall'Agea per il pagamento dei premi PAC)	Mancata imparzialità nella scelta delle aziende da controllare.	Medio	Selezione delle aziende in base al rischio - Scelta delle aziende, fra quelle che corrispondono ad uno stesso criterio di rischio, con metodo random da parte del direttore del servizio alla presenza di un dirigente veterinario	NESSUNA	Annuale	Direttore U. O.C. SANITA' ANIMALE	verbale attestante le modalità di selezione delle aziende da sottoporre a controllo	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
		Mancata imparzialità ed esecuzione non corretta dei controlli per favorire o penalizzare.		Controlli di supervisione	Rotazione del personale con frequenza quadriennale	Annuale	Direttore U. O.C. SANITA' ANIMALE	report dei controlli di supervisione effettuati	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	Certificazioni, nulla osta e pareri compresi quelli previsti per la movimentazione degli animali	Errata registrazione delle qualifiche a per favorire o per agevolare	Medio	Registrazione delle qualifiche sanitarie degli allevamenti e di tutti i controlli effettuati sugli animali sul sistema informativo Veterinario accessibile e verificabile a livello locale, regionale, ministeriale	Controllo dell'1% delle movimentazioni animali attraverso verifiche dei dati registrati in BANCA DATI NAZIONALE e sul sistema informativo SANAN da parte del Direttore del Servizio o suo delegato	Annuale	Direttore U. O.C. SANITA' ANIMALE	Report attestante i controlli di supervisione effettuati	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
		Rilascio di autorizzazioni, pareri e certificazione ad aziende che non ne hanno diritto con conseguente diffusione di malattie		----- Registrazione delle certificazioni e dei relativi nulla osta in Banca Dati Nazionale			Direttore U. O.C. SANITA' ANIMALE		

6	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTA ZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITO RAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Esecuzione dei controlli ufficiali	Mancata imparzialità nella scelta delle aziende da sottoporre ai controlli ufficiali.	Medio	Utilizzo del metodo della valutazione del rischio abbinato alla randomizzazione per la scelta delle aziende da sottoporre a controllo.	Rotazione del personale con frequenza quadriennale	Verifica di efficacia effettuata almeno annualme nte dal referente del distretto sul veterinari o ufficiale.	Direttore U.O.C. SERVIZIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECHNICHE	Verbale attestante la selezione delle aziende da controllare	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
		Preavviso agli OSA da sottoporre a controllo ufficiale		Programma di controlli di supervisione programmati ad inizio anno su ogni singolo piano				verbale attestante le supervisioni effettuate	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
		Mancata imparzialità e non corretta esecuzione dei controlli per favorire o penalizzare		Acquisizione della dichiarazione sostitutiva A. N. sull'assenza di conflitti di interessi fatta dal personale incaricato dell'effettuazione dei Controlli Ufficiali. Controlli di supervisione				relazione del Direttore UOC attestante l'avvenuta acquisizione delle dichiarazioni sostitutive e dei controlli di efficacia effettuati durante l'anno.	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
		Non corretta redazione delle ceck list, del verbale di ispezione o del verbale di campionamento		Esecuzione delle ispezioni, dei campionamenti e degli audit sulla base di disposizioni che definiscono il modello di verbale.				Report attestante i controlli di efficacia effettuati.	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	PRESTAZIONI RESE NELL'INTERES SE DEL PRIVATO	Erogazione della prestazio e senza richiedere il pagamento Applicazione di tariffe non corrette	Medio	Registrazione delle certificazioni relative agli scambi intracomunitari di animali vivi e verifica dell'applicazione delle tariffe previste da parte del Direttore del Servizio	Effettuazione di Audit interni Controlli di supervisione	Annuale	Direttore U.O.C. SANITA' ANIMALE - IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECHNICHE - IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	Report controlli di supervisione- Rapporti di audit interni	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

6	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Finanziamento dei controlli ufficiali. Riscossione dei diritti sanitari	Mancata imparzialità nel computo della somma dovuta. Ritardo nella comunicazione al SEFP	Medio	Indirizzi operativi, ancora da formalizzare come procedura condivisa, concordati informalmente a seguito di riunioni tra Servizio Veterinario, SEFP e Ufficio Sanzioni e Recupero Crediti	Stesura ed adozione di una procedura condivisa tra i servizi coinvolti nel processo. Individuazione di una modalità e una frequenza di monitoraggio e del relativo responsabile	annuale	Direttore U.O.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	Percorso di recupero delle somme dovute dalle ditte morose Tempestiva applicazione di solleciti o intimazioni al pagamento. Implementazione entro il 31/12/2022 di una procedura formale condivisa tra i servizi coinvolti nel processo	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
		Ritardi nella gestione dei casi di morosità							

6	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Controlli ufficiali diversi da quelli effettuati sugli stabilimenti di macellazione	Assenza di imparzialità nello svolgimento dei controlli. Assenza del requisito di non prevedibilità del controllo (tranne che per gli audit). Assenza di imparzialità nella attribuzione della categoria di rischio.	Alto	Affiancamento di due veterinari. Rotazione del personale, per quanto possibile. Presenza di una procedura per la gestione delle non conformità. Presenza di una procedura per l'esecuzione dei controlli ufficiali Dichiarazione assenza di conflitto di interesse prevista dal piano anti corruzione	Rafforzamento delle misure di prevenzione sul conflitto di interesse tramite ulteriore dichiarazione assenza di conflitto di interesse con riferimento alle imprese da controllare nell'anno in corso. Rotazione.	Verifica di efficacia effettuata almeno annualmente dal referente del distretto sul veterinario o ufficiale. Verifiche periodiche (trimestrali) sullo stato di avanzamento piano di controlli programmati	Direttore U.O.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	Segnalazioni, da parte dell'utenza, di comportamenti scorretti. Il dato deve essere valutato caso per caso Acquisizione della dichiarazione dell'assenza di conflitti di interesse: Presenza di comunicazioni relative all'esistenza di un conflitto di interesse. Evidenza del riscontro all'ipotesi di conflitto di interesse segnalato Risultato favorevole della verifica di efficacia annuale. Risultato favorevole della verifica sullo stato di avanzamento piani di controlli programmati	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	Iter autorizzativo per il riconoscimento	Mancato rispetto dei tempi previsti al fine di ritardare l'inizio dell'attività autorizzata.	Medio	Applicazione pedissequa di procedure e tempi previsti dal D.A. 14/12/2017.	nessuna	Verifica di efficacia effettuata	Direttore U.O.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI DI	numero di pratiche evase in ritardo/numero di pratiche trattate. Il	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

6	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	o di una impresa del settore alimentare in ambito CE.	Espressione di pareri tecnici non veritieri, al fine di favorire una impresa che non è in possesso dei requisiti minimi previsti o, al contrario, danneggiare una impresa che è in possesso dei requisiti minimi previsti.		Presenza di almeno due dirigenti veterinari nel sopralluogo finalizzato al rilascio del parere per il riconoscimento condizionato e definitivo		al termine di ogni iter di rilascio di riconoscimento condizionato o definitivo	ORIGINE ANIMALE	risultato accettabile è 0. Numero di sopralluoghi effettuati da meno di due operatori/numero di sopralluoghi effettuati. Il risultato accettabile è 0. Numero di sopralluoghi effettuati da operatori che avevano comunicato un conflitto di interesse con la ditta controllata o che non avevano effettuato la dichiarazione sostitutiva generica sull'assenza di conflitto di interesse. Il risultato accettabile è 0	
				Verifica di efficacia effettuata dal direttore della UOC sul 100% delle pratiche di riconoscimento					
	Sanzioni amministrative	Omissione nel contestare l'illecito	Medio	Affiancamento di due veterinari. Rotazione	Miglioramento dei flussi di informazione successivi alla contestazione (accertamento dell'avvenuta oblazione, trasmissione degli atti	semestrali	Direttori UNITA' OPERATIVE COMPLESSE: S.S.A. - S.I.A.O.A. - S.I.A.P.Z.	Esecuzione del 100% delle verifiche di efficacia programmate	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
		Produzione di atti nulli o annullabili per vizi formali o di merito		Presenza di un referente per gli illeciti contestati da SSA e				numero di contestazioni annullate per vizi	

6	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
		stesura di controdeduzioni fuorvianti nel merito mancato rispetto del termine di 5 anni		SIAPZ individuato con disposizione di servizio	per l'emissione dell'ordinanza ingiunzione) tramite adozione di una procedura trasversale ai tre servizi, con l'individuazione di responsabilità, modalità e frequenza del monitoraggio			formali (notifica oltre i termini, errori nella citazione di norme o articoli, errori nella indicazione degli estremi di ditte o persone ecc)/ numero di sanzioni elevate. Risultato atteso > 10%	
	Controlli ufficiali sugli stabilimenti di macellazione.	Assenza di imparzialità nello svolgimento dei controlli sugli animali macellati e nella attestazione di libero consumo delle carni	Alto	Affiancamento di due veterinari. Avvicendamento nel corso della giornata di macellazione di due veterinari. Distinzione tra la figura del veterinario ispettore e la figura del veterinario ufficiale (quest'ultimo con compiti di supervisione sull'operato del veterinario ispettore). Rotazione del personale, per quanto possibile	Stesura ed adozione di procedure, dedicate ad aspetti parziali dell'attività presso i macelli, che prevedano standard uniformi di comportamento con conseguente aumento della trasparenza	Verifica di efficacia effettuata almeno annualmente dal referente del distretto sul veterinario o ufficiale	Direttore IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	Segnalazioni, da parte dell'utenza, di comportamenti scorretti. Il dato deve essere valutato caso per caso. Acquisizione della dichiarazione di assenza di conflitti di interesse. Risultato della verifica di efficacia annuale favorevole	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	Espletamento procedimento disciplinare	Valutazione impropria dell'evento	Medio	Codice disciplinare per Comparto e Dirigenza	Rotazione, con cadenza periodica, del personale assegnato all'Ufficio		Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)	Relazione annuale al RPCT	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	Gestione del rischio corruttivo ufficio controllo specialistica	Valutazione impropria della ricetta	Medio	Codice di comportamento	misure di formazione, coordinazione e comunicazione tra uffici e Direttore di Medicina di base e Specialistica	semestrali	Direttore UOC Medicina di base e specialistica	Report	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

6	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Valutazione tecnologie sanitarie	Omissioni, parzialità e discrezionalità nell'esecuzione di ispezioni, verifiche e controlli. Manomissioni dei sistemi informatici aziendali. Mancata applicazione delle sanzioni previste da norme e regolamenti.	Basso	Uso di procedure standard per l'attività di vigilanza, controllo, ed ispezione. Controlli effettuati in coppia o in equipe (quando possibile). Rotazione del personale ispettivo. Audit interni e supervisioni. Codice di comportamento dei dipendenti. Procedura per la segnalazione di illeciti e irregolarità. Regolamento aziendale Servizio Ispettivo.		annuale	Direttore SIAV	Relazione	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	Valutazione attrezzature sanitarie	Valutazione impropria delle tecnologie in esame	Basso	Specifiche normative. Potere decisionale in capo a più persone. Regolamentazione aziendale che disciplina l'organizzazione e il funzionamento dell'HTA. Autodichiarazione assenza conflitto di interessi.			Team multidisciplinare HTA	Verbale di valutazione	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
a	Rilascio pareri edilizia	difficoltà interpretativa delle norme	Basso	Adozione procedure univoche	condivisione procedure	annuale	Direttore UOC Igiene pubblica	Evidenza misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	Attività Ispettiva	Difficoltà interpretative delle norme	Basso	Applicazione normativa di riferimento	Condivisione procedure	annuale	Direttore UOC Igiene pubblica	Evidenza misure in atto	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

6	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Gestione attività cucine e dispense	Criticità livelli igienico-sanitari- Scarsa qualità dei pasti - sottrazione/occultamento beni	Medio	Manuale HACCP- Verifiche giacenze	Aggiornamento manuale HACCP; Implementazione procedura informatica con specifico programma che consentirà il menù personalizzato; verifiche a campione della qualità del cibo.	semestrale	Direttore sanitario di Presidio per gli aspetti igienico-sanitari e Direttore amministrativo ospedali/ territorio per la verifica giacenze	Report riepilogativi	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

AREA DI RISCHIO GENERALE: Affari legali e contenzioso									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Attribuzione di incarichi di difesa giudiziaria a legali esterni	La presenza di discrezionalità nell'individuazione del legale esterno può determinare situazioni, con i singoli professionisti e/o con l'ambiente dell'avvocatura, potenzialmente eccipienti	Critico	I professionisti vengono individuati in base ai curricula, attingendo da un elenco elaborato annualmente con una procedura con avviso pubblico- Trasparenza		annuale	Direttore del Servizio Affari Legali	Verifica dell'aggiornamento dell'elenco dei legali esterni	AREA DI RISCHIO GENERALE: Affari legali e contenzioso	
Sanzioni amministrative e L 689/81	Mancata applicazione e riscossione sanzioni per favorire gli utenti	Basso	Regolamento interno		semestrale	Direttore del Servizio Affari Legali	Report	AREA DI RISCHIO GENERALE: Affari legali e contenzioso	
Recupero crediti in sede giudiziale	Rinuncia agli atti del giudizio (decreto ingiuntivo/ottemperanza/citazione); valutazione scorretta al fine di favorire il debitore; rinuncia ad attivare procedure a garanzia del credito.	Medio	Codice di Comportamento.	Regolamento aziendale	Annuale	Direttore del Servizio Affari Generali	Relazione-Pubblicazione tabelle in Amministrazione Trasparente	AREA DI RISCHIO GENERALE: Affari legali e contenzioso	
Gestione dei sinistri	Formulazione di valutazione giuridica volta a favorire una parte; Uso distorto della discrezionalità; Orientamento dell'attività ai fini della concessione di privilegio favori; conflitto di interessi	Critico	Codice di Comportamento; disciplina del conflitto di interesse	Regolamento aziendale	Annuale	Direttore del Servizio Affari generali	Relazione-Pubblicazione tabelle in Amministrazione Trasparente	AREA DI RISCHIO GENERALE: Affari legali e contenzioso	

AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Attività libero professionale									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Liquidazione fatture	somme corrisposte indebitamente	Minimo	Regolamento interno	controlli periodici-	semestrali	Direttore Risorse Umane	Report di verifica	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Liste di attesa	
Autorizzazione esercizio ALPI, aggiornamento tariffe e variazione sede	Concessione, autorizzazione in presenza di dichiarazioni mendaci/insussistenza dei requisiti richiesti	Medio	Regolamento interno	controlli periodici-Trasparenza (pubblicazione tabelle)	semestrali	Direttore Risorse Umane	Report di verifica	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Attività libero professionale	
Stipula di convenzioni tra Aziende e Studi medici	Arbitraria scelta del contraente per la stipula della convenzione	Medio	Regolamento interno	Aggiornamento del regolamento aziendale. Predisposizione schemi di convenzione conformi a quelli proposti dalle linee Guida regionali	semestrali	Direttore Risorse Umane	Report di verifica	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Attività libero professionale	
Verifica libera professione Organismo Paritetico di verifica	Favorire l'attività libero professionale in luogo di quella istituzionale con conseguente allungamento delle liste di attesa	Alto	Informatizzazione liste di attesa e di prenotazione Alpi. Prenotazione attraverso CUP delle prestazioni erogate	Verifiche fra accessi in libera professione e gestione liste di attesa. Codice di Comportamento.	semestrali	Monitoraggio a cura dell'Organismo Paritetico sul rispetto delle norme e del regolamento aziendale con relazione semestrale al RPCT	Relazione di programmazione dell'attività contrattualizzata - Pubblicazioni dei contratti in Amministrazione Trasparente	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Attività libero professionale	

AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Liste di attesa									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Gestione delle agende di prenotazione per ricovero in area chirurgica	1. Mancato rispetto della lista d'attesa; 2. discrezionalità nell'attribuzione del codice di priorità clinica; 3. prestazione non erogata nei tempi stabiliti dalla normativa ove previsto.	Medio	Verifica delle schede di proposta di ricovero e controllo corretta attribuzione del codice di priorità- Aggiornamento e revisione della procedura aziendale "Gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati"		semestrale	Direttore Presidio Ospedaliero	Evidenza dell'applicazione della procedura	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Liste di attesa	
Prenotazione nell'ambito della gestione delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Riserva dei posti impropria	Minimo	Prenotabilità tramite unico sistema informatico prenotante (CUP) del 98% delle agende; Pubblicazione su Amministrazione Trasparente dei dati sui tempi di attesa, aggiornati mensilmente, tramite il link al sito regionale. Monitoraggio a campione su almeno un mese per semestre delle estrazioni "tipologie di prenotazioni effettuate senza numero di ricetta".		semestrale	Direttore Medicina di Base Specialistica – Responsabile CUP	Analisi dei report, esito del monitoraggio a campione	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Liste di attesa	
Confronto tempi di attesa dei ricoveri in regime istituzionale con o senza precedente accesso in libera professione	Prestazione di ricovero erogata in regime istituzionale con percorso preferenziale nel caso in cui sia preceduta da accessi ambulatoriali in libera professione.	Medio	Controllo a cadenza annuale del tempo di attesa medio complessivo di interventi eseguiti a seguito di una visita in regime di SSN e a seguito di una visita in LP (estrazione per Codice di Priorità e U.O.)- Verifica delle schede di proposta di ricovero e controllo corretta attribuzione del codice di priorità	Revisione e aggiornamento della procedura aziendale "Gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati"	annuale	Direttore Presidio Ospedaliero	Evidenza dell'aggiornamento della procedura; Report annuale dei tempi di attesa medi per interventi eseguiti a seguito di visita in regime SSN e LP; evidenza richieste di chiarimento attribuzione codice di priorità	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Liste di attesa	

	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Liste di attesa								
	PROCESSO	RISCHIO	VALUTA ZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITO RAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
	Attività CUP	Mancata applicazione delle procedure e dei tempi di prenotazione	Medio	Direttive aziendali e servizio informatizzato - Pubblicazione atti pubblicati-Codice di Comportamento	Costante formazione del personale sul Codice di comportamento-Rotazione degli operatori	semestral e	Direttore Sanitario Distretto-Responsabile CUP	Relazione su evidenza applicazione misure	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Liste di attesa
	Ricoveri ordinari, DH e DS programmati	Mancato rispetto ordine cronologico	Medio	agenda di prenotazione	controlli periodici-aggiornamento regolamentazione	semestral e	Direttori di UU.OO.CC sanitarie ospedaliere	Report di verifica	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Liste di attesa
	Liste di attesa per prime visite e visite di controllo	Mancato rispetto ordine cronologico	Medio	agenda di prenotazione	controlli periodici-aggiornamento regolamentazione	semestral e	Direttori di UU.OO.CC sanitarie	Report di verifica	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Liste di attesa
	Valutazione psicodiagnostica di personalità, del livello cognitivo, del deterioramento mentale/ Presa in carico per Sostegno psicologico Psicoterapia Mediazione Familiare e Counseling	Mancato rispetto ordine cronologico	Medio	Codice di Comportamento	Istituzione di registro protocollo in ordine cronologico -Gestione informatizzata + personale amministrativo	semestral e	Direttore Servizio Psicologia	Istituzione registro protocollo in ordine cronologico- Proposta formale circostanziata della riorganizzazione del Direttore UOC	AREA SPECIFICA DI RISCHIO: Liste di attesa
	Visite mediche specialistiche ostetriche/gin ecologiche-Colloqui psicologici	NON RISPETTARE LE LISTE DI ATTESA INTERNE-CONSULTORIALI	Medio	CONTROLLO AGENDA DI PRENOTAZIONE - accettazione delle visite urgenti in particolare per richieste di IVG		semestral e	Responsabile Consultorio	Relazione di verifica	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Liste di attesa

AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Liste di attesa									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Accettazione e presa in carico dei pazienti MCAU	Inosservanza delle regole a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità delle scelte del codice di priorità - Sottostima/sovrastima della priorità -Over rule da parte degli utenti esterni e/o interni- Percorsi devianti da quelli prefissati	Basso	Utilizzo del Software First Aid	Aggiornamento Software idoneo a tracciare il processo di Triage - Protocolli di Triage basati sull'evidenza e validati da Società Scientifiche accreditate - Formazione di tutto il personale medico ed infermieristico su: Triage Codice etico Anticorruzione e Trasparenza	semestrale	MCAU	Relazione su idoneità del software aggiornato- Evidenza adozione protocolli di triage basati sull'evidenza e validati da società scientifiche accreditate-% del personale formato > 80%	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Liste di attesa	

AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Rapporti con soggetti erogatori									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Negoziiazione e stipula dei contratti con il privato accreditato	Definizione di un fabbisogno e una programmazione non rispondente ai criteri di efficienza, efficacia, economicità con possibili anomalie quali l'eccessivo ricorso alla produzione extra budget; acquisto di prestazioni non coerenti con i fabbisogni della popolazione	Medio	Schema di contratto predeterminato dai decreti assessoriali	Definizione scheda delle prestazioni ad integrazione del contratto	semestrale	Direttore di Medicina di Base e Specialistica	Pubblicazione contratti	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Rapporti con soggetti erogatori	
Controllo appropriatezza a prestazioni strutture	Remunerazione di prestazioni non appropriate	Medio	Adozione programma informatico che comprende il modulo specifico	Utilizzo strumento informatico già operativo per verifica appropriatezza	semestrale	Direttore di Medicina di Base e Specialistica	Evidenza comunicazione esito controlli nei termini	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Rapporti con soggetti erogatori	

AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Rapporti con soggetti erogatori								
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
private accreditate								
Liquidazione delle prestazioni sanitarie acquistate da privato accreditato	Invio di dati errati, incompleti o mancanti; Emissione di ordine superiore ad ordine contrattuale; Mancanza o scorrettezza controlli; Autorizzazione alla liquidazione di importi non dovuti- Mancata o errata rendicontazione	Medio	Predisposizione di atti che riguardano il budget di tutte le strutture a firma condivisa dei tre responsabili amministrativi; Utilizzo di programma informatico per la gestione della liquidazione.	Adozione regolamento e procedure condivisi	semestrale	Direttori Amministrativi Ospedali/Territorio di Ragusa/Vittoria/Modica	Evidenza liquidazione nei termini	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Rapporti con soggetti erogatori

AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni									
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	TEMPI MONITORAGGIO	RESPONSABILE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO	
Emissione degli ordini ai fornitori di beni farmaceutici e dispositivi medici	Ordini impropri al fine di favorire un fornitore	Medio	Procedura informatizzata	Revisione e aggiornamento procedura operativa	semestrale	Direttore Farmacia	Revisione e aggiornamento istruzione operativa- Evidenza della corrispondenza tra ordinato e venduto	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazione e sponsorizzazioni	
Gestione informatizzata del magazzino al fine della corretta movimentazione delle scorte	1) Eccesso di prodotti scaduti. 2) Ammanchi.	Medio	Procedura informatizzata	Revisione e aggiornamento procedura operativa	trimestrale	Direttore Farmacia	Revisione e aggiornamento istruzione operativa. Registrazione degli scaduti. Evidenza di controlli a campione periodici sulla corrispondenza tra scorte fisiche e informatiche	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazione e sponsorizzazioni	
Sperimentazioni cliniche sponsorizzate con convenzione con l'Azienda oppure studi no profit con supporti da parte di terzi	1. Rischio di favoritismi nel rapporto tra sperimentatore e sponsor; studio senza rispettare la normativa in materia; conflitto di interesse.	Medio	Regolamento interno; controllo del contratto/convenzione tra lo sponsor e l'azienda; monitoraggio amministrativo della segreteria del Comitato Etico; acquisizione della dichiarazione del conflitto di interesse.		semestrale	Direttore Affari Generali	Evidenza applicazione misure	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazione e sponsorizzazioni	

AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni								
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	TEMPI MONITORAGGIO	RESPONSABILE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
Gestione armadietto di reparto	1) Eccesso di prodotti scaduti. 2) Ammanchi.	Medio	Utilizzo di software specifico (AREAS) per la gestione del magazzino di reparto	Informatizzare lo scarico dei farmaci e dei presidi all'uscita dagli armadi o dal carrello dei farmaci (lettori ottici) - Formazione di un congruo numero di personale nella procedura E1.1	semestrali	Direttore UU.OO.CC. Sanitarie	Relazione su report mensili, trimestrali e annuali degli scarichi e delle rimanenze dell'armadietto di reparto Report % del personale formato V.A. > 30%	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazione e sponsorizzazioni

AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni								
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	TEMPI MONITORAGGIO	RESPONSABILE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
Sponsorizzazioni da parte dei fornitori riguardo eventi di formazione con ingaggio del personale in qualità di discente e/o docente	Inosservanza delle regole a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità delle scelte-Eccessiva confidenza tra soggetti erogatori e personale dirigente-Perdita dell'autorevolezza del ruolo del personale dirigente -Scadimento del profilo etico del personale- Inosservanza delle regole a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità delle scelte-Eccessiva confidenza tra informatori e personale dirigente.	Medio	PNA vigente e codici di comportamento di ambedue gli utenti (interni = personale dirigente e esterni = soggetti erogatori-) Istanza da parte del dirigente di autorizzazione ad effettuare attività occasionale	Partecipazione ad eventi con rotazione del personale, ancora meglio se correlata a competenze specifiche implementate nell'U.O.- Pubblicazione delle relazioni presentate dal docente sul sito dell'ASP (atto tendente a dimostrare la non sudditanza del personale dirigente dai fornitori per l'informazione di tipo scientifico e commerciale)- Dichiarazione dell'assenza di conflitto di interessi da parte del personale dirigente rispetto ai fornitori per l'informazione di tipo scientifico e commerciale-Registro delle visite dei fornitori per l'informazione di tipo scientifico e commerciale- Formazione di tutti i Dirigenti Medici su: Codice etico, Anticorruzione e Trasparenza.	trimestrale	Responsabile Formazione	Registro delle rotazioni del personale dirigente nei vari eventi formativi V.A. Aderenza al principio della rotazione- % del personale formato V.A. > 80%	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazione e sponsorizzazioni

AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni								
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	TEMPI MONITORAGGIO	RESPONSABILE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
Rapporti del personale dirigente con i fornitori per l'informazione di tipo scientifico e commerciale	Inosservanza delle regole poste a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità delle scelte- Scadimento del profilo etico del personale dirigente	Medio	PNA vigente e codici di comportamento di ambedue gli utenti interni (personale dirigente) e esterni (informatori di tipo scientifico e commerciale)	Registro delle visite dei fornitori per l'informazione di tipo scientifico e commerciale-Meeting informativi intramoenia con la presenza di più dirigenti e verbalizzazione dell'evento- Formazione di tutti i Dirigenti Medici su: Codice etico, Anticorruzione e Trasparenza	trimestrale	Direttore Farmacia	Registro degli accessi in U.O. degli informatori di tipo scientifico e commerciale V.A. Tracciabilità degli accessi- Verbali dei meeting informativi V.A. Tracciabilità della loro effettuazione-% del personale formato V.A. > 80%	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazione e sponsorizzazioni

AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Attività conseguente al decesso in ambito ospedaliero								
PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA IMPLEMENTARE	MONITORAGGIO	RESPONSABILE DELLA APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICATORI	AREA DI RIFERIMENTO
Decesso in ambito ospedaliero	Inosservanza delle regole a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della scelta dell'agenzia di onoranze funebri da parte dei congiunti- Comunicazione del decesso a determinata impresa di onoranze funebri e indicazione ai familiari di specifica ditta-	Alto	Regolamento aziendale approvato con delibera n. 3115 del 20/12/2019- Affissione dell'elenco delle agenzie funebri accreditate presso l'Ospedale- Scelta dell'agenzia funebre effettuata direttamente dai congiunti del defunto. Estensione dei questionari a tutti i presidi ospedalieri aziendali	Regolamentazione dell'accesso del personale delle agenzie di onoranze funebri alle strutture sanitarie e alle camere mortuarie, con lo scopo di registrarne informaticamente le presenze. Disposizioni precise agli operatori di reparto e diffusione cultura dell'etica	trimestrale	Direttore Sanitario ospedaliero	Relazione/verbale con evidenza n° schede scelta agenzia funebre / n° totale dei pazienti deceduti V.A. > 90%- Registro accessi personale agenzia funebre - Questionario di gradimento nel quale è presente la specifica richiesta se la scelta dell'impresa è stata libera o suggerita. V.A. Sì - Formazione personale	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Attività conseguente al decesso in ambito ospedaliero

Tabella 25 Valutazione del rischio

1 AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario															
		PROBABILITA'							probabilità	IMPATTO			impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
PROCESSO	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	P.1 eccessiva discrezionalità	P.2 scarsa chiarezza normativa /eccessiva regolamentazione	P.3 interesse esterno	P.4 mancanza di trasparenza	P.5 inadeguata cultura legalità	P.6 inadeguata competenza	P.7 mancanza controlli		I.1 immagine Ente	I.2 impatto economico patrimoniale	I.3 impatto organizzativo e/o continuità servizi			
Valutazione di inabilità al lavoro	Direttore Medicina Legale	M	M	A	M	M	M	M	MEDIO	M	A	M	MEDIO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Autorizzazioni e ricoveri in centri specialistici ex art.26 della Legge 833/78 e autorizzazioni e liquidazione delle prestazioni ambulatoriali	Direttore sanitario di Distretto	M	B	A	B	B	B	M	BASSO	B	M	B	BASSO	MINIMO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1 AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario																
		PROBABILITA'								probabilità	IMPATTO			impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
Processo iscrizione cittadini extra UE al SSN	Responsabile Ufficio Assistenza e protesica	B	M	M	M	B	B	M	MEDIO		B	M	B	BASSO	BASSO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Fornitura di presidi e/o ausili ortopedici non a carico SSN a pazienti ricoverati	Direttore di Presidio Ospedaliero	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO		B	M	M	MEDIO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Certificazione Tirocini Pre-lauream, post-lauream e di specializzazione	Direttore Servizio Psicologia	A	B	M	M	M	B	M	MEDIO		A	M	M	MEDIO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario															
			PROBABILITA'							probabilità	IMPATTO			impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
	Comunicazioni e pubblicazioni e atti in "Amministrazione Trasparente"	Responsabili obblighi di pubblicazione	B	A	A	A	B	A	M	ALTO	A	B	B	BASSO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Rilascio documentazione sanitaria	Direttore Sanitario di Presidio	B	M	M	M	M	B	B	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Rilascio autorizzazioni del SSA E DEL SIAPZ	Direttore Servizio Sanità animale	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO	M	M	B	MEDIO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario															
			PROBABILITA'							probabilità	IMPATTO			impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
	Rilascio di certificazioni e attestazioni- Nulla osta	Direttore Unità operativa complessa sanità animale- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche- Igiene alimenti di origine animale	A	A	A	M	B	B	A	ALTO	M	B	B	BASSO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Accertamenti idoneità alla guida Commissione Medica Locale ASP Ragusa	Direttore Medicina Legale	A	B	A	A	B	B	A	ALTO	M	B	B	BASSO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Pareri medico legali per CAVS Aziendale / CTP	Direttore Medicina Legale	A	B	A	A	B	B	A	ALTO	M	B	B	BASSO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario															
			PROBABILITA'							probabilità	IMPATTO			impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
	Attività Analitica	Direttore Laboratorio Sanità Pubblica (LSP)	M	B	A	A	B	B	A	ALTO	M	B	B	BASSO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Rilascio certificazioni medico legali alla persona.	Direttore Medicina Legale	M	B	A	A	B	B	A	ALTO	M	B	B	BASSO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Attività necroscopica	Direttore Medicina Legale	A	B	A	M	M	B	A	ALTO	A	B	B	BASSO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1 AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario																
			PROBABILITA'							probabilità	IMPATTO			impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
Sistema di gestione sicurezza sui luoghi di lavoro	Responsabile SGLS: dott. Giuseppe Smecca	B	M	B	B	B	B	B	B	BASSO	M	B	M	MEDIO	BASSO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Gestione attività formativa	Responsabile Servizio di Formazione	A	M	A	M	B	B	A	A	ALTO	A	A	B	ALTO	ALTO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Atti di gestione del rapporto di lavoro (L. 104/1992, L. 53/2000: congedi, permessi, maternità, etc..)	Direttore Risorse Umane	M	B	M	M	M	M	M	M	MEDIO	M	M	M	MEDIO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1 AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario																
		PROBABILITA'								probabilità	IMPATTO			impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
Adempimenti in materia di assenze/presenze del personale	Direttore Risorse Umane	M	B	M	M	M	M	M	M	MEDIO	M	M	M	MEDIO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Rilascio autorizzazioni per attività sanitaria	Direttore SIAV	B	B	M	B	B	M	B	B	BASSO	M	M	B	MEDIO	BASSO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Partecipazioni e Commissioni	Direttore SIAV	B	B	M	B	B	M	B	B	BASSO	M	M	B	MEDIO	BASSO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1	AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario															
			PROBABILITA'							probabilità	IMPATTO			impatt o	VALUTA ZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
	Rilascio Tessera Sanitaria e abilitazione a Carta Nazionale dei servizi	Dirigente Sanitario Responsabile Ufficio Assistenza Sanitaria e Protesica	B	B	M	B	B	B	M	BASSO	B	M	B	BASSO	MINIMO	Provvediment i ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Trasferiment o paesi Ue per cure assistenza diretta	Dirigente Sanitario Responsabile Ufficio Assistenza Sanitaria e Protesica	B	B	M	B	B	M	B	BASSO	B	B	B	BASSO	MINIMO	Provvediment i ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1 AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario																
		PROBABILITA'								probabilità	IMPATTO			impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
Processo amministrativo di scelta e revoca del MMG/PLS	Dirigente Sanitario Responsabile Ufficio Assistenza Sanitaria e Protesica	M	B	B	M	A	A	M	MEDIO		M	M	B	MEDIO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Gestione dei ricettari del S.S.N.	Dirigente Ufficio Assistenza Integrativa	B	M	B	M	M	M	M	MEDIO		B	B	B	BASSO	BASSO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Servizio Assistenza domiciliare (ADI) Medicare-SAMOT oncologica/T rasfusionale	Direttore sanitario del Distretto	M	M	B	B	M	A	A	M		MEDIO	M	M	B	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1 AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario																
		PROBABILITA'								probabilità	IMPATTO			impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
Pareri e autorizzazioni (piani di lavoro amianto; lavori uso fiamma Porti e navi; deroga altezza locali di lavoro) D.Lgs. 81/08, D. Lgs 272/99, Circ. Reg. 1285/11	Direttore Spre.sa.L	M	M	A	M	M	M	B	MEDIO		M	M	B	MEDIO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Accreditamento/Conferma accreditamento struttura sanitaria o socio-sanitaria	Dirigente medico Responsabile unità operativa Accreditamento	M	M	A	M	M	M	B	MEDIO		M	M	B	MEDIO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario															
		PROBABILITA'							probabilità	IMPATTO			impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
PROCESSO	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	P.1 eccessiva discrezionalità	P.2 scarsa chiarezza normativa/eccessiva regolamentazione	P.3 interesse esterno	P.4 mancanza di trasparenza	P.5 inadeguata cultura legalità	P.6 inadeguate competenze	P.7 mancanza controlli		I.1 immagine Ente	I.2 impatto economico patrimoniale	I.3 impatto organizzativo e/o continuità servizi			
Esenzioni dal pagamento da parte dei cittadini della compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito (Ticket).	Dirigente medico Ufficio Assistenza Integrativa	M	M	A	M	M	M	B	MEDIO	M	M	B	MEDIO	MEDIO	
Recupero delle somme dovute per aver indebitamente usufruito delle esenzioni per reddito o per codici bianchi non pagati a	Direttore amministrativo ospedali/Territorio	M	M	A	M	M	M	B	MEDIO	M	M	B	MEDIO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario															
		PROBABILITA'							probabilità	IMPATTO			impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
prestazione avvenuta															
Processo di esenzione ticket per patologia e per malattia rara	Responsabile Ufficio Assistenza Integrativa e Protesica	B	B	M	A	B	B	M	BASSO	B	B	B	BASSO	MINIMO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Autorizzazioni alla fornitura di protesi ed ausili di cui al D.M. 332/99 e nuovi LEA DPCM 12/01/2017	Direttore Sanitario del Distretto	M	M	M	M	B	B	B	MEDIO	M	M	B	MEDIO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Erogazione di contributi economici a favore di utenti adulti con disagio psichico	Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato in Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAISMDP)	B	B	M	A	B	B	M	BASSO	B	B	B	BASSO	MINIMO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario															
		PROBABILITA'							probabilità	IMPATTO			impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
Accertamento disabilità (invalidità civile, sordità, cecità,handicap)- Visite collegiali	Direttore Medicina Legale	A	A	A	M	A	B	M	ALTO	A	A	M	ALTO	ALTO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Tirocini di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione	Direttore Dipartimento Salute Mentale	B	B	M	A	B	B	M	BASSO	B	B	B	BASSO	MINIMO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario																
			PROBABILITA'							probabilità	IMPATTO			impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
	Liquidazione e di contributi economici a valere sui fondi per la non autosufficienza (anziani e disabilità)	Direttore sanitario Distretto	M	B	A	A	M	B	A	ALTO	A	B	B	BASSO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Gestione economica dei progetti a finanziamento vincolato	Direttore Controllo di Gestione	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Concessione e benefici economici (es. assegni familiari) ai dipendenti	Direttore Risorse Umane	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario																
			PROBABILITA'							probabilità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
	Predisposiz ione cedolini di pagamento	Direttore Risorse umane	B	M	M	M	M	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Provvediment i ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Autorizzazi one ossigeno liquido domiciliare su P.T. specialistic o	Direttore sanitario Distretto	M	A	A	M	A	A	A	ALTO	A	A	M	ALTO	ALTO	Provvediment i ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
	Rilascio autorizzazi one per la fornitura di prodotti dietetici a soggetti affetti da morbo celiaco su istanza di parte a seguito di		B	M	M	M	M	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Provvediment i ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario															
		PROBABILITA'							probabilità	IMPATTO			impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
certificato specialistico e richiesta del MMG (DA del 11/03/1999, DM 04/05/2006)															
Autorizzazione ritiro presidi per diabetici	Responsabile Ufficio Assistenza Integrativa e Protesica	M	A	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Corresponsione indennizzo per l'abbattimento di animali infetti abbattuti	Direttore UOC Servizio Sanità animale	M	M	A	M	M	M	M	MEDIO	M	A	M	MEDIO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

AREA GENERALE DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari CON effetto economico diretto ed immediato per il destinatario															
		PROBABILITA'							probabilità	IMPATTO			impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
Pagamento indennizzi ex Legge n. 210/1992	Direttore Medicina Legale	A	M	A	M	A	A	M	ALTO	A	A	M	ALTO	ALTO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Prestazioni di laboratorio	Responsabile Patologia clinica e microbiologia	M	M	A	M	M	M	M	MEDIO	M	A	M	MEDIO	MEDIO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici																
			PROBABILITA'							probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	PROCESSO	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	P.1 eccess iva discre zionalità	P.2 scarsa chiarezza normativa/ eccessiva regolament azione	P.3 intere sse estern o	P.4 manc anza di traspa renza	P.5 inadeg uata cultur a legalità	P.6 inadeg uata comp etenz e	P.7 manc anza contr olli		I.1 imma gine Ente	I.2 impatto econom ico patrimo niale	I.3 impatto organiz zativo e/o continu ità servizio			Contratti pubblici
	Analisi e definizione dei fabbisogni contrattual i generali e degli oggetti degli affidament i	Direttore /Responsabile Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO	M	M	B	MEDI O	MEDIO	Contratti pubblici

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici															
			PROBABILITA'							probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Predisposi zione ed adozione della programm azione biennale di acquisizio ne di forniture e servizi e degli aggiornam enti annuali	Direttore /Responsabile Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO	M	M	B	MEDI O	MEDIO	Contratti pubblici
	Interventi extra programm azione in regime emergenzi ale	Direttore /Responsabile Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico	M	B	A	M	A	A	A	ALTO	M	A	A	ALTO	ALTO	Contratti pubblici

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici															
			PROBABILITA'							probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione e della programmazione (profilo committente, tavolo soggetti aggregatori)	Direttore /Responsabile Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico	B	B	M	B	M	M	B	BASSO	B	A	B	BASSO	MINIMO	Contratti pubblici
	Redazione ed aggiornamento del programma triennale dei lavori	Direttore /Responsabile Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico	B	A	A	A	B	A	M	ALTO	A	B	B	BASSO	MEDIO	Contratti pubblici

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici																
PROGETTAZIONE			PROBABILITA'							probabilità	IMPATTO			impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
	Valutazione e della richiesta di acquisto e verifica sua presenza nella programmazione.	Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico, Direzione amministrativa Ospedali e Territorio	M	B	A	M	M	B	M	MEDIO	M	M	B	MEDIO	MEDIO	Contratti pubblici
	Verifica presenza di convenzioni dei soggetti aggregatori o dell'avvenuto inserimento nella programmazione di questi ultimi dell'oggetto della richiesta d'acquisto	Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico, Direzione amministrativa Ospedali e Territorio	B	B	M	A	B	B	M	BASSO	B	B	B	BASSO	MINIMO	Contratti pubblici
	Individuazione RUP (o sostituzione)	Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico	M	M	M	M	M	M	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Contratti pubblici

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici																
			PROBABILITA'							probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
Svolgiment o indagini di mercato - pubblicazi one di avvisi esplorativi	Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico, Direzione amministrativa Ospedali e Territorio	M	M	M	M	M	M	M	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Contratti pubblici
Verifica esclusività /infungibil ità tramite avviso esplorativ o, valutazion e eventuali candidatur e e definizione della procedura per la soddisfazi one di quel fabbisogno	Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico, Direzione amministrativa Ospedali e Territorio	A	M	A	A	A	M	A	A	ALTO	B	M	M	MEDIO	CRITICO	Contratti pubblici
Individuaz ione dei component i incaricati di definire il Capitolato tecnico	Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico	M	B	M	M	B	B	M	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	Contratti pubblici

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici															
			PROBABILITA'							probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Quantifica zione dei fabbisogni di gara	Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico	M	B	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	B	BASS O	BASSO	Contratti pubblici
	Scelta della procedura di aggiudicazi one	Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico	M	M	M	M	B	M	M	MEDIO	B	M	B	MEDI O	MEDIO	Contratti pubblici
	Predisposi zione documenta zione di gara con definizione criteri di partecipazi one, criteri di aggiudicazi one, item di valutazion e qualità e definizione importo a base d'appalto	Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico.	M	M	A	M	M	M	A	MEDIO	A	A	B	ALTO	CRITICO	Contratti pubblici

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici																
			PROBABILITA'							probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Progettazi one di fattibilità tecnica economica definitiva ed esecutiva	Direttore e Dirigenti U.O.C.	A	M	A	A	M	B	A	ALTO	B	M	M	MEDI O	CRITIC O	Contratti pubblici
	Predisposi zione documenta zione richiesta offerta per acquisti diretti (non infungibili) Inferiori a € 40.000,00	Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico, Direzione Amministrativa Ospedali e Territorio	B	M	A	A	M	B	A	ALTO	B	M	M	MEDI O	CRITIC O	Contratti pubblici
	Predisposi zione documenta zione richiesta offerta per acquisti diretti (non infungibili) DL	Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico	B	M	M	M	M	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDI O	MEDIO	Contratti pubblici

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici																
			PROBABILITA'							probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Semplifica zione Per Beni e servizi importo Inferiore a € 75.000 Lavori importo inferiore a 150.000															
	Accettazio ne di donazioni di beni mobili o di apparecchi ature elettromed icali	Direttore Sanitario di Presidio, Direttore Servizio Provveditorato, Ingegneria Clinica	B	B	M	M	B	B	M	BASSO	B	M	B	BASSO	MINIMO	Contratti pubblici
	Accettazio ne Comodati d'uso	Direttore Sanitario di Presidio, Direttore Servizio Provveditorato, Ingegneria Clinica	B	B	M	M	B	B	M	BASSO	B	M	B	BASSO	MINIMO	Contratti pubblici
Selezione del contraente	Pubblicazi one del bando e delle comunicaz ioni connesse all'indizion e della gara (profilo	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	B	B	M	M	B	B	M	BASSO	B	M	B	BASSO	MINIMO	Contratti pubblici

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici																
			PROBABILITA'							probabilità	IMPATTO			impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
	committe, piattaforma Net 4 Market)															
	Invito operatori economici sottosoglia D.L. Semplificazione: Forniture e servizi (compresi servizi tecnici) da 75.000 fino alle soglie x Lavori varie fasce da 150.000 fino alla soglia	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Contratti pubblici
	Gestione chiarimenti, quesiti, rettifiche, sopralluoghi, proroghe dei termini	Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico	B	B	M	M	B	B	M	BASSO	B	M	B	BASSO	MINIMO	Contratti pubblici

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici															
			PROBABILITA'							probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Ricezione offerte	Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico	B	B	M	M	B	B	M	BASSO	B	M	B	BASSO	MINIMO	Contratti pubblici
	Procedure di affidamento in emergenza - Riduzioni tempistiche	Direttore Sanitario di Presidio, Direttore Servizio Provveditorato, Direzione Amministrativa Ospedali e Territorio	M	M	A	A	B	B	A	ALTO	M	A	A	ALTO	ALTO	Contratti pubblici
	Valutazione e documentazione amministrativa	Direttore Sanitario di Presidio, Direttore Servizio Provveditorato, Direzione Amministrativa Ospedali e Territorio	M	B	M	M	M	B	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	Contratti pubblici
	Nomine Commissioni Giudicatrici	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	A	M	A	A	A	M	A	ALTO	B	M	M	MEDIO	CRITICO	Contratti pubblici

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici															
			PROBABILITA'							probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Valutazion e tecnica offerte in caso di aggiudicazi one con il criterio dell’offerta economica mente più vantaggios a	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	A	M	A	A	M	B	A	ALTO	B	A	A	ALTO	ALTO	Contratti pubblici
	Valutazion e economica offerte	Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico	B	B	M	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	BASSO	MINIM O	Contratti pubblici
	Verifica di anomalia delle offerte	Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico	M	M	A	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Contratti pubblici
	Controlli pre aggiudicazi one/pre- stipula	Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico	B	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Contratti pubblici
	Adozione/ Efficacia atto di aggiudicazi one	Direttore Servizio Provveditorato, Tecnico, Informatico	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Contratti pubblici

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici																
			PROBABILITA'							probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
Verifica	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione e della aggiudicazione definitiva	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	B	B	M	M	B	B	M	BASSO	B	M	B	BASSO	MINIMO	Contratti pubblici
	Annullamento della gara/ Revoca del bando	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	M	M	A	M	M	B	M	MEDIO	M	M	B	MEDIO	MEDIO	Contratti pubblici
	Stipula contratto/ adesione convenzione e emissione ordinativo di fornitura	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	M	B	M	M	M	B	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	Contratti pubblici

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici																
			PROBABILITA'							probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Individuazione Direttore Esecuzione Contratto	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	A	M	A	M	M	B	M	MEDIO	M	A	A	ALTO	CRITICO	Contratti pubblici
Esecuzione del contratto	Autorizzazione al subappalto	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	A	M	A	A	M	B	A	ALTO	B	A	A	ALTO	ALTO	Contratti pubblici
	Ammissioni e delle varianti (compreso sesto quinto)	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	A	M	A	M	M	B	M	MEDIO	B	A	A	ALTO	CRITICO	Contratti pubblici
	Affiancamenti e sostituzioni in corso di contratto	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	M	M	A	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Contratti pubblici
	Verifiche in corso di esecuzione del contratto	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	A	M	A	A	M	B	A	ALTO	B	A	A	ALTO	ALTO	Contratti pubblici

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici																
			PROBABILITA'							probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Verifica delle disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni del Piano di Sicurezza e Coordinamento (PSC) o Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI)	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico, Prevenzione	M	M	A	M	M	B	M	MEDIO	B	A	A	ALTO	CRITICO	Contratti pubblici
	Apposizione di riserve	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Contratti pubblici

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici																
			PROBABILITA'							probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Gestione delle controversie, Utilizzo di rimedi di risoluzione e delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	B	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	Contratti pubblici
	Gestione Collegio Consultivo Tecnico art 6 DL 76/00	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	B	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	Contratti pubblici
	Effettuazioni pagamenti sia in corso di esecuzione che in conclusione del contratto	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico, Direzione Amministrativa Ospedali e Territorio	M	A	A	A	M	B	A	ALTO	M	A	A	ALTO	ALTO	Contratti pubblici

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici															
			PROBABILITA'							probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Utilizzo di attrezzatur e/ materiali in prova a titolo dimostrati vo	Direttore Farmacia Ospedaliera e Direttore Farmacia Territoriale	B	B	M	M	B	B	M	BASSO	B	M	B	BASSO	MINIMO	Contratti pubblici
	Gestione contrattual e biancheria	Direzione Amministrativa Ospedali e Territorio	A	M	A	A	M	B	A	ALTO	B	M	M	MEDIO	CRITICO	Contratti pubblici
	Gestione derrate alimentari	Direzione Amministrativa Ospedali e Territorio	M	M	A	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Contratti pubblici
	Gestione magazzini economali	Direttore Servizio Provveditorato, Direzione Amministrativa Ospedali e Territorio	B	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	Contratti pubblici

AREA GENERALE DI RISCHIO: Contratti pubblici																
			PROBABILITA'							probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Controlli sulla gestione dei rifiuti sanitari	Direttore Presidio Ospedaliero	M	M	A	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Contratti pubblici
Rendicontazione del contratto	Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico	A	M	A	A	M	B	A	ALTO	B	A	B	BASSO	MEDIO	Contratti pubblici
	Verifica della corretta esecuzione con rilascio del certificato di collaudo o del certificato di verifica di conformità	Direttore Servizio Provveditorato, Informatico, Tecnico Responsabile Ingegneria Clinica	A	M	A	A	M	M	A	ALTO	B	A	B	BASSO	MEDIO	Contratti pubblici

AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)																
		PROBABILITA'								probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
PROCESSO	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	P.1 eccess iva discre zionalità	P.2 scarsa chiarezza normativa/ eccessiva regolament azione	P.3 intere sse estern o	P.4 manc anza di traspa renza	P.5 inade guata cultur a legalit à	P.6 inade guate zza comp etenz e	P.7 manc anza contr olli			I.1 imma gine Ente	I.2 impatto econom ico patrimo niale	I.3 impatto organiz zativo e/o continu ità servizio			Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)
Progressio ne di carriera: gestione del sistema di valutazion e della performan ce	Direttore Controllo di Gestione	M	M	A	M	B	B	M		MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)
Progressio ne di carriera: gestione selezioni interne del Comparto (passaggi orizzontali /verticali)	Direttore Risorse Umane	M	M	A	M	B	B	M		MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)

AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)																
		PROBABILITA'								probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Progressio ni di carriera che derivano da accordi integrativi aziendali area comparto (incarichi di funzione)	Direttore Risorse Umane	M	M	A	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)
	Progressio ni di carriera che derivano da accordi integrativi aziendali area dirigenzial e	Direttore Risorse Umane	M	M	A	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)
	Conferime nto incarichi di struttura complessa	Direttore U.O.C./Responsabili	M	M	A	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)

AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)																
		PROBABILITA'								probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Procedura di reclutamento di personale durante lo stato di emergenza	Direttore U.O.C./Responsabili	A	A	A	A	M	B	M	ALTO	B	M	M	MEDIO	CRITICO	Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)
	Conferimento di incarichi professionali a soggetti esterni (borse di studio, incarichi professionali, etc.)	Direttore U.O.C./Responsabili	A	A	A	A	M	B	M	ALTO	B	M	M	MEDIO	CRITICO	Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)
	Reclutamento: procedure concorsuali (tempo indeterminato, tempo determinato, mobilità)	Relazione del Direttore U.O.C./Responsabili	A	A	A	M	B	B	M	ALTO	B	A	A	ALTO	ALTO	Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)

AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)																
		PROBABILITA'								probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
Partecipazione dei dipendenti ad eventi formativi esterni con sponsorizzazione di ditte	Direttore Servizio Sviluppo Risorse Umane	B	M	M	M	B	B	B	B	BASSO	B	M	B	BASSO	MINIMO	Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)
Scelta del docente esterno per attività/servizi di formazione	Direttore Servizio Sviluppo Risorse Umane	M	M	A	M	M	B	M	M	MEDIO	M	A	A	ALTO	CRITICO	Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)
Assegnazione di incarichi a tempo determinato di natura convenzionale previsti da Accordi Collettivi Nazionali, Accordi Integrativi Regionali, Accordi Attuativi Locali	Direttore Medicina di Base e Specialistica	M	M	A	M	M	B	M	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)															
		PROBABILITA'								probabi lità	IMPATTO			impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Conferimento incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria e pediatria di libera scelta. Instaurazione rapporto convenzionale	Direttore UOC medicina di Base e Specialistica	M	M	A	M	M	B	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)
	Individuazione zone carenti di assistenza primaria e pediatria di libera scelta	Direttore UOC medicina di Base e Specialistica	B	B	M	M	B	B	M	BASSO	B	M	B	BASSO	MINIMO	Incarichi e nomine e Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale)

AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio																
PROBABILITA'										probabi lità		IMPATT O		impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
PROCESSO	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	P.1 eccess iva discre zionalità	P.2 scarsa chiarezza normativa/ eccessiva regolament azione	P.3 intere sse estern o	P.4 manc anza di traspa renza	P.5 inade guata cultur a legalit à	P.6 inade guate zza comp etenz e	P.7 manc anza contr olli			I.1 imma gine Ente	I.2 impatto econom ico patrimo niale	I.3 impatto organiz zativo e/o continu ità servizio			
Attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari	Direttore Servizio Gestione risorse economiche e finanziarie	B	M	M	M	B	B	M	MEDIO		B	M	B	BASSO	BASSO	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
Registrazioni di bilancio	Direttore Servizio Gestione risorse economiche e finanziarie	B	B	M	M	B	B	M	BASSO		B	M	B	BASSO	MINIMO	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio																
	PROBABILITA'									probabi lità		IMPATT O		impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Riscossione e pagamento ticket	Direttore SEFP	M	M	A	M	M	B	M	MEDIO	M	A	A	ALTO	CRITICO	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
	Accertamento sanzionario mancata/t ardiva disdetta prenotazioni specialistica ambulatoriale	Direttori sanitari Distretti	M	M	A	M	M	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
	Emissione fatture attive	Direttore Servizio Economico finanziario	M	M	M	M	M	M	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
	Liquidazione fatture per assistenza integrativa , protesica e riabilitativa	Direttore amministrativo di distretto	B	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio															
	PROBABILITA'									probabi lità		IMPATT O		impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Rimborso spese sanitarie agli utenti	Responsabile Ufficio Assistenza Integrativa	B	M	M	M	M	B	B	MEDIO	B	M	B	BASS O	BASSO	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
	Liquidazio ni fatture beni e servizi esternalizz ati (pulizia, vigilanza, lavanolo, alimenti, noleggi, specialistic a,ex file Z, trasporto materiale biologico, trasporto salme, corriere espresso, ambulanze ,pulizia cappe, rifiuti speciali, disinfestaz ione, derattizzaz ione,	Direttore amministrativo di distretto	B	M	M	M	M	B	B	MEDIO	B	M	B	BASS O	BASSO	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio															
PROBABILITA'									probabi lità		IMPATT O		impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
archiviazio ne e gestione digitale, consulenze ,bollini r osa, certificati EFI, remuneraz ione personale a progetto, prodotti chimici, manutenzi oni, vari)															
Liquidazio ne fatture di ossigeno, presidi per diabetici e per celiaci e integrativa privato	Direttore Farmacia ospedaliera	B	B	M	M	M	B	M	MEDIO	B	M	B	BASS O	BASSO	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
Liquidazio ne fatture di farmaci e dispositivi	Direttore Farmacia territoriale	B	B	M	M	M	B	M	MEDIO	B	M	B	BASS O	BASSO	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

AREA GENERALE DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio																
PROBABILITA'										probabilità		IMPATTO		impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
Gestione delle donazioni in denaro	Direttore Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	B	B	M	M	B	B	M		BASSO	B	M	B	BASSO	MINIMO	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
Gestione dei beni immobili	Direttore Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	M	M	A	M	M	B	M		MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
Concessione e in comodato di beni mobili/immobili	Direttore Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	B	M	M	M	B	B	B		BASSO	B	M	B	BASSO	MINIMO	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni																
PROBABILITA'										probabilità		IMPATTO		impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
PROCESSO	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	P.1 eccessiva discrezionalità	P.2 scarsa chiarezza normativa/eccessiva regolamentazione	P.3 interesse esterno	P.4 mancanza di trasparenza	P.5 inadeguata cultura legalità	P.6 inadeguate competenze	P.7 mancanza controlli			I.1 immagine Ente	I.2 impatto economico patrimoniale	I.3 impatto organizzativo e/o continuità servizio			Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni																
	PROBABILITA'										probabi lità		IMPATT O		impatto	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	ANAGRAFI CA DELLE IMPRESE ALIMENTA RI, ISTRUTTO RIA SCIA ED ASSEGNAZI ONE DI RELATIVO CODICE DI REGISTRA ZIONE AL FINE DI CONSENTI RE AGLI ORGANI ISPETTIVI DI EFFETTUA RE VIGILANZA IGIENICO SANITARIA COME PREVISTO DALLE NORME DI SETTORE.	Direttore UOC SIAN (SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE)	B	B	B	M	B	B	M	BASSO	B	M	B	BASSO	MINIM O	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni																
	PROBABILITA'									probabi lità		IMPATT O		impatto	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO	
	CONTROLL O DEGLI ADEMPIME NTI NORMATIV I CORRELAT I AL D. L. VO 194/2008. CONFIGUR AZIONE DELLE IMPRESE ALIMENTA RI SOGGETTE AL D.L.VO 194/2008 E TRASMISSI ONE ELENCHI DELLE IMPRESE MOROSE ALL'UFFICI O AFFARI LEGALI PER LA RISCOSSIO NE COATTA	Direttore UOC SIAN (SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE)	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	

AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni																
PROBABILITA'										probabi lità		IMPATT O		impatto	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
CAMPIONA MENTI DI ALIMENTI E BEVANDE SECONDO LE INDICAZIO NI DEL PRIC IN VIGORE (PIANO REGIONAL E INTEGRAT O CONTROLL I)	Direttore UOC SIAN (SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE)	M	M	M	M	M	M	M	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
CONTROLL I UFFICIALI (CU) IN QUALITÀ DI AUTORITÀ COMPETEN TE (REG. CE 625/2017)	Direttore UOC SIAN (SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE)	M	M	M	M	M	M	M	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni															
	PROBABILITA'									probabi lità		IMPATT O		impatto	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	EMANAZIO NE PROVVEDI MENTI DI CUI ALL'ART. 138 DEL REGOLAM ENTO CE 625/2017 (NEL CAMPO DELLA SICUREZZA ALIMENTA RE).	Direttore UOC SIAN (SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE)	M	M	A	M	M	B	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	CERTIFICA ZIONE PER ESPORTAZ IONE DI ALIMENTI E BEVANDE IN PAESI EXTRACO MUNITARI	Direttore UOC SIAN (SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE)	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	Deleghe A.G.; denunce; lesioni personali da lavoro	Direttore Spre.sa.L	M	M	M	M	B	M	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni															
PROBABILITA'									probabi lità		IMPATT O		impatto	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
Piani di eradicazione, piani di sorveglianza, piani di controllo (Tbc, Brc, Leb, Mvs, Psg. Salmonelle negli allevamenti avicoli ecc) effettuati mediante test su animali vivi (tubercolina) o prelievo di campioni da sottoporre ad analisi	Direttore U. O.C. SANITA' ANIMALE	M	M	M	M	B	M	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
Piano di controllo sul sistema di identificazione e registrazione dei bovini, ovicapri,	Direttore U. O.C. SANITA' ANIMALE	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni															
	PROBABILITA'									probabi lità		IMPATT O		impatto	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	suini, aziende apistiche. (tali controlli sono utilizzati anche dall'Agea per il pagamento dei premi PAC)															
	Certificazi oni, nulla osta e pareri compresi quelli previsti per la moviment azione degli animali	Direttore U. O.C. SANITA' ANIMALE	M	M	M	M	M	B	A	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	Esecuzione dei controlli ufficiali	Direttore U.O.C. SERVIZIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	M	M	M	M	M	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni															
	PROBABILITA'									probabi lità		IMPATT O		impatto	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	PRESTAZI ONI RESE NELL'INTE RESSE DEL PRIVATO	Direttore U.O.C. SANITA' ANIMALE - IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE - IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	M	M	M	M	M	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	Finanziam ento dei controlli ufficiali	Direttore U.O.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	M	M	M	M	M	B	A	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	Controlli ufficiali diversi da quelli effettuati sugli stabilimen ti di macellazio ne	Direttore U.O.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	M	A	A	M	B	M	A	ALTO	B	A	A	ALTO	ALTO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	I ter autorizzati vo per il riconoscim ento di una impresa del settore alimentare	Direttore U.O.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	M	M	M	M	M	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni															
	PROBABILITA'									probabi lità		IMPATT O		impatto	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	in ambito CE															
	Sanzioni amministr ative	Direttori UNITA' OPERATIVE COMPLESSE: S.S.A. - S.I.A.O.A. - S.I.A.P.Z.	M	M	M	M	M	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	Controlli ufficiali sugli stabilimen ti di macellazio ne.	Direttore IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	A	A	A	M	B	B	M	ALTO	B	A	A	ALTO	ALTO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	Espletame nto procedime nto disciplinar e	Ufficio Procedimenti Disciplinari	M	M	B	M	M	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	Gestione del rischio corruttivo ufficio controllo specialistic a	Direttore UOC Medicina di base e specialistica	M	M	B	M	M	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni															
	PROBABILITA'									probabi lità		IMPATT O		impatto	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Valutazion e tecnologie sanitarie	SIAV	M	B	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
	Valutazion e attrezzatur e sanitarie	Team multidisciplinare HTA	M	B	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	
	Rilascio pareri edilizia	Direttore UOC Igiene pubblica	M	B	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	
	Attività Ispettiva	Direttore UOC Igiene pubblica	M	B	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	

	AREA GENERALE DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni															
	PROBABILITA'									probabi lità		IMPATT O		impatto	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Gestione attività cucine e dispense	Direttore sanitario di Presidio per gli aspetti igienico-sanitari e Direttore amministrativo ospedali/ territorio per la verifica giacenze	M	M	B	M	M	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

	AREA DI RISCHIO GENERALE: Affari legali e contenzioso																
	PROBABILITA'										probabilità		IMPATTO		impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
	PROCESSO	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	P.1 eccessiva discrezionalità	P.2 scarsa chiarezza normativa/ eccessiva regolamentazione	P.3 interesse esterno	P.4 mancanza di trasparenza	P.5 inadeguata cultura legalità	P.6 inadeguatezza competenze	P.7 mancanza controlli			I.1 immagine Ente	I.2 impatto economico patrimoniale	I.3 impatto organizzativo e/o continuità servizio			

Attribuzione di incarichi di difesa giudiziaria a legali esterni	UOC Affari Generali	M	M	A	M	M	B	M	MEDIO	M	A	A	ALTO	CRITICO	Affari legali e contenzioso
Sanzioni amministrative L 689/81	UOC Affari Generali	M	M	A	M	M	B	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	Affari legali e contenzioso
Recupero crediti in sede giudiziale	UOC Affari Generali	M	M	M	M	M	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Affari legali e contenzioso
Gestione dei sinistri	UOC Affari Generali	M	M	A	M	M	B	M	MEDIO	M	A	A	ALTO	CRITICO	Affari legali e contenzioso

	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Attività libero professionale																
	PROBABILITA'										probabi lità		IMPATT O		impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	PROCESSO	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	P.1 eccess iva discre zionalità	P.2 scarsa chiarezza normativa/ eccessiva regolament azione	P.3 intere sse estern o	P.4 manc anza di traspa renza	P.5 inade guata cultur a legalit à	P.6 inade guate zza comp etenz e	P.7 manc anza contr olli		I.1 imma gine Ente	I.2 impatto econom ico patrimo niale	I.3 impatto organiz zativo e/o continu ità servizio				
	Liquidazio ne fatture	UOC Risorse Umane	B	B	M	B	B	B	B	BASSO	B	M	B	BASS O	MINIM O	Attività libero professionale	

	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Attività libero professionale																
	PROBABILITA'										probabi lità		IMPATT O		impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Autorizzaz ione esercizio ALPI, aggiornam ento tariffe e variazione sede	UOC Risorse Umane	M	M	A	M	M	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Attività libero professionale	
	Stipula di convenzio ni tra Aziende e Studi medici	UOC Risorse Umane	M	M	M	M	M	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Attività libero professionale	
	Verifica libera profession e Organismo Paritetico di verifica		M	A	A	M	B	M	A	ALTO	B	A	A	ALTO	ALTO	Attività libero professionale	

AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Liste di attesa																
PROBABILITA'										probabilità		IMPATTO		impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
PROCESSO	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	P.1 eccessiva discrezionalità	P.2 scarsa chiarezza normativa/ eccessiva regolamentazione	P.3 interesse esterno	P.4 mancanza di trasparenza	P.5 inadeguata cultura legalità	P.6 inadeguata competenza	P.7 mancanza controlli			I.1 immagine Ente	I.2 impatto economico patrimoniale	I.3 impatto organizzativo e/o continuità servizio			
Gestione delle agende di prenotazione per ricovero in area chirurgica	Direttore Presidio Ospedaliero	M	M	A	M	M	B	M	MEDIO		B	M	M	MEDIO	MEDIO	Liste di attesa
Prenotazione nell'ambito della gestione delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Direttore Medicina di Base Specialistica – Responsabile CUP	B	B	M	M	B	B	M	BASSO		B	M	B	BASSO	MINIMO	Liste di attesa

AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Liste di attesa																
	PROBABILITA'									probabi lità		IMPATT O		impatto	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Confronto tempi di attesa dei ricoveri in regime istituzionale con o senza precedente accesso in libera professione	Direttore Presidio Ospedaliero	M	M	M	M	M	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Liste di attesa
	Attività CUP	Direttore Sanitario Distretto-Responsabile CUP	M	M	A	M	M	M	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Liste di attesa
	Ricoveri ordinari, DH e DS programmati	Direttori di UU.OO.CC sanitarie ospedaliere	M	M	A	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Liste di attesa
	Liste di attesa per prime visite e visite di controllo	Direttori di UU.OO.CC sanitarie	M	M	A	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Liste di attesa

	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Liste di attesa															
	PROBABILITA'									probabi lità		IMPATT O		impatto	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Valutazion e psicodiagn ostica di personalit à, del livello cognitivo, del deteriora mento mentale/ Presa in carico per Sostegno psicologico Psicoterap ia Mediazion e Familiare e Counseling	Direttore Servizio Psicologia	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Liste di attesa
	Visite mediche specialistic he ostetriche/ ginecologic he- Colloqui psicologici	Responsabile Consultorio	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Liste di attesa
	Accettazio ne e presa in carico dei pazienti MCAU	MCAU	M	M	A	M	M	B	M	MEDIO	B	M	B	BASSO	BASSO	Liste di attesa

AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Rapporti con soggetti erogatori																
PROBABILITA'										probabi lità		IMPATT O		impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
PROCESSO	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	P.1 eccess iva discre zional ità	P.2 scarsa chiarezza normativa/ eccessiva regolament azione	P.3 intere sse estern o	P.4 manc anza di traspa renza	P.5 inade guata cultur a legalit à	P.6 inade guate zza comp etenz e	P.7 manc anza contr olli			I.1 imma gine Ente	I.2 impatto econom ico patrimo niale	I.3 impatto organiz zativo e/o continu ità servizio			
Negoziazio ne e stipula dei contratti con il privato accreditat o	Direttore di Medicina di Base e Specialistica	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO		B	M	M	MEDIO	MEDIO	Rapporti con soggetti erogatori
Controllo appropriat ezza prestazion i strutture private accreditate	Direttore di Medicina di Base e Specialistica	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO		B	M	M	MEDIO	MEDIO	Rapporti con soggetti erogatori

AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Rapporti con soggetti erogatori																
PROBABILITA'										probabilità		IMPATTO		impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
Liquidazione delle prestazioni sanitarie acquistate da privato accreditato	Direttori Amministrativi Ospedali/Territorio di Ragusa/Vittoria/Modica	M	M	M	M	B	B	M		MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Rapporti con soggetti erogatori

AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni																
PROBABILITA'										probabilità		IMPATTO		impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	AREA DI RISCHIO
PROCESSO	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	P.1 eccessiva discrezionalità	P.2 scarsa chiarezza normativa/eccessiva regolamentazione	P.3 interesse esterno	P.4 mancanza di trasparenza	P.5 inadeguata cultura legalità	P.6 inadeguate competenze	P.7 mancanza controlli			I.1 immagine Ente	I.2 impatto economico patrimoniale	I.3 impatto organizzativo e/o continuità servizio			

	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni																
	PROBABILITA'										probabi lità		IMPATT O		impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Emissione degli ordini ai fornitori di beni farmaceutici e dispositivi medici	Direttore Farmacia	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	
	Gestione informatizzata del magazzino al fine della corretta movimentazione delle scorte	Direttore Farmacia	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	
	Sperimentazioni cliniche sponsorizzate con convenzione con l'Azienda oppure studi no profit con supporti da parte di terzi	Direttore Affari Generali	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	

	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni																
	PROBABILITA'										probabi lità		IMPATT O		impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Gestione armadietto di reparto	Direttore UU.OO.CC. Sanitarie	M	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDI O	MEDIO	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazio ni e sponsorizzazi oni	
	Controlli contabili farmacia		M	M	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	MEDI O	MEDIO	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazio ni e sponsorizzazi oni	
	Sponsorizz azioni da parte dei fornitori riguardo eventi di formazion e con ingaggio del personale in qualità di discente e/o docente	Responsabile Formazione	M	M	M	M	B	M	M	MEDIO	B	M	M	MEDI O	MEDIO	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazio ni e sponsorizzazi oni	

AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni																AREA DI RISCHIO
PROBABILITA'										probabilità		IMPATTO		impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	
Rapporti del personale dirigente con i fornitori per l'informazione di tipo scientifico e commerciale		M	M	M	M	B	M	M	MEDIO	B	M	M	MEDIO	MEDIO		Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Attività conseguente al decesso in ambito ospedaliero																AREA DI RISCHIO
PROBABILITA'										probabilità		IMPATTO		impatto	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	
PROCESSO	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	P.1 eccessiva discrezionalità	P.2 scarsa chiarezza normativa/eccessiva regolamentazione	P.3 interesse esterno	P.4 mancanza di trasparenza	P.5 inadeguata cultura legalità	P.6 inadeguate competenze	P.7 mancanza controlli			I.1 immagine Ente	I.2 impatto economico patrimoniale	I.3 impatto organizzativo e/o continuità servizio			

	AREA DI RISCHIO SPECIFICA: Attività conseguente al decesso in ambito ospedaliero																
	PROBABILITA'										probabi lità		IMPATT O		impat to	VALUT AZIONE DEL RISCHI O	AREA DI RISCHIO
	Decesso in ambito ospedalier o	Direttore Sanitario ospedaliero	M	A	A	M	B	M	A	ALTO	B	A	A	ALTO	ALTO	Attività conseguente al decesso in ambito ospedaliero	

Tabella 26 Elenco obblighi di pubblicazione

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Annuale
	Atti generali	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 "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Servizio Affari Generali o struttura che predispone l'atto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			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	Struttura che predispone l'atto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttivi ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Direzione Strategica	Tempestivo (ex art. 8, 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	Servizio Affari Generali e Servizio Legale	Tempestivo (ex art. 8, 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	Ufficio Procedimenti Disciplinari	Tempestivo
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	no	no

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	no	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	no	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)	no	
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	no	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	no	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Curriculum vitae	no	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	no	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	no	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
		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	no	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	no	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		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]	no	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).
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	no	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	no	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	no	Annuale

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		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]	Risorse Umane	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).
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Risorse Umane	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Risorse Umane	Annuale
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	no	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	no	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	no	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	no	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	no	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	no	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		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)	no	Nessuno

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	no	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	no	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell' incarico).
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	no	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	no	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
		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	Servizio Informatico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Servizio Informatico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Servizio Informatico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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)	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Servizio Risorse Umane	Tempestivo
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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)	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Servizio Risorse Umane	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).
		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)	Servizio Risorse Umane	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
		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)]	Servizio Risorse Umane	Annuale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Servizio Risorse Umane	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Servizio Risorse Umane	Annuale (non oltre il 30 marzo)
				Per ciascun titolare di incarico:		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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)	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Servizio Risorse Umane	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
						fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
		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)	Servizio Risorse Umane	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
		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)]	Servizio Risorse Umane	Annuale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Servizio Risorse Umane	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Servizio Risorse Umane	Annuale (non oltre il 30 marzo)
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Servizio Risorse Umane	Tempestivo

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
		Art. 1, c. 7, d.P.R. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Servizio Risorse Umane	Annuale
	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	no	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	no	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	no	Nessuno
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	no	Nessuno
		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	no	Nessuno
		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	no	Nessuno
		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)	no	Nessuno
		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)]	no	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Servizio Risorse Umane	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Servizio Risorse Umane	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Servizio Risorse Umane	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Servizio Risorse Umane	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Servizio Risorse Umane	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
	Contrattazione collettiva	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	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Servizio Risorse Umane	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Par. 14.2, deliber. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, deliber. 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)	Controllo di Gestione	Tempestivo
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	no	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuno degli enti:		
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	no	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	no	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
				3) durata dell'impegno	no	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	no	Annuale (art. 22, c. 1, 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)	no	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	no	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	no	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	no	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	no	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	no	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Affari generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuna delle società:	Servizio Affari generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Servizio Affari generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Servizio Affari generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno	Servizio Affari generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Servizio Affari generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Servizio Affari generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Servizio Affari generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Servizio Affari generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Servizio Affari generali	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Servizio Affari generali	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Servizio Affari generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		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)	Servizio Affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Servizio Affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Servizio Affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	no	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuno degli enti:	no	
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	no	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	no	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
				3) durata dell'impegno	no	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	no	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	no	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	no	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	no	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	no	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	no	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	no	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Tipologie di procedimento		Tipologie di procedimento	Per ciascuna tipologia di procedimento:		
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Direttori/Responsabili di struttura	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Direttori/Responsabili di struttura	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Direttori/Responsabili di struttura	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Direttori/Responsabili di struttura	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	Direttori/Responsabili di struttura	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Direttori/Responsabili di struttura	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Direttori/Responsabili di struttura	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Direttori/Responsabili di struttura	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Direttori/Responsabili di struttura	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
		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	Direttori/Responsabili di struttura	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Direttori/Responsabili di struttura	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Per i procedimenti ad istanza di parte:	Direttori/Responsabili di struttura	
		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	Direttori/Responsabili di struttura	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Direttori/Responsabili di struttura	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	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	Servizio Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Segreteria deliberante	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Segreteria deliberante	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative		
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	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)	Servizio Provveditorato, Servizio tecnico, Servizio Informatico o altra struttura che gestisce procedure di gara	Tempestivo
		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)	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	Servizio Provveditorato, Servizio tecnico, Servizio Informatico o altra struttura che gestisce procedure di gara	Tempestivo
		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		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), 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)	Servizio Provveditorato, Servizio tecnico, Servizio Informatico o altra struttura che gestisce procedure di gara	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	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	Servizio Provveditorato, Servizio tecnico, Servizio Informatico o altra struttura che gestisce procedure di gara	Tempestivo
				Per ciascuna procedura:		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	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	Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, d.lgs. n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Servizio Provveditorato, Servizio tecnico, Servizio Informatico o altra struttura che gestisce procedure di gara	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	Servizio Provveditorato, Servizio tecnico, Servizio Informatico o altra struttura che gestisce procedure di gara	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, d.lgs. n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, d.lgs. n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, d.lgs. n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, d.lgs. n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)	Servizio Provveditorato, Servizio tecnico, Servizio Informatico o altra struttura che gestisce procedure di gara	Tempestivo

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, d.lgs. n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Servizio Provveditorato, Servizio tecnico, Servizio Informatico o altra struttura che gestisce procedure di gara	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	Servizio Provveditorato, Servizio tecnico, Servizio Informatico o altra struttura che gestisce procedure di gara	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Affidamenti 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, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	Servizio Provveditorato, Servizio tecnico, Servizio Informatico o altra struttura che gestisce procedure di gara	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Servizio Provveditorato, Servizio tecnico, Servizio Informatico o altra struttura che gestisce procedure di gara	Tempestivo

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Servizio Provveditorato, Servizio tecnico, Servizio Informatico o altra struttura che gestisce procedure di gara	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Servizio Provveditorato, Servizio tecnico, Servizio Informatico o altra struttura che gestisce procedure di gara	Tempestivo
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Servizio Provveditorato, Servizio tecnico, Servizio Informatico o altra struttura che gestisce procedure di gara	Tempestivo
		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	Servizio Provveditorato, Servizio tecnico, Servizio Informatico o altra struttura che gestisce procedure di gara	Tempestivo
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Servizio Affari Generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)	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	Servizio Affari Generali e Direttori/responsabili Sanitari di Distretto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			(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)	Per ciascun atto:		
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Servizio Affari Generali e Direttori/responsabili Sanitari di Distretto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Servizio Affari Generali e Direttori/responsabili Sanitari di Distretto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Servizio Affari Generali e Direttori/responsabili Sanitari di Distretto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Servizio Affari Generali e Direttori/responsabili Sanitari di Distretto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Servizio Affari Generali e Direttori/responsabili Sanitari di Distretto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Servizio Affari Generali e Direttori/responsabili Sanitari di Distretto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Servizio Affari Generali e Direttori/responsabili Sanitari di Distretto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Servizio Affari Generali e Direttori/responsabili Sanitari di Distretto	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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.	Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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.	Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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	Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	OIV	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	OIV	Tempestivo
				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)	OIV	Tempestivo
				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	OIV	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 32, c. 1, 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	Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Servizio Affari Generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Servizio Affari Generali/Servizio Legale	Tempestivo
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Servizio Affari Generali/Servizio Legale	Tempestivo
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Servizio Affari Generali	Tempestivo

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
	Costi contabilizzati	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	Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Direttori sanitari distretto, Direttori sanitari di Presidio, Direttore Medicina di Base e Specialistica, Responsabile CUP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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.	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Tempestivo
	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	Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	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	Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
	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, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Servizio Tecnico	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	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	Servizio Tecnico	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Servizio Tecnico	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	no	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	no	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Capo Dipartimento di Prevenzione	Tempestivo (ex art. 8, 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	Capo Dipartimento di Prevenzione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			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	Capo Dipartimento di Prevenzione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			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	Capo Dipartimento di Prevenzione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			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	Capo Dipartimento di Prevenzione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Capo Dipartimento di Prevenzione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			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	Capo Dipartimento di Prevenzione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Capo Dipartimento di Prevenzione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Medicina di Base e Specialistica	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
			(da pubblicare in tabelle)	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Medicina di Base e Specialistica	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Strutture proponenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Strutture proponenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Strutture proponenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	RPCT	Annuale
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	RPCT	Tempestivo
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	RPCT	Tempestivo
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	RPCT	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	RPCT	Tempestivo

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
		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
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Servizio Affari Generali	Tempestivo
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Servizio Affari Generali	Tempestivo
		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	RPCT	Semestrale
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it /catalogo gestiti da AGID	Servizio Informatico	Tempestivo
		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	Servizio Informatico	Annuale

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabili	Aggiornamento
		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	Servizio Informatico	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	Tutti i Dirigenti	
* 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)						

SEZIONE 3 – Organizzazione e Capitale Umano

3.a Sottosezione di programmazione Struttura organizzativa

Il Direttore Generale, nominato dalla Regione, resta in carica ai sensi dell'Art.19 della legge regionale 5/09 per un mandato di tre anni rinnovabili nella stessa Azienda una sola volta per la stessa durata. È l'organo cui competono tutti i poteri di gestione. Egli ha la rappresentanza legale dell'Azienda ai sensi dell'art.3, comma 6 del D.L.vo n.502/1992 e successive modifiche ed integrazioni.

Il Direttore Generale è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda, di cui assicura il regolare funzionamento attraverso l'esercizio di poteri di indirizzo e di controllo ed è coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario. Esercita le predette funzioni con atti di diritto privato o, nei casi stabiliti dalla legge, attraverso l'adozione di provvedimenti amministrativi.

Tali atti, che assumono la denominazione di deliberazioni, sono motivati ed emanati nell'osservanza della Legge n. 241/90 e ss.mm.ii., nonché dei principi generali dell'azione amministrativa.

Il Direttore Generale si avvale, per l'espletamento dell'attività di segreteria e dei compiti attribuiti dalle norme vigenti, di un Ufficio di staff posto alle sue dirette dipendenze.

Tutti gli atti deliberativi, contestualmente all'affissione all'albo, sono inviati in copia al Collegio

Sindacale. Vengono, altresì, inviati all'Assessorato Regionale della Salute, perché ne eserciti il controllo, i seguenti atti:

- Atto Aziendale;
- Bilancio di esercizio;
- Dotazioni organiche complessive;
- Piani attuativi aziendali;
- Atti di programmazione locale definiti a livello di bacino.

Il Direttore Generale, sulla base di specifiche intese con la Conferenza dei Sindaci, assicura i rapporti tra questa e l'Azienda, assumendo le misure organizzative e gli atti necessari affinché la Conferenza possa svolgere la sua funzione di organismo di programmazione e di indirizzo.

Il Direttore Generale persegue gli obiettivi stabiliti dalla normativa vigente e quelli specifici definiti dall'Assessorato Regionale della Salute al momento della stipula del contratto individuale.

Il Direttore Amministrativo è nominato con provvedimento motivato del Direttore Generale tra coloro che sono inclusi nell'apposito elenco degli idonei alla nomina a Direttore Amministrativo delle aziende sanitarie del servizio sanitario regionale. Egli coadiuva il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni, assume diretta responsabilità delle funzioni attribuitegli e concorre alla formazione delle decisioni della Direzione Generale, con la formulazione di proposte e pareri, anche per specifici atti, e partecipando al processo di pianificazione strategica e di allocazione delle risorse economiche ed umane dell'Azienda.

La funzione ad esso riconosciuta è riconducibile a quelle di indirizzo/controllo sulla dirigenza amministrativa dell'Azienda.

Il Direttore Amministrativo esercita altresì le competenze ad esso eventualmente delegate dal Direttore Generale.

Esso, inoltre, formula proposte al Direttore Generale, per le parti di competenza, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività.

Il Direttore Amministrativo, in caso di comprovati ritardi od omissioni, può riservarsi, previo assenso del Direttore Generale, la trattazione dei relativi atti dandone comunicazione ai responsabili interessati.

Il Direttore Amministrativo, in particolare:

- dirige i servizi amministrativi dell'Azienda, in conformità agli indirizzi generali di programmazione nonché nel rispetto delle competenze attribuite o delegate agli altri livelli dirigenziali;
- coordina l'attività delle strutture organizzative professionali e funzionali rientranti nelle aree funzionali amministrativa e tecnica;
- svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto, dai regolamenti aziendali attuativi ovvero delegatagli dal Direttore Generale.

I Dirigenti amministrativi sono tenuti nei suoi riguardi ad assicurare costante aggiornamento rispetto alla attività da loro posta in essere.

Il Direttore Sanitario è nominato con provvedimento motivato del Direttore Generale tra coloro che sono inclusi nell'apposito elenco degli idonei alla nomina a Direttore Sanitario delle aziende sanitarie del servizio sanitario regionale. Egli coadiuva il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni, assume diretta responsabilità delle funzioni ad esso attribuite e concorre alla formazione delle decisioni della Direzione Generale, con la formulazione di proposte e pareri, anche per specifici atti, e partecipando al processo di pianificazione strategica e di pianificazione annuale sanitaria dell'Azienda.

La funzione ad esso riconosciuta è riconducibile a quelle di indirizzo/controllo sulla dirigenza sanitaria dell'Azienda. In particolare:

- dirige i servizi sanitari dell'Azienda a fini organizzativi e igienico-sanitari, nonché le strutture poste alle dirette dipendenze della Direzione Sanitaria Aziendale, in conformità agli indirizzi generali del piano programmatico e finanziario aziendale, nonché nel rispetto delle competenze attribuite o delegate ad altri livelli dirigenziali;
- coordina l'attività dei dipartimenti e delle aree sanitarie a livello aziendale;
- presiede il Consiglio dei Sanitari nonché i Comitati ed organismi sanitari aziendali di competenza ed è presidente delle commissioni per il conferimento degli incarichi di dirigente struttura complessa;
- esercita la responsabilità in merito all'individuazione e attuazione di percorsi clinico-assistenziali;
- svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente Atto, dai regolamenti aziendali attuativi ovvero delegatagli dal Direttore Generale;
- esercita le competenze ad esso eventualmente delegate dal Direttore Generale. Esso, inoltre, formula proposte al Direttore Generale, per le parti di competenza, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività.

Il Direttore Sanitario, in caso di comprovati ritardi od omissioni, può riservarsi, previo assenso del Direttore Generale, la trattazione dei relativi atti dandone comunicazione ai responsabili interessati.

Il Dipartimento è di norma il modello ordinario di gestione operativa dell'attività dell'Azienda ai sensi dell'art. 17 bis del D.L.vo 502/1992 e ss.mm.ii.

Il Dipartimento va considerato quale struttura di coordinamento per lo svolgimento di funzioni complesse.

Esso si articola al suo interno in strutture organizzative, semplici e complesse, omogenee, omologhe, affini o complementari, che perseguono finalità comuni, risultando quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale nell'ambito di un unico modello organizzativo e gestionale.

Dall'aggregazione delle suddette strutture derivano risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati. A tal fine vengono adottate regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico ed economico. Attraverso la dipartimentalizzazione è possibile operare per "processi" e condividere risorse finalizzate ad uno stesso obiettivo.

I Dipartimenti possono essere distinti in dipartimenti strutturali e dipartimenti funzionali. I Dipartimenti strutturali hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate. Tali risorse sono costituite dal personale, dalle strutture edilizie e dalle attrezzature tecnologiche e materiali ad esso afferenti. Le risorse finanziarie sono rappresentate dal budget funzionale assegnato al Dipartimento. Le somme sono suddivise per centri di costo, in ragione dei previsti "consumi" delle strutture aggregate, individuati secondo la peculiarità di ciascun Dipartimento sulla base della pianificazione e programmazione aziendale ed interventi previsti come obbligo dalla normativa vigente. Essi assumono la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con la Direzione Aziendale e con le altre strutture aziendali. La responsabilità dei dipartimenti strutturali, assegnata ad uno dei direttori delle strutture complesse di cui è composto, comporta funzioni di gestione piena e con rilevanza gerarchica della struttura.

I Dipartimenti funzionali hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico-assistenziale, favorendo l'acquisizione e il mantenimento delle competenze tecnico-professionali adeguate, definendo i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, al fine di ridurre le difformità nelle pratiche clinico-assistenziali.

I Dipartimenti funzionali coinvolgono "orizzontalmente" le strutture complesse e/o semplici che ne fanno parte ed uno tra i responsabili delle unità operative complesse è posto a capo della struttura dipartimentale con un ruolo di coordinamento. Non assumono la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con la Direzione Aziendale e con le altre strutture aziendali.

Nell'ambito dei dipartimenti si procede allo studio, applicazione e verifica dei sistemi (linee guida, protocolli, informatica etc.) per conferire la massima omogeneità alle procedure organizzative, amministrative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature. È incentivata l'individuazione e promozione di nuove attività e modelli operativi nello specifico campo di competenza.

I Dipartimenti, come sopra definiti, nello svolgimento delle funzioni proprie del loro specifico ambito di attività, si propongono di conseguire i seguenti obiettivi:

- la convergenza di competenza ed esperienza;
- l'interdisciplinarietà;
- la garanzia di continuità delle prestazioni prevenendo ridondanze di tempi e/o procedure inutili;
- l'accorpamento di attività secondo criteri di efficienza ed efficacia pratica.
- In particolare, nell'ambito delle singole competenze specifiche, rientrano nelle attività dei Dipartimenti Sanitari:
- l'utilizzazione ottimale e integrata degli spazi assistenziali e non assistenziali, del personale e delle apparecchiature;
- il coordinamento, nei Dipartimenti misti (ospedale-territorio), tra le attività ospedaliere a valenza territoriale e le attività extra ospedaliere per una integrazione dei servizi nel territorio e, in particolare, nei Distretti, le attività di coordinamento con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, al fine di realizzare l'indispensabile raccordo tra ospedale e strutture territoriali;
- la promozione di iniziative volte a umanizzare l'assistenza all'interno delle strutture dipartimentali e a migliorarne l'accessibilità;
- la valutazione e verifica della qualità dell'assistenza e delle prestazioni fornite;
- svolgere attività di ricerca e garantire l'aggiornamento e la formazione del personale, nonché attività di sensibilizzazione e educazione sanitaria nell'ambito di interesse;
- curare, direttamente o tramite gli uffici centrali e/o distrettuali competenti, gli adempimenti amministrativo-contabili;
- controllare, direttamente e/o tramite le U.O. complesse e/o semplici all'uopo deputate, l'operato di soggetti convenzionati con l'Azienda.

Il Dipartimento si relaziona, con percorsi mirati, nella gestione dell'assistenza e nella "partecipazione" nel settore della Sanità. Esso può realizzare rapporti con tutte le articolazioni organizzative dell'Azienda, finalizzati alla ottimizzazione di processi integrati o di interventi che massimizzino le occasioni di assistenza sul territorio corrispondente e tendano a garantire livelli uniformi di erogazione della stessa.

All'interno le singole strutture aggregate operano in costante sinergia per il raggiungimento degli obiettivi comuni relazionandosi con la Direzione del dipartimento.

Quest'ultima si rapporta con la Direzione Aziendale, inserendosi nei processi operativi di gestione e di controllo, i quali sono organizzati in maniera coordinata e coerente con quelli del Dipartimento.

A tal fine, il Direttore del dipartimento viene coinvolto negli stessi processi, direttamente o per mezzo dei responsabili delle interessate strutture con attività integrate.

Sono componenti del dipartimento:

- le strutture complesse;
- le strutture semplici a rilevanza strategica dipartimentale;
- le strutture semplici;
- gli incarichi professionali;
- gli incarichi funzionali (ex posizioni organizzative).

In particolare, l'azienda in attuazione delle linee guida per l'adeguamento degli atti aziendali al documento di riordino della rete ospedaliera, di cui al DA n. 1675 del 31 luglio 2019, a seguito di una accurata analisi può procedere alla rimodulazione di parte degli incarichi di struttura semplice in incarichi professionali, consentendo maggiori spazi di disponibilità alla graduazione degli stessi.

Ogni dipartimento integrerà lo schema di Regolamento di Dipartimento proposto dalla Azienda in funzione delle proprie peculiarità. La Dipartimentalizzazione delle strutture ospedaliere rappresenta un valido strumento per ottenere tre risultati notevoli:

- Una più qualificata offerta di servizi sanitari;
- Un luogo ideale di gratificazione professionale;
- Un efficace strumento di controllo gestionale.

L'organizzazione dipartimentale persegue le finalità di tutela del paziente, posto al centro dell'intervento sanitario e dell'efficienza organizzativa, attraverso modalità diverse:

- Favorendo l'efficacia e l'appropriatezza dell'intervento sanitario, l'accessibilità dell'utente ai servizi sanitari, il livello di umanizzazione ed una sempre maggiore attenzione ai bisogni globali del malato;
- Sviluppando il coordinamento delle attività cliniche, di ricerca e di formazione;
- Migliorando l'efficienza dell'organizzazione;
- Favorendo l'efficienza e l'integrazione delle attività delle unità operative;
- Promuovendo l'integrazione con gli altri livelli assistenziali e processi più razionali ed agevoli di decisione e di responsabilizzazione della dirigenza
- Valorizzazione e la responsabilizzazione in rapporto alla professionalità e competenza degli operatori;
- Efficace ed integrato impiego delle risorse;
- Predisposizione di linee guida e/o protocolli e/o percorsi assistenziali basati sulle migliori evidenze cliniche con la definizione dei livelli qualitativi e quantitativi delle prestazioni;
- Adozione del metodo di lavoro interdisciplinare, di gruppo, e del confronto professionale e della ricerca;
- Adozione di tutte le modalità organizzative che, a parità di qualità nei risultati ottenuti rispetto alla salute dell'utente, consentano una riduzione della frequenza e della durata degli accessi/degenze in ospedale del paziente.

Il modello gestionale strutturale, nell'attuale fase di progettazione presenta un importante elemento di caratterizzazione: la gestione e la contrattazione del budget da parte del capo-dipartimento che consente una gestione forte dei percorsi assistenziali e/o di produzione di servizi. Il modello gestionale funzionale appare, invece, il più adeguato alla realtà sanitaria locale e consentirà una gestione complessiva delle risorse ed il raggiungimento degli obiettivi aziendali con la compartecipazione attiva ed interessata di tutte le strutture concorrenti al dipartimento stesso.

Progettazione organizzativa dei dipartimenti aziendali

Presupposto per il funzionamento con successo di un'azienda è la capacità di "mixare" in maniera equilibrata i quattro elementi costitutivi di base, ciascuno dei quali rappresenta un vincolo ed una opportunità in fase di progettazione organizzativa:

- La struttura organizzativa, cioè l'architettura formale e informale delle unità organizzative e delle posizioni di responsabilità di cui si compone l'azienda;
- I meccanismi operativi, cioè l'insieme dei processi e strumenti che facilitano le relazioni organizzative (programmazione pianificazione, remunerazione, carriera, etc.);
- Le persone, in termini di qualità e capacità professionali e gestionali;
- La cultura organizzativa, intesa come orientamento prevalente a specifici comportamenti ritenuti importanti dell'organizzazione o di sottogruppi di persone in essa operanti.

L'Azienda alla luce delle considerazioni superiori individua i seguenti dipartimenti:

A) Dipartimenti dell'Area territoriale:

- Dipartimento di Prevenzione (DP), strutturale;
- Dipartimento di Prevenzione Veterinaria (DPV), strutturale;
- Dipartimento di Salute Mentale (DSM), strutturale;
- Dipartimento delle Cure Primarie (DCP), funzionale.

B) Dipartimenti funzionali Ospedalieri

- Dipartimento di Medicina;
- Dipartimento Materno Infantile;
- Dipartimento dell'Emergenza (DEA);
- Dipartimento di Chirurgia;
- Dipartimento Cardio-Neuro-Vascolare;
- Dipartimento dei Servizi;
- Dipartimento Oncologico.
- Dipartimento Geriatrico Riabilitativo

C) Dipartimento funzionale Amministrativo

- Dipartimento Amministrativo (Area Amministrativa).

Funzioni e Responsabilità del Direttore di Dipartimento

Ha un incarico triennale, rinnovabile (previa verifica positiva dei risultati conseguiti) dal Direttore Generale, esclusivamente tra i Dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa tra quelle aggregate nel dipartimento (ai sensi dell'art. 17 bis del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.). Il Direttore del Dipartimento funzionale rimane titolare della U.O.C. cui è preposto. È componente di diritto del Collegio di Direzione.

Assicura la gestione integrata delle risorse assegnate per garantire la produzione e l'erogazione delle prestazioni e dei servizi regolati in forma dipartimentale, organizzando operativamente le professionalità e le articolazioni che concorrono allo sviluppo dei processi erogativi.

È responsabile dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate, e del perseguimento e raggiungimento degli obiettivi aziendali e degli obiettivi quali - quantitativi collegialmente definiti e negoziati col vertice strategico aziendale in sede di processo di budgeting. Ne risponde alla Direzione Aziendale.

Il Direttore del Dipartimento Strutturale:

- predispone la proposta del piano annuale di attività, correlandolo all'utilizzo delle risorse disponibili per la successiva negoziazione;
- negozia con la direzione Aziendale risorse ed obiettivi. A sua volta negozia tali obiettivi con le strutture complesse o semplici, a valenza dipartimentale, che ne fanno parte;
- ha la funzione di gestione del Dipartimento e di responsabilità delle risorse umane, tecniche, finanziarie, nonché, quella di indirizzo generale e coordinamento delle attività. L'incarico comporta funzioni di gestione piena e con rilevanza gerarchica sulle strutture.

Il Direttore del Dipartimento Funzionale:

- gode di autonomia organizzativa ed operativa nei limiti delle risorse e degli obiettivi assegnati dal Direttore Generale;
- partecipa alla negoziazione del budget delle strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale afferenti al Dipartimento;
- assicura l'integrazione delle attività del dipartimento con i distretti, con gli altri dipartimenti e le altre strutture dell'Azienda;
- gestisce il funzionamento del dipartimento, attuando i modelli proposti dal Comitato di Dipartimento;
- promuove le verifiche periodiche sulla qualità, secondo il modello prescelto dal Comitato del Dipartimento;
- controlla l'aderenza dei comportamenti agli indirizzi generali definiti dal Comitato del Dipartimento;
- nell'ambito dell'assistenza sanitaria, della gestione del personale, dei piani di ricerca, di studio e di didattica;
- rappresenta il Dipartimento nei rapporti con la Direzione Aziendale, con gli altri dipartimenti e con i distretti Ospedalieri;
- definisce i modelli di coordinamento fra le singole strutture in cui si articola il dipartimento;
- promuove e coordina l'organizzazione della didattica interna;
- favorisce il razionale, unitario e flessibile uso delle risorse umane e tecnologiche allocate nel Dipartimento;
- predispone, a cadenza annuale, una relazione su attività svolta e risultati conseguiti;
- Modalità organizzative sono previste dai rispettivi Regolamenti approvati dalla Direzione Generale.

Legenda:
 UOC
 UOSD
 UOS

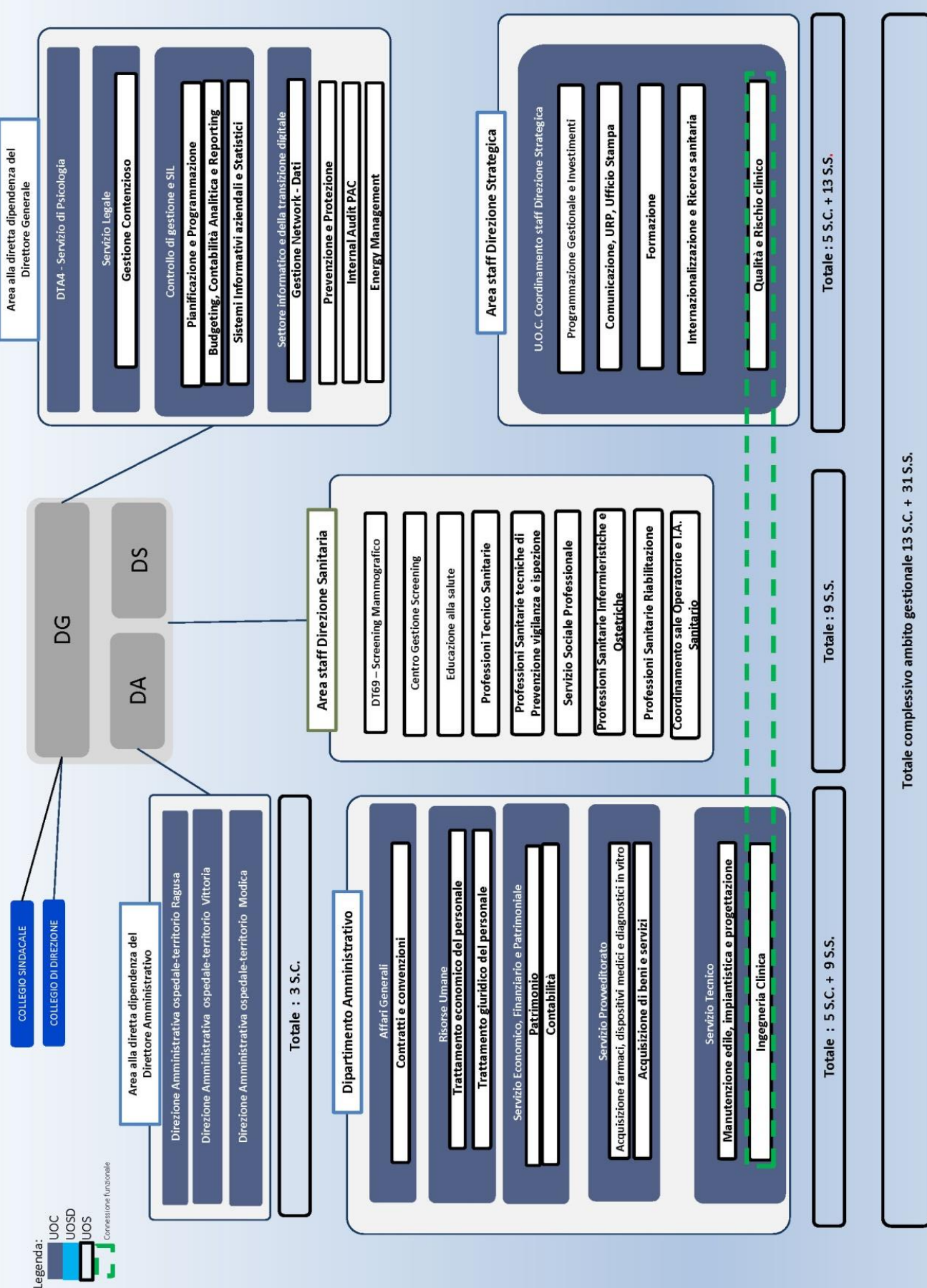
DEA I livello Ragusa

DEA I livello Vittoria - Comiso

DEA I livello Modica - Scicli

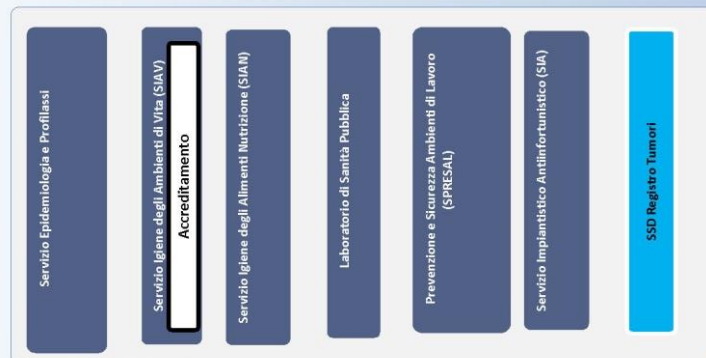
DIP. di MEDICINA	GX 21 - Direzione Sanitaria /di presidio	GX 21 - Direzione Sanitaria /di presidio - OMIPA	GX 21 - Direzione Sanitaria/di presidio - Comiso	GX 21 - Direzione Sanitaria/di presidio - Scicli
	Cod. 26 - Medicina Generale Ragusa Cod. 29 - Nefrologia Ragusa Cod. 24 - Malattie infettive Ragusa	Cod. 26 - SSD Diabetologia DT 38 - SSD Gastroenterologia	Cod. 26 - Medicina Generale - Vittoria Cod. 26 - Medicina Generale - Comiso - indirizzo epatologico	Cod. 26 - Medicina Generale Modica DT 68 - Pneumologia Cod. 26 - Medicina Generale Scicli Cod. 71 - Reumatologia
DIP. Oncologico	Cod. 64 Oncologia DT 70 - Radioterapia DT 61 - Medicina Nucleare	Cod. 09 - SSD Chirurgia senologica DT 03 - Anatomia ed istologia patologica	DT 03 - Anatomia ed istologia patologica Vittoria	DT 03 - Anatomia ed istologia patologica Modica
	Cod. 50 - Unità Coronarica DT A2 - Emodinamica Cod. 08 - Cardiologia	Cod. 32 - Neurologia Ragusa	Cod. 32 - Neurologia Vittoria Cod. 32 - Stroke Unit	Cod. 32 - Neurologia Modica
DIP. Cardio-Neuro-Vascolare	Cod. 39 - Pediatria Ragusa Cod. 37 - Ostetricia e Ginecologia Ragusa	Cod. 62 Neonatologia Cod. 73 Terapia Intensiva Neonatale SSD Coordinamento Consultori	Cod. 08 - Cardiologia Vittoria Cod. 50 - Unità Coronarica Vittoria Cod. 14 - SSD Chirurgia Vascolare	Cod. 08 - Cardiologia Modica Cod. 50 - Unità Coronarica Modica
	Cod. 51 - Astanteria Ragusa	Cod. 49 - Terapia Intensiva Ragusa Cod. 82 - Terapia del dolore Ragusa	Cod. 49 - Terapia Intensiva Vittoria Cod. 82 - Terapia del dolore Vittoria SX 01 - Servizio di Anestesia Comiso	Cod. 49 - Terapia Intensiva Modica SX 01 - Servizio di Anestesia - terapia del dolore
DIP. CHIRURGIA	Cod. 09 - Chirurgia Generale Ragusa Cod. 36 - Ortopedia e traumatologia Cod. 38 - Otorinolaringoiatria	Cod. 43 - Urologia Ragusa Cod. 34 - Oculistica Ragusa	Cod. 09 - Chirurgia Generale Vittoria Cod. 09 - Chirurgia Generale Comiso Cod. 43 - Urologia low care Comiso	Cod. 09 - Chirurgia Generale Modica Cod. 09 - Chirurgia Generale Scicli Cod. 36 - SSD Ortopedia e traumatologia Modica
	DTA1 - Centro Trasfusionale DTA1 - SSD Thalassemia Cod. 18 - SSD Ematologia DTA3 - Laboratorio di Analisi Ragusa Genetica Medica	SX 11 - Servizio di Farmacia SX 04 - Servizio di Fisica Sanitaria DT69 - Radiologia Ragusa DT69 - Diagnostica urgenza	DT69 - Radiologia Vittoria DTA3 - Laboratorio di Analisi Vittoria DTA1 - Centro Trasfusionale Vittoria	DTA3 - Laboratorio di Analisi Modica DT69 - Radiologia Modica DTA1 - Centro Trasfusionale Modica
DIP. Geriatrico Riabilitativo	Cod. 36 - SSD Recupero e riabilitazione funzionale Ragusa	Cod. 21 - Geriatria Ragusa	Cod. 56 - Recupero e Riabilitazione funzionale Comiso Cod. 21 - Geriatria Comiso	Cod. 56 - Recupero e Riabilitazione funzionale Scicli Cod. 21 - Geriatria Modica
	Totale : S.C. 20 + S.S.D. 8 + S.S. 12	Totale : S.C. 13 + SSD 1 + S.S. 13	Totale : S.C. 11 + S.S.D. 3 + S.S. 14	Totale : S.C. 11 + S.S.D. 3 + S.S. 14
TOTALE complessivo ospedali: S.C. 44 + S.S.D. 12 + SS. 39				

Area Gestionale Amministrativa



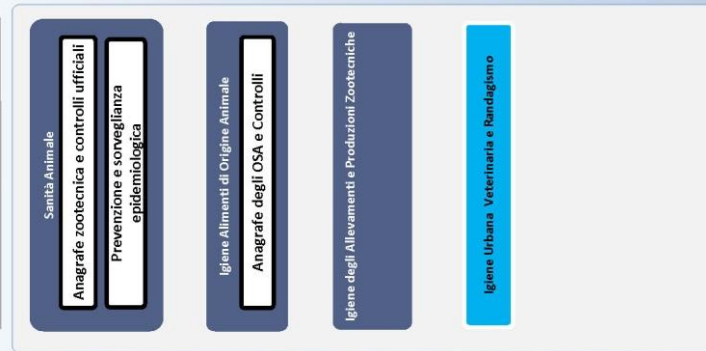


Dipartimento di Prevenzione



Totale DPM: S.C. 6 + S.S. 1 + SSD 1

Dipartimento di Prevenzione Veterinaria



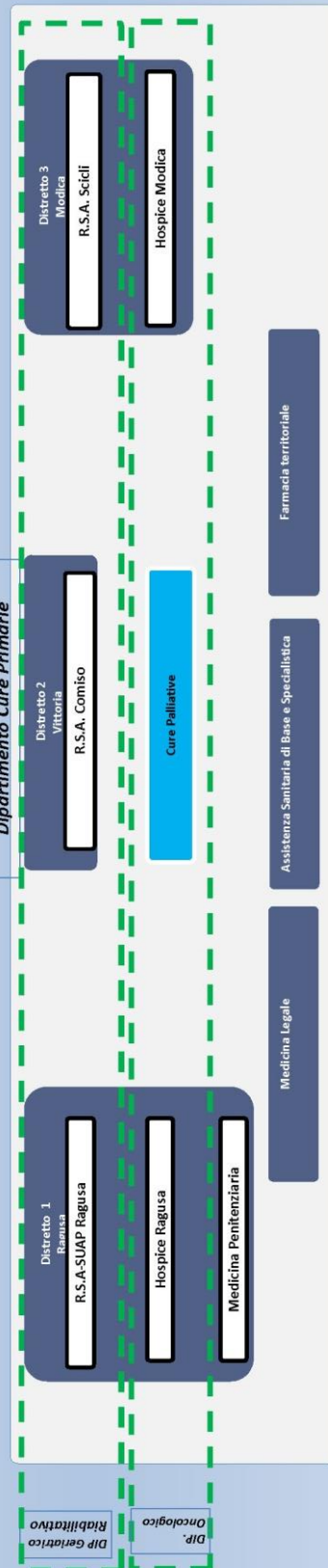
Totale DPV: S.C. 3 + S.S. 3 + S.S.D. 1

Dipartimento Salute Mentale



Totale DSM: S.C. 4 + S.S. 2

Dipartimento Cure Primarie



Totale DCP: S.C. 6+ 6 SS + S.S.D. 1

Totale: S.C. 19 + 3 SSD+ 12 SS

3.a.1 Le Risorse Umane

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

In questa ottica, l'unità operativa Risorse Umane svolge attività di supporto alla Direzione Aziendale per le strategie di sviluppo organizzativo e per le politiche del personale. Lavora nell'ottica dell'ottimizzazione dell'organizzazione del lavoro e verifica appropriatezza dell'uso delle risorse umane. Assicura gli adempimenti relativi all'amministrazione del personale dipendente per quanto concerne il trattamento giuridico – amministrativo.

Nel quadro delle politiche gestionali e di programmazione degli interventi su più versanti che, pur nella limitatezza delle risorse, garantiscano un miglioramento delle linee di produzione, il servizio mette in opera interventi quali ad esempio:

- adoperarsi per quanto possibile per ottenere una fidelizzazione del personale attraverso la creazione di rapporti di lavoro a tempo indeterminato, appena le normative ed il contesto socio-sanitario lo permetteranno;
- curare ed aggiornare l'archivio dei fascicoli personali e di ogni atto inerente alla gestione del personale;
- provvedere agli adempimenti giuridici relativi alla gestione del personale che opera con contratti di subordinazione o con contratti flessibili e di non dipendenza (assimilato).
- gestire le applicazioni contrattuali;
- curare la gestione del sistema rilevazione presenze – assenze;
- supportare gli altri servizi nella definizione del fabbisogno di personale e nel programmarne l'acquisizione e gestire la dotazione organica del personale.
- analizzare e rivisitare le mansioni effettivamente svolte dalle diverse figure professionali cercando di recuperare per ciascuno dei dipendenti i massimi livelli di operatività relativamente alle competenze possedute;
- assistere i servizi nell'applicazione delle procedure di valutazione permanente del personale del comparto;
- supportare il Collegio Tecnico nella valutazione del personale dirigente e predisporre gli atti conseguenti all'attribuzione degli incarichi e la relativa graduazione.
- curare le relazioni sindacali e la gestione dei rapporti con le organizzazioni sindacali, in stretto contatto con la Direzione Aziendale; adottare di ogni atto in materia di personale di afferenza sindacale (permessi, lavoro straordinario, verifica fondi contrattuali, posizioni organizzative, ecc.). Supportare la redazione e l'applicazione dei contratti integrativi aziendali.
- promuovere la conoscenza degli obiettivi aziendali allo scopo di ottenere la piena e reale condivisione di tutti gli addetti al loro raggiungimento;
- promuovere la cultura del riconoscimento, anche tangibile ed ove possibile economico, delle diverse professionalità anche all'interno di ruoli omogenei;
- promuovere il contributo creativo dei dipendenti con responsabilità gestionali nei percorsi di riorganizzazione assistenziale e gestionale, ad esempio valorizzando figure quali quelle dei nuovi Coordinatori, nominati in conseguenza della definizione delle procedure di affidamento degli incarichi;
- analizzare il ruolo e le attività ricoperti da personale di supporto (vedi i vari profili di operatore tecnico) definendo la opportunità di affidare all'esterno alcune specifiche attività (manutenzioni, pulizie, lavanolo, etc.)
- monitorare e governare il problema delle "inidoneità" e dei permessi per assistenza a invalidi (c.d. "Legge 104"), che mina progressivamente la dotazione di risorse umane, limitandone la operatività;
- programmare per tempo le sostituzioni indispensabili;
- individuare le varie priorità di reclutamento dei Direttori di Struttura complessa che hanno cessato la loro attività.

Le tabelle 20, 21, 22 e 23 rappresentano la distribuzione del personale per area e per i diversi ruoli al 31.12.2021, considerando il personale di ruolo e no.

Tabella 27 Distribuzione del personale per area e per i diversi ruoli al 31.12.2019 (personale di ruolo e non) retribuzioni medie dati inseriti nella rilevazione ISTAT 2019

TOTALE DIPENDENTI	4026
dipendenti a tempo indeterminato	3065
dipendenti a tempo determinato	763
dipendenti in comando in entrata t.d.	5
contrattisti asu e lsu t.d	144
contratti ex art. 15 octies t.d	21
personale convenzionato t.d	8
altro personale t.d	20
% dipendenti a tempo indeterminato	76,1%
% dipendenti a tempo determinato	23,8%
dipendenti comparto	3226
dipendenti dirigenza ruolo sanitario	1914
dipendenti dirigenza ruolo tecnico	824
dipendenti dirigenza ruolo professionale	9
dipendenti dirigenza ruolo amministrativo	479
età media dipendenti comparto	50,81
età media dipendenti di genere maschile comparto	50,67
età media dipendenti di genere femminile comparto	50,89
dipendenti dirigenza	800
dipendenti dirigenza ruolo sanitario area medica	651
dipendenti dirigenza ruolo sanitario area non medica	114
dipendenti dirigenza ruolo tecnico	7
dipendenti dirigenza ruolo professionale	8
dipendenti dirigenza ruolo amministrativo	20
età media dipendenti dirigenza	51,26

età media dipendenti di genere maschile dirigenza	53,44
età media dipendenti di genere femminile dirigenza	48,51

Tabella 28 Analisi di genere

dipendenti di genere maschile	1636
dipendenti di genere femminile	2390
percentuale dipendenti di genere maschile	40,6 %
percentuale dipendenti di genere femminile	59,3 %
età media dipendenti	50,9 %
età media dipendenti di genere maschile	51,4 %
età media dipendenti di genere femminile	50,5 %

Tabella 29 Fascia di Età Donne a Tempo indeterminato e determinato

DIPENDENTI DI GENERE FEMMINILE	
FASCIA ETA'	N°DIPENDENTI
20-24	19
25-29	121
30-34	132
34-39	207
40-44	137
45-49	340
50-54	436
55-59	489
60-64	416
65-70	93
TOTALE	2390
ETA' MEDIA	50,52%

Tabella 30 Fascia di età Uomini a tempo indeterminato e determinato

DIPENDENTI DI GENERE MASCHILE

FASCIA ETA'	N°DIPENDENTI
20-24	11
25-29	53
30-34	87
34-39	128
40-44	130
45-49	227
50-54	299
55-59	281
60-64	317
65-70	103
TOTALE	1636
ETA' MEDIA	51.43%

3.a.2 Parità di genere

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

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

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

Il progetto formativo è stato previsto in tre edizioni per garantire ai dipendenti di partecipare e per essere maggiormente accessibile si è pensato di proporlo in tre sedi differenti, una per ciascun Distretto. Si sono presi contatti con la consiglieria di parità provinciale e con C.U.G. di vari enti, tra cui quello della Regione Siciliana. Purtroppo, nel 2020 l'esecuzione del progetto è stata sospesa a causa della pandemia.

Nel luglio 2020, considerato che il CUG quale unico organismo, deve avere composizione paritetica e quindi deve essere costituito da componenti designati dalle OO.SS maggiormente rappresentative e da un identico numero di dipendenti rappresentanti dell'Amministrazione, in modo da assicurare nel complesso la presenza paritaria di entrambi i generi, l'Azienda ha pubblicato nuovo avviso di selezione per il personale dipendente con contratto a tempo indeterminato ed ha inviato una comunicazione a tutte le OO.SS. con la quale viene richiesto di comunicare i nominativi relativi alle tre aree contrattuali dei componenti titolari e supplenti designati. Ad oggi sono pervenute le risposte della OO.SS e pertanto è previsto che nel breve periodo verrà nominato con Delibera Aziendale il C.U.G. per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, affidando tutte le competenze assegnate ai preesistenti comitati per le pari opportunità e comitato paritetico sul fenomeno mobbing, ad un unico organismo che non va duplicato per aree funzionali e dirigenza.

Inoltre, L'Azienda ha adottato il Regolamento avente ad oggetto "Criteri per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa per la dirigenza medica- veterinaria -sanitaria", in cui all'art.6 punto 7 è espressamente previsto il rispetto della normativa sulla parità di genere "...nella composizione della Commissione di Valutazione si applicano altresì, per quanto compatibili, le disposizioni di cui all'art. 57, comma 1 punto a), del d.lgs. n. 165/2001, al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne".

Nella tabella sottostante vengono indicati i dati riguardanti il genere femminile fra i dipendenti aziendali.

Tabella 31 Analisi di genere

ANALISI DI GENERE	NUMERO	%	
% dirigenti donne con incarichi s.c.	5	11,90%	<i>su totale di 42 direttori s.c.</i>
% dirigenti donne con incarichi s.s.	3	16,67%	<i>su totale di 18 direttori s.s.</i>
num. dipendenti donna	2180	57,95%	
età media dipendenti donna	51,61%		
% dip. donne laureate rispetto tot. dipendenti	584	15,52%	

Tabella 32 Fascia di Età Donne a Tempo indeterminato e determinato

DIPENDENTI DI GENERE FEMMINILE	
FASCIA ETA'	N°DIPENDENTI
20-24	19
25-29	121
30-34	132
34-39	207
40-44	137
45-49	340
50-54	436
55-59	489
60-64	416
65-70	93
TOTALE	2390
ETA' MEDIA	50,52%

Tabella 33 Fascia di età Dirigenti donne a tempo indeterminato e determinato

FASCIA DI ETA' DIRIGENTI DONNA A TEMPO DETERMINATO E INDETERMINATO

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

3.b Sottosezione di programmazione Organizzazione del lavoro agile

A causa dell'emergenza sanitaria causata al COVID-19 le pubbliche amministrazioni sono state costrette a fare ricorso al lavoro agile quale modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, nonché come una delle misure più efficaci per contrastare la situazione epidemica.

Il lavoro agile nelle PP.AA. prende avvio dalla Legge nr.124 del 7.8.2015, che all'art.14 "Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche" stabilisce che "le amministrazioni... adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 10% dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera".

La successiva Legge nr. 81 del 22.5.2017 "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi di lavoro subordinato" disciplina il lavoro agile prevedendone l'applicazione anche al pubblico impiego e sottolineando la flessibilità organizzativa, la volontarietà delle parti che sottoscrivono l'accordo individuale e l'utilizzo di strumentazioni che consentano il lavoro da remoto, consentendo altresì di poter lavorare "in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva".

Con DPCM del 9 dicembre 2020 sono state adottate "Le linee guida sul Piano organizzativo del lavoro agile e indicatori di performance" al fine di supportare le amministrazioni nel passaggio della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria, in linea con quanto richiesto dall'art.14 della legge 7.8.2015 n.124, come modificato dall'art.263 comma 4-bis del DL n.34 del 19.05.2020 (decreto rilancio).

Se quindi nella prima fase (art.14 della legge 7.8.2015 n.124) il lavoro agile era considerato quale modalità finalizzata a conciliare i tempi di vita e di lavoro nella PA, con la previsione del raggiungimento di una percentuale del 10% entro 3 anni, con il decreto legge n.34/2020, il lavoro agile diventa una modalità ordinaria di organizzazione del lavoro nella PA.

Il P.O.L.A. rappresenta una nuova filosofia manageriale fondata sulla restituzione alle persone di flessibilità ed autonomia nella scelta degli spazi, degli orari e degli strumenti da utilizzare a fronte di una responsabilizzazione sui risultati.

Partendo dalla definizione di lavoro agile quale "modello di organizzazione del lavoro che si basa sulla maggiore autonomia del lavoratore che, sfruttando appieno le opportunità della tecnologia, ridefinisce orari, luoghi e in parte strumenti della professione", il POLA si colloca quale strumento di programmazione del lavoro agile, ovvero delle sue modalità di attuazione e sviluppo e non già di programmazione degli obiettivi delle strutture e degli individui in lavoro agile.

Obiettivi del lavoro agile:

- Autonomia e responsabilità del dipendente e orientamento al risultato;
- Rafforzare la cultura della misurazione e valutazione della performance;
- Valorizzare le competenze del personale, migliorare il benessere organizzativo, agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- Promuovere l'inclusione lavorativa dei dipendenti in situazione di fragilità;
- Promuovere la diffusione delle tecnologie digitali
- Ottenere un miglioramento in termini di efficacia ed efficienza dei servizi resi alla collettività.

Livello iniziale

Nel mese di aprile 2020 l'ASP di Ragusa ha emanato la nota prot. U- 0001643 del 2.4.2020 e successive, per dettagliare la disciplina semplificata applicabile, esclusivamente in fase emergenziale, ai lavoratori che hanno avuto accesso allo smart working ai fini della regolamentazione per l'attivazione temporanea ed eccezionale del lavoro agile in occasione dell'emergenza legata al COVID-19.

Modalità attuative

Il DPCM 12/2020 prevede che almeno il 60% dei dipendenti che svolgono attività lavorative che possono essere svolte da remoto, posso fare ricorso al lavoro agile.

Ai sensi del suddetto decreto l'ASP procederà ad una progressiva e graduale applicazione del P.O.L.A. attraverso l'elaborazione di un programma di sviluppo nell'arco temporale di tre anni, articolato in tre fasi:

- fase di avvio
- fase di sviluppo intermedio
- fase di sviluppo avanzato

3.b.1 Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

I dirigenti quali promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi sono chiamati a:

- adottare uno stile manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare gli altri per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per risultati
- individuare le attività che possono essere svolte con la modalità del lavoro agile, definendo per ciascuna lavoratrice o ciascun lavoratore le priorità e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione
- individuare il personale da avviare in modalità di lavoro agile anche alla luce della condotta complessiva dello stesso
- promuovere i percorsi formativi ed informativi che non escludano i lavoratori dal contesto lavorativo, dai processi innovativi e dalle opportunità professionali
- operare un costante monitoraggio in itinere ed ex -post, riconoscendo maggiore fiducia al lavoratore ma focalizzando l'attenzione sul raggiungimento degli obiettivi assegnati e sulla verifica del riflesso sull'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa.

Ruolo di coordinamento del processo è svolto dalla UOC Risorse umane.

L'ASP potrà avvalersi della collaborazione di:

- Comitato consultivo e Comitato unico di garanzia (per politiche di conciliazione tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo)
- Organismo indipendente di valutazione OIV (valuta la performance organizzativa, verifica che la definizione degli indicatori sia il risultato di un confronto tra i decisori apicali e tutti i soggetti coinvolti nel processo e fornisce indicazioni sull'adeguatezza metodologia degli indicatori).

3.b.2 Programma di sviluppo del lavoro agile: fattori abilitanti

L'ASP ha tenuto in considerazione il suo “stato di salute” al fine di individuare quegli elementi critici che possono ostacolare l'implementazione del lavoro agile e quali fattori invece possono favorirne il successo.

In particolare sono state tenute in considerazione:

- mappatura dei processi e delle attività che possono essere svolte in modalità di lavoro agile,
- analisi dell'organizzazione reale del lavoro, ad esempio in termini di consuetudini, agli orari e ai ritmi di lavoro (nell'ambito della specifica disciplina interna), presenza di gruppi formali o informali, attività che abbiano o meno contenuto specificamente intellettuale, attività che richiedano condivisione/collaborazione tra più soggetti, spazio fisico più idoneo a svolgere determinate attività, ecc.
- attenzione all'analisi del benessere organizzativo per comprendere l'impatto che l'introduzione del lavoro agile può avere sulle dinamiche relazionali, sia verticali che orizzontali, tra i membri dell'amministrazione;
- verificare la possibilità di creare spazi di lavoro condivisi, nella logica della diffusione del cosiddetto "desk sharing";
- analisi delle competenze direzionali (capacità di programmazione, coordinamento, misurazione e valutazione, attitudine verso l'innovazione e l'uso delle tecnologie digitali)
- analisi e mappatura del personale e rilevazione dei relativi bisogni formativi

- presenza di competenze organizzative (capacità di lavorare per obiettivi, per progetti, per processi, capacità di autorganizzarsi) e competenze digitali (capacità di utilizzare le tecnologie)

Si è altresì tenuto conto della possibilità di accesso ai dati e agli applicativi da parte dell'utente presso qualunque postazione di lavoro, anche se dislocata presso una sede diversa da quella consueta di lavoro, purché all'interno della rete organizzativa, attraverso:

- profilazione degli utenti, con gestione dei ruoli e delle abilitazioni;
- tracciatura degli accessi ai sistemi e agli applicativi;
- disponibilità di documenti in formato digitale grazie a software applicativi di protocollo.

Si è infine considerata la possibilità di costi, investimenti e relativa copertura economica e finanziaria necessaria a sostenere i piani di sviluppo, quali ad esempio:

- delle risorse umane (formazione delle competenze direzionali, organizzative e digitali)
- investimenti in hardware e infrastrutture digitali
- investimenti in digitalizzazione di procedure amministrative e di processi, di modalità di erogazione dei servizi
- sviluppo delle tecnologie informatiche, dei sistemi informativi e delle dotazioni individuali • Formazione del personale.

Di seguito si riporta il numero di dipendenti in smart working sia dirigenza che comparto negli anni 2020-2021:

- anno 2020 per il comparto n.338 unità e per la dirigenza n.75 unità;
- anno 2021 per il comparto n.203 unità e per la dirigenza n.50 unità.

3.b.3 Collegamento al sistema di misurazione e valutazione della performance

Il P.O.L.A. costituisce una sezione specifica del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione dell'Azienda (P.I.A.O.) e ha evidenti collegamenti con il Piano della Performance dedicato ai processi di innovazione amministrativa. Nell'ambito degli obiettivi dell'amministrazione sopra individuati, l'organizzazione del lavoro agile diventa un obiettivo specifico della performance organizzativa complessiva.

Pertanto il P.I.A.O. contiene specifici obiettivi legati alla revisione dei modelli organizzativi del lavoro, con specifici indicatori e target di breve, medio e lungo periodo.

Il P.I.A.O. rappresenta l'insieme dei risultati attesi relativi a funzionamento, politiche di settore, progetti strategici e di miglioramento organizzativo espressi in termini quantitativi con indicatori e target basati sullo stato delle risorse effettivamente a disposizione o acquisibili riferiti all'impatto sulla società al fine di creare valore pubblico.

Al suo interno il P.O.L.A. «definisce 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'implementazione del lavoro agile costituisce, per ciascuna amministrazione, un obiettivo di performance, dandosi che il lavoro agile concorre al miglioramento della performance individuale e di quella organizzativa, e quindi al miglioramento dei servizi erogati; i dirigenti sono valutati in relazione ai risultati colti relativamente sia alla introduzione e alla gestione del lavoro agile, sia a quelli realizzati attraverso il lavoro agile.

All'interno del P.I.A.O. sono individuati appositi indicatori del lavoro agile riferiti a diverse dimensioni di performance:

- indicatori relativi alle condizioni abilitanti, finalizzati ad analizzare lo stato di salute dell'Amministrazione al fine di individuare eventuali elementi critici che possano ostacolare l'implementazione del lavoro agile, nonché gli eventuali fattori abilitanti che ne possano favorire l'implementazione;

- indicatori relativi allo stato di implementazione del lavoro agile, utili a monitorare le tre fasi e gli esiti dei progetti finalizzati all'introduzione del lavoro agile nell'organizzazione e successivamente a valutarne il livello di utilizzo raggiunto;
- indicatori relativi alla performance organizzativa, utili a misurare e valutare il potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento dell'obiettivo;
- indicatori relativi all'impatto all'esterno e all'interno del lavoro agile.

Pertanto il P.O.L.A. quale sezione del P.I.A.O. sarà oggetto di aggiornamento secondo una logica di scorrimento programmatico a seguito delle verifiche sul suo stato di sviluppo.

3.b.4 Sintesi delle disposizioni del P.O.L.A.

Destinatari

La modalità di lavoro agile è in generale autorizzabile solo se:

- è possibile delocalizzare le attività assegnate, senza che sia necessaria la presenza fisica del lavoratore nella sede di lavoro;
- è possibile utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- è possibile organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi prefissati ed in piena autonomia;
- è possibile monitorare e valutare i risultati delle attività assegnate al lavoratore, che opera in condizioni di autonomia, rispetto agli obiettivi programmati;
- è compatibile con le esigenze di servizio della propria struttura.

Ai fini dell'applicazione della presente regolamentazione, nell'attivazione del lavoro agile dovranno essere privilegiati:

- i lavoratori fragili o disabili;
- i lavoratori su cui grava la cura di figli minori o di soggetti portatori di disabilità;
- i lavoratori residenti a notevole distanza dalla sede di lavoro.

Resta sottinteso che, ai fini di scelta e conseguente rilascio di autorizzazione, i Dirigenti di struttura dovranno privilegiare l'accesso al lavoro agile dei lavoratori le cui condizioni hanno prioritaria tutela.

Il lavoro agile potrà essere richiesto ed autorizzato in modalità flessibile e, quindi, non necessariamente a tempo pieno per l'intero orario di lavoro, ma anche soltanto per alcune ore nel corso della giornata lavorativa, così come soltanto per alcuni giorni la settimana (orario parziale orizzontale o verticale), di volta in volta modificabili, in accordo con il responsabile.

Modalità per richiesta di accesso al lavoro agile

Il lavoratore dovrà presentare richiesta di autorizzazione mediante compilazione del modello allegato al Piano indirizzata al proprio Dirigente di struttura, previa condivisione con quest'ultimo. In detta richiesta dovranno essere indicate le modalità di svolgimento del lavoro agile, sulla base delle disponibilità tecnologiche proprie, (PC, telefono, linea ADSL, ecc. con oneri a carico del lavoratore), potendo questa ASP assicurare l'utilizzo degli applicativi aziendali unicamente qualora il lavoratore garantisca, con attrezzature proprie, il dovuto collegamento internet.

Il Dirigente di struttura dovrà trasmettere l'elenco degli autorizzati al lavoro agile, unitamente alla rilasciata autorizzazione, all'UOC Risorse Umane.

Al lavoratore ammesso al lavoro agile dovrà essere consegnata copia dell'informativa, di cui all'art. 22, comma 1, del decreto legislativo n.81/2008 e s.m.i. allegata al Piano. Il Dirigente di struttura dovrà acquisire attestazione di ricezione, da parte del lavoratore, di detta informativa.

Modalità operative

Il lavoro agile sarà autorizzato per il periodo espressamente indicato. Al fine di garantire un'efficace interazione

con la struttura di appartenenza ed un ottimale svolgimento della prestazione lavorativa, il lavoratore ammesso al lavoro agile è tenuto ad essere a completa disposizione dell'Amministrazione durante l'orario di lavoro svolto a casa a mezzo telefono, il cui numero deve essere comunicato dall'interessato.

L'apparecchio telefonico dovrà rimanere libero al fine di consentire i contatti di cui sopra.

Strumentazione consentita

È consentito il lavoro agile ai possessori di PC, dotati di antivirus, da connettere con gli applicativi aziendali normalmente utilizzati dai lavoratori interessati ai fini di svolgimento di attività istituzionale e disponibilità di connessione internet propria (es. ADSL, Hotspot da Smartphone).

Si precisa per consentire di operare direttamente sulla propria postazione lavorativa nonché per utilizzare alcuni specifici applicativi aziendali dovrà essere contattata l'U.O.C. Servizio Informatico, che fornirà specifica abilitazione.

Sede di lavoro

Il lavoro agile dovrà essere svolto presso la residenza o il domicilio del lavoratore che siano stati ritualmente comunicati all'ASP datore di lavoro per mezzo della UOC Risorse Umane. Potrà anche essere svolto in movimento secondo quanto meglio indicato nel Piano.

Diritti e obblighi

La prestazione lavorativa resa attraverso la modalità del lavoro agile è considerata, a tutti gli effetti, prestazione di lavoro ordinario. Dovrà essere garantito il contatto col pubblico esterno negli stessi orari già previsti in ordinario attraverso deviazione di chiamata da fisso aziendale a cellulare aziendale o, se non in dotazione quest'ultimo, ad utenza privata. In alternativa dovrà essere garantita comunicazione a mezzo mail con riscontro in giornata, salvo particolari difficoltà operative preventivamente segnalate.

Durante il periodo di ammissione al lavoro agile non verranno autorizzate prestazioni di lavoro straordinario né si ha diritto a buono pasto.

Durante la prestazione di lavoro agile, il lavoratore dovrà osservare il profilo orario al medesimo attribuito.

Il Dirigente di struttura individuerà ed assegnerà al lavoratore le attività da svolgere e gli obiettivi da conseguire nel periodo in cui verrà autorizzato il lavoro agile.

Tutti i lavoratori che venissero ammessi al lavoro agile saranno tenuti al rientro presso la consueta sede di lavoro qualora ciò si rendesse necessario e fosse richiesto, anche per le vie brevi, dal Dirigente di struttura.

Obblighi di custodia e di riservatezza

Il lavoratore è tenuto a custodire con diligenza la documentazione, i dati e tutte le informazioni maneggiate in sede di lavoro agile. Inoltre, il lavoratore è tenuto all'osservanza di tutte le vigenti disposizioni in tema di riservatezza e trattamento dei dati personali. La mancata osservanza delle richiamate disposizioni integra violazione dei doveri e degli obblighi posti a carico del pubblico dipendente e può generare accertamento di responsabilità disciplinare, da condursi ai sensi di legge. Il lavoratore è tenuto a dare tempestiva informazione al Dirigente di struttura in ipotesi di rinvenute intrusioni all'interno della postazione di lavoro presso la propria residenza, provenienti da fonti non identificate o identificabili. Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Ai fini di prestazione di lavoro agile, il lavoratore è tenuto ad osservare l'informativa resa ai sensi dell'art. 22, comma 1, del decreto legislativo n.81/2008 e s.m.i., consegnata all'interessato.

Copertura assicurativa

Nell'esecuzione di lavoro agile, l'ASP garantisce ai lavoratori ammessi a tale modalità ogni dovuta copertura assicurativa e infortunistica, al pari di quanto viene ai medesimi garantito in sede di prestazione resa presso l'ordinaria sede di lavoro.

3.c Sottosezione di programmazione Piano triennale dei fabbisogni di personale

La definizione della nuova dotazione organica dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa ha costituito un momento conclusivo di un complesso iter procedurale condotto nell'osservanza di criteri, parametri e metodologie di cui alle vigenti disposizioni normative di settore ed agli indirizzi di politica sanitaria regionale e nella consapevolezza degli obiettivi di finanza pubblica fissati per gli enti del servizio sanitario.

La predisposizione dell'atto in questione, pertanto, ha tenuto conto delle linee di indirizzo regionali per la rideterminazione dei piani di fabbisogno e delle dotazioni organiche, approvate con il D.A. n. 2201/2019, notificato con nota prot. n. 78561 del 10/12/19.

La riorganizzazione della nuova dotazione organica aziendale, e del coerente Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale, è stata, pertanto, preordinata al conseguimento di una maggiore efficienza organizzativa dei servizi sanitari erogati, perseguendo l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera, il consolidamento e miglioramento dell'area territoriale e l'organizzazione delle strutture operative.

I criteri e parametri applicati nel processo di rideterminazione sono stati, come detto, quelli all'uopo definiti nelle linee di indirizzo regionali per la rideterminazione delle dotazioni organiche di cui al citato D.A. n. 2201/2019, considerati quali valori tendenziali di riferimento, previa verifica della compatibilità con il tetto di spesa ammissibile.

In buona sostanza, nell'ambito dell'applicazione dei parametri di massima, è stato considerato l'effettivo fabbisogno di personale necessario per l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, efficacia ed efficienza, gli indicatori di performance di cui alle citate linee guida, in uno con la compatibilità economico finanziaria.

Posta la definizione dei citati parametri, sono stati conseguentemente declinati, trovando così applicazione nella stesura del documento di che trattasi, specifici criteri di seguito indicati:

- dati epidemiologici della popolazione di riferimento, attraverso il continuo monitoraggio degli indicatori dell'incidenza, prevalenza, sopravvivenza e mortalità;
- dati relativi ai ricoveri ospedalieri, utilizzati come base informativa per le finalità programmatiche in attività di valutazione di differenti dimensioni dell'assistenza ospedaliera, quali l'efficienza e la valutazione economica, dell'assistenza, l'equità e l'appropriatezza;
- mobilità passiva;
- dati RENCAM.

In ultimo, la compiuta definizione del documento programmatico in argomento ha tenuto conto del contesto pandemico, che ha determinato in alcune strutture operative (vedi Terapie Intensive, Malattie Infettive, Unità Operative Internistiche), una sostanziale rivisitazione dei processi organizzativi sanitari, con indubbe influenze anche nell'ambito della programmazione dei fabbisogni di risorse umane.

3.c.1 La programmazione strategica delle risorse umane: il Piano triennale del fabbisogno del personale (PTFP) 2021-2023

La definizione del PTFP 2021/2023 trae origine da una complessiva analisi dei compiti istituzionali cui l'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa deve assolvere, tenuto conto degli obiettivi assegnati, delle competenze di pertinenza e delle attività che in concreto è tenuta a svolgere, con i conseguenziali riflessi in termini di risorse umane necessarie per il corretto assolvimento delle stesse, sia in termini qualitativi che quantitativi.

La programmazione dell'attività dell'azienda, la definizione degli obiettivi e la verifica della disponibilità finanziaria costituiscono atti prodromici ed alla base del Piano Triennale del Fabbisogno Personale, che viene definito, pertanto, in coerenza con la programmazione aziendale complessivamente intesa, nell'ottica di coniugare l'ottimale impiego delle risorse disponibili e gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini assicurando il rispetto dei limiti di spesa stabiliti a livello regionale. Il concetto di fabbisogno di personale ha implicato un'attività di analisi ed una rappresentazione delle esigenze sotto un duplice profilo:

- **quantitativo:** partendo dalla **consistenza del personale a tempo indeterminato al 31.12.2020 fino al totale utilizzo delle unità di personale necessarie ad assolvere la mission aziendale;**

- **qualitativo:** riferito alle tipologie di **professioni e competenze professionali meglio rispondenti alle esigenze dell'azienda**, anche tenendo conto delle professionalità emergenti in ragione dell'evoluzione dell'organizzazione del lavoro e degli obiettivi da realizzare e dal contesto correlato all'emergenza epidemiologica.

La definizione della programmazione dei fabbisogni di personale per il triennio 2021- 2023 ha subito necessariamente l'influenza dell'emergenza pandemica da COVID – 19 per fronteggiare la quale sono stati adottati sia a livello nazionale che regionale numerosi provvedimenti finalizzati al suo contenimento.

In ogni caso, la determinazione del fabbisogno è stata operata tenendo conto dell'articolazione del personale per ruolo e profilo gestionale, delle esigenze delle singole UU.OO. in cui si articola l'Azienda, dei tempi di attuazione dei documenti programmatici, delle modalità con le quali si intende far fronte al fabbisogno di personale a tempo indeterminato, del ricorso agli specialisti ambulatoriali e delle convenzioni con altre Aziende del SSN.

Nel formulare il PTFP, tenuto conto dei vincoli finanziari incidenti sulla quantificazione del fabbisogno totale, si è posta l'obiettivo di un ottimale utilizzo nell'anno 2021 delle risorse umane e finanziarie scaturite dal calcolo della dotazione organica, ferma restando la facoltà, espressamente prevista, di modificarlo in maniera dinamica in relazione alle mutate esigenze di contesto organizzativo, funzionale e normativo anche in relazione al migliore utilizzo dei posti che si renderanno via via vacanti negli anni 2021 (n. 133), 2022 (n. 78) e 2023 (n. 78).

Le esigenze che hanno determinato il numero delle risorse umane indicate nel Piano sono determinate dalle seguenti dinamiche:

- al fine di valorizzare le professionalità interne e nei limiti delle vigenti capacità assunzionali, si prevede di avvalersi della facoltà prevista dall'articolo 22, comma 15, del d.lgs. n. 75 del 2017 e ss.mm.ii. per la progressione tra le aree riservate al personale di ruolo (c.d. verticalizzazione). In tal senso è già stato approvato dall'Azienda, sentite le OOSS, apposito Regolamento giusta delibera n. 982 del 22.3.2022;
- con l'obiettivo, poi, di superare il precariato e ridurre il ricorso ai contratti a termine, valorizzando la professionalità acquisita dal personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, si consoliderà il ricorso alle procedure di reclutamento speciale previste dall'articolo 20 del D.Lgs. n. 75/2017 e ss.mm.ii. come da avvisi ricognitivi già pubblicati ed avviati, anche ai sensi del comma 268 lettera b) dell'art. 1 della Legge 234/2021;
- si continuerà, inoltre, nel rispetto della quota d'obbligo, a garantire le assunzioni obbligatorie di cui alla Legge 12 marzo 1999 n. 68 e ss.mm.ii e, a tal proposito, è stata stipulata convenzione con il Centro per l'Impiego per corsi di formazione finalizzati all'assunzione di categorie protette a seguito di selezione per la quale è già stato avviato apposito bando;
- per quanto riguarda l'arruolamento del personale dipendente, l'Azienda, di norma, come prevedono le disposizioni di legge nazionali in materia, provvede tramite assunzioni a tempo indeterminato con l'utilizzo delle seguenti procedure:
 - Mobilità volontaria secondo quanto prevista dall'art. 30 del D.Lgs. 165/01, provvedendo, in via prioritaria alla immissione in ruolo dei dipendenti provenienti da altre amministrazioni in posizione di comando o fuori ruolo;
 - Utilizzazione delle proprie graduatorie concorsuali vigenti nonché utilizzazione delle graduatorie dei concorsi pubblici in corso di validità approvate da altre Aziende ed Enti del SSN, previo preventivo accordo tra le parti a seguito di manifestazione di interesse da parte del candidato in servizio a tempo determinato presso l'Azienda;
 - Ordinarie procedure concorsuali per titoli ed esami come previsto dalla specifica normativa per il personale del SSN, dirigenza e comparto.

L'Azienda ricorre 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.

Oltre all'assunzione di personale a tempo indeterminato o a tempo determinato vanno annoverate ulteriori modalità che consentiranno di far fronte a specifiche esigenze, quali il ricorso all'utilizzo delle prestazioni aggiuntive, richieste sia dal personale della dirigenza che del comparto, remunerate a tariffa oraria e, altresì, il ricorso all'utilizzo a supporto dei professionisti Specialisti Ambulatoriali.

La programmazione si propone il perseguimento della più ampia finalità di concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa.

3.c.2 Programmazione della Dotazione Organica Asp Ragusa – obiettivi di trasformazione delle risorse

Gli standard definiti nelle linee guida sono stati assunti quali parametri di riferimento, dai quali si è praticato uno scostamento in conseguenza della definizione di specifiche iniziative volte alla razionalizzazione organizzativa quali, condivisione delle risorse mediche e infermieristiche, modelli assistenziali per intensità di cure, accorpamenti di posti letto di più UU.OO. in aree di degenza comune e, segnatamente, nei moduli a bassa complessità multidisciplinari, costituiti presso gli ospedali minori di Comiso e Scicli.

Si è proceduto inoltre, in linea agli indirizzi di programmazione sanitaria regionale, a istituzionalizzare in ambito aziendale il servizio 118.

Complessivamente la nuova dotazione organica dell'ASP di Ragusa consta in un numero complessivo di personale pari a n. 3962 unità, di cui n. 3006 afferenti all'area contrattuale del comparto e n. 956 all'area contrattuale della dirigenza.

Pertanto, si rappresentano di seguito le dinamiche di programmazione sanitaria poste in essere all'interno della dotazione organica e del piano triennale del fabbisogno, suddivise nelle componenti strutturali.

3.c.3 Programmazione dotazione organica presidi ospedalieri

Il DA 22/2019 e successive modifiche e integrazioni, prevede nell'ambito dei PP.OO. aziendali complessivamente n. 875 posti letto, rimodulati in coerenza all'emergenza epidemiologica nell'ambito dei posti letto di terapia intensiva e sub-intensiva con DA/614 del 24/07/2021.

Relativamente ai punti nascita aziendali e, segnatamente, presso le UU.OO.CC. di Ostetricia e Ginecologia, si è proceduto ad una forte implementazione del profilo professionale dell'Ostetrica, razionalizzando parallelamente il numero complessivo di infermieri, rimodulati prevalentemente nella componente ginecologica.

Gli ulteriori driver di programmazione sanitaria posti in essere, riguardano l'identificazione di standard minimi di funzionamento di tutte le UU.OO. di ricovero e cura anche in ordine alla pianificazione delle pronte disponibilità da garantire mensilmente in coerenza ai CC.CC.NN.LL. vigenti.

Si è proceduto ad una rimodulazione dei posti letto per acuti previsti dalla vigente rete ospedaliera, allo scopo di renderli coerenti alle attuali caratteristiche logistiche e organizzative delle strutture esistenti. Gli investimenti in corso in diversi stabilimenti ospedalieri aziendali, consentiranno successivamente di poter tendenzialmente implementare i posti letto previsti dalla vigente rete ospedaliera, soprattutto nell'ambito dei posti letto di Recupero e riabilitazione funzionale pari a n. 46 previsti presso il DEA di I livello di Ragusa e la completa attivazione dei posti di Lungodegenza previsti nei PP.OO. di Comiso e Scicli.

Per migliore intelligenza si riepilogano i dati come segue:

ASP Ragusa - Rimodulazioni posti letto					
Presidio Ospedaliero	Disc.	Disciplina	DA 22/2019 - DA 614/2020	Nuova Rimodulazione	Delta
19033800	38	Otorinolaringoiatria	16	6	-10
19033800	21	Geriatrics	6	0	-6
19033800	29	Nefrologia	6	0	-6
19033800	24	Malattie Infettive	9	12	3
19033800	26	Medicina Generale	34	26	-8
19033800	56	Recupero e Riabilitazione funzionale	46	0	-46
19033900	38	Otorinolaringoiatria	0	2	2
19033900	26	Medicina Generale	10	14	4
19033900	60	Lungodegenti	52	24	-28
19033900	21	Geriatrics	16	0	-16
19034000	21	Geriatrics	10	16	6
19034000	29	Nefrologia	12	18	6
19034000	43	Urologia	0	8	8
19034000	24	Malattie Infettive	10	12	2
19034000	9	Chirurgia Generale	18	22	4
19034100	56	Recupero e Riabilitazione funzionale	34	22	-12
19034100	60	Lungodegenti	52	24	-28
19034100	75	Neuroriabilitazione	0	12	12
19034200	26	Medicina generale	22	26	4
19034200	32	Neurologia	12	20	8

Pertanto, alla luce delle modifiche sopraindicate, gli standard della dotazione organica sono stati calcolati su un numero complessivo di 787 posti letto (DO+DH) e n. 21 posti letto equivalenti di DSAO.

La nuova dotazione organica ospedaliera presenta i sottostanti scostamenti discendenti dalle motivazioni di seguito rappresentate:

- Totale personale ASA nei servizi diagnostici e di supporto sanitario: valore rilevato 73% della dotazione di ausiliari per UO di degenza (valore atteso 15% della dotazione di ausiliari per UO di degenza), scostamento determinato dalla centralizzazione, ove possibile, presso le Direzioni Mediche di Presidio del servizio di ausiliariato;
- Totale altro comparto Sanitario: valore rilevato 0,37 per posto letto (valore atteso 0,225 per PL – incrementabile fino a un max 10% in relazione ai volumi di attività ambulatoriale per esterni), scostamento determinato dalla particolare parcellizzazione dei servizi di diagnostica per immagine (n. 6 presidi ospedalieri), implementazione attività di screening mammografico, servizi di laboratorio, centro di qualificazione biologica del SIMT (a valenza regionale), centralizzazione nella componente ospedaliera dei servizi di riabilitazione e forte implementazione del numero delle ostetriche nell'ambito dei punti nascita aziendali.

3.c.4 Territorio infermieri di famiglia e di Comunità e ADI

Così come previsto dalla nota Assessoriale prot. n. 5462 del 29/01/2021, al fine di rafforzare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale è stato determinato uno standard di n. 52 infermieri di famiglia coerenti alla demografia del territorio di riferimento dell'azienda e del finanziamento indicato nella suddetta nota.

Relativamente all'attività di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), al fine di migliorare l'attività delle Unità Valutative Multidimensionali operanti nei Distretti Sanitari Aziendali, si è definito un fabbisogno di n. 4 Medici e n. 3 Assistenti Sociali, in linea al finanziamento previsto per tale attività.

3.c.5 Programmazione Dotazione Organica Territorio

La determinazione dell'organico relativo alla componente territoriale è stata ricavata da una coerente

applicazione degli standard demografici del territorio di riferimento dell'azienda, che hanno generato i seguenti scostamenti di seguito dettagliatamente riepilogati e motivati:

Distretti Sanitari:

- Medici: valore rilevato 0,19 x 1000 assistiti (valore atteso 0,24-0,31), lo scostamento è giustificato dall'impiego di specialisti ambulatoriali convenzionati (SUMAISTI), coerenti al soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza;
- Infermieri: valore rilevato 0,68 x 1000 assistiti (valore atteso 0,30-0,50), lo scostamento è determinato prevalentemente dalla caratteristica logistica delle Residenze Sanitarie Assistenziali presenti nel territorio nonché dalla presenza nel Distretto di Ragusa della SUAP, nonché della Medicina penitenziaria. Si rappresenta inoltre, che l'organico infermieristico distrettuale è stato nell'ultimo anno fortemente potenziato anche alla luce delle attività connesse all'emergenza epidemiologica tra cui l'esecuzione dei tamponi molecolari e rapidi, continuità assistenziale a domicilio e attività vaccinale.

Dipartimento di Salute Mentale

- Infermieri: valore rilevato 0,07 x 1000 assistiti (valore atteso 0,11-0,28), lo scostamento è determinato prevalentemente dalla presenza di diverse CTA convenzionate per la gestione della disabilità psichica. Pertanto, il fabbisogno di personale infermieristico è stato determinato prevalentemente per la gestione dell'attività ambulatoriale;

Dipartimento di Prevenzione

- Infermieri: valore rilevato 0,10 x 1000 assistiti (valore atteso 0,06-0,08), lo scostamento è determinato prevalentemente dall'implementazione del profilo di Assistente Sanitario, alla luce anche dell'emergenza epidemiologica e delle correlate attività anche in ordine al contact tracing;

Dipartimento di Prevenzione Veterinaria

- Veterinari: valore rilevato 0,05 veterinari x 100 UBA (valore atteso 0,06-0,10), lo scostamento è giustificato dall'impiego di specialisti veterinari convenzionati volto al soddisfacimento dei livelli essenziali di attività;

3.c.6 Personale Amministrativo e Professionale

La programmazione della dotazione organica per i profili afferenti all'area amministrativa e professionale, è stata determinata in coerenza alle risorse disponibili e alla pedissequa applicazione degli standard previsti per detto personale, attestatisi al valore del 12,4% (valore atteso 14%).

Relativamente al personale ASU presente in azienda pari a n. 147 unità, di cui n. 143 afferenti all'area amministrativa, si è proceduto a considerare nel tetto di spesa l'intero importo annuo netto sostenuto dall'azienda pari ad euro 1.218.000,00 nelle more delle procedure di definitiva stabilizzazione in corso.

In conclusione si evidenzia che il tetto di spesa netto del personale della nuova dotazione organica e del PTFP presenta un delta residuale positivo del tetto di spesa assegnato, pari a € 1.217.713 utile alla copertura del costo annuo sostenuto dall'azienda per il personale ASU in fase di stabilizzazione.

3.c.7 Formazione del personale

La formazione rappresenta per le professioni sanitarie il presupposto ineludibile in qualsiasi ambito operativo. Il Sistema Sanitario è un sistema ad alta complessità e ad alto rischio, equiparato alle organizzazioni militari, nucleari e all'aviazione civile e militare, tanto per citarne alcune. Ciò che accomuna questi contesti apparentemente distanti è l'impostazione delle dinamiche di lavoro, l'efficacia della comunicazione, il funzionamento del team, l'esercizio della leadership, la certezza delle competenze e delle abilità tecniche, la gestione del fattore umano. Presupposto fondamentale a garanzia della sicurezza dei processi e delle azioni è l'attitudine alla formazione e al perfezionamento delle abilità tecniche e non tecniche con l'obiettivo definito e sistematico di minimizzare le variabili di rischio e parallelamente garantire la sicurezza del sistema, degli operatori e degli utenti. Il risultato ultimo e inevitabile è un Sistema Sanitario sicuro e sostenibile, percepito tale a livello civile, sociale e culturale.

L'Unità Operativa di formazione aziendale rappresenta pertanto il riferimento per la pianificazione e la realizzazione di corsi di perfezionamento per qualsiasi competenza in ambito sanitario trasversale a tutte le discipline e le professioni rappresentate in Azienda. La strategia di sviluppo del piano formativo aziendale e dei singoli corsi di formazione segue la metodologia dell'apprendimento "esperienziale" e della "pratica deliberata"

basata cioè sulla “esperienza” formativa per quanto possibile interattiva e contestualizzata alla realtà organizzativa e ambientale in cui le azioni e i contenuti che si intendono migliorare hanno luogo.

L'Unità di Formazione aziendale è altresì il riferimento per l'identificazione del bisogno formativo proveniente dalle singole Unità Operative nell'ottica di:

- migliorare le abilità tecniche dei singoli operatori,
- ottimizzare le dinamiche di interazione e comunicazione di team,
- strutturare percorsi di patologia,
- integrare le competenze con modalità trasversale interdisciplinare e interprofessionale,
- migliorare le modalità di comunicazione con l'utenza.

Obiettivo strategico è la creazione dell'attitudine alla formazione intesa come processo continuo e sistematico di confronto finalizzato al perfezionamento delle competenze, al miglioramento delle dinamiche del gruppo di lavoro e al più appropriato utilizzo delle risorse disponibili.

Il razionale è basato sulla consapevolezza da parte degli operatori sanitari che le attività di formazione sono strumento indispensabile, utile ed efficace per l'approfondimento di tematiche specifiche e l'opportunità per identificare e risolvere criticità legate al sistema inteso come ambiente di lavoro e interazioni uomo-uomo, uomo-macchina e uomo-ambiente.

Obiettivo finale è la realizzazione di un modello sanitario aziendale fondato sulla sicurezza delle cure e l'affidabilità dei percorsi attraverso la formazione continua e la “valorizzazione” delle criticità nell'ottica del miglioramento dei processi, delle azioni individuali e di team e del sistema nel suo insieme.

L'identificazione del fabbisogno formativo emerge dall'analisi delle competenze individuali e delle attività svolte all'interno di ciascun servizio e unità operativa nei termini della relazione tra la prestazione effettuata e/o il servizio svolto e gli esiti attesi e conseguiti anche in funzione di specifici indicatori di processi e di esiti.

La definizione degli interventi formativi è modulata in relazione al bisogno formativo e strutturata su livelli progressivi di attuazione delle attività formative continue dal confronto sistematico (briefing e debriefing) giornaliero agli incontri di audit e discussione di casi clinici fino agli interventi formativi con modalità interattiva anche attraverso le tecniche di simulazione su specifici contenuti sanitari, amministrativi, organizzativi o di pertinenza di competenze non tecniche. Tale modalità di costruzione e di erogazione degli interventi formativi alimenta l'assetto culturale di un sistema sanitario “proattivo” e “generativo” finalizzato alla anticipazione e risoluzione delle problematiche piuttosto che “reattivo” ad eventuali criticità.

Il risultato finale, dinamico e versatile, è un modello aziendale sicuro, efficace, efficiente in cui vi sia un allineamento completo circa le modalità di perfezionamento delle competenze e di miglioramento delle dinamiche di gruppo.

3.c.7.1 Strategia del Piano Formativo

La formazione rappresenta per le professioni sanitarie il presupposto ineludibile in qualsiasi ambito operativo. Il Sistema Sanitario è un sistema ad alta complessità e ad alto rischio, equiparato alle organizzazioni militari, nucleari e all'aviazione civile e militare, tanto per citarne alcune. Ciò che accomuna questi contesti apparentemente distanti è l'impostazione delle dinamiche di lavoro, l'efficacia della comunicazione, il funzionamento del team, l'esercizio della leadership, la certezza delle competenze e delle abilità tecniche, la gestione del fattore umano. Presupposto fondamentale a garanzia della sicurezza dei processi e delle azioni è l'attitudine alla formazione e al perfezionamento delle abilità tecniche e non tecniche con l'obiettivo definito e sistematico di minimizzare le variabili di rischio e parallelamente garantire la sicurezza del sistema, degli operatori e degli utenti. Il risultato ultimo e inevitabile è un Sistema Sanitario sicuro e sostenibile, percepito tale a livello civile, sociale e culturale.

L'Unità Operativa di formazione aziendale rappresenta pertanto il riferimento per la pianificazione e la realizzazione di corsi di perfezionamento per qualsiasi competenza in ambito sanitario trasversale a tutte le discipline e le professioni rappresentate in Azienda. La strategia di sviluppo del piano formativo aziendale e dei singoli corsi di formazione segue la metodologia dell'apprendimento “esperenziale” e della “pratica deliberata” basata cioè sulla “esperienza” formativa per quanto possibile interattiva e contestualizzata alla realtà organizzativa e ambientale in cui le azioni e i contenuti che si intendono migliorare hanno luogo.

L'Unità di Formazione aziendale è altresì il riferimento per l'identificazione del bisogno formativo proveniente dalle singole Unità Operative nell'ottica di:

- migliorare le abilità tecniche dei singoli operatori,
- ottimizzare le dinamiche di interazione e comunicazione di team,
- strutturare percorsi di patologia,
- integrare le competenze con modalità trasversale interdisciplinare e interprofessionale,
- migliorare le modalità di comunicazione con l'utenza.

Obiettivo strategico è la creazione dell'attitudine alla formazione intesa come processo continuo e sistematico di confronto finalizzato al perfezionamento delle competenze, al miglioramento delle dinamiche del gruppo di lavoro e al più appropriato utilizzo delle risorse disponibili.

Il razionale è basato sulla consapevolezza da parte degli operatori sanitari che le attività di formazione sono strumento indispensabile, utile ed efficace per l'approfondimento di tematiche specifiche e l'opportunità per identificare e risolvere criticità legate al sistema inteso come ambiente di lavoro e interazioni uomo-uomo, uomo-macchina e uomo-ambiente.

Obiettivo finale è la realizzazione di un modello sanitario aziendale fondato sulla sicurezza delle cure e l'affidabilità dei percorsi attraverso la formazione continua e la "valorizzazione" delle criticità nell'ottica del miglioramento dei processi, delle azioni individuali e di team e del sistema nel suo insieme.

L'identificazione del fabbisogno formativo emerge dall'analisi delle competenze individuali e delle attività svolte all'interno di ciascun servizio e unità operativa nei termini della relazione tra la prestazione effettuata e/o il servizio svolto e gli esiti attesi e conseguiti anche in funzione di specifici indicatori di processi e di esiti.

La definizione degli interventi formativi è modulata in relazione al bisogno formativo e strutturata su livelli progressivi di attuazione delle attività formative continue dal confronto sistematico (briefing e debriefing) giornaliero agli incontri di audit e discussione di casi clinici fino agli interventi formativi con modalità interattiva anche attraverso le tecniche di simulazione su specifici contenuti sanitari, amministrativi, organizzativi o di pertinenza di competenze non tecniche. Tale modalità di costruzione e di erogazione degli interventi formativi alimenta l'assetto culturale di un sistema sanitario "proattivo" e "generativo" finalizzato alla anticipazione e risoluzione delle problematiche piuttosto che "reattivo" ad eventuali criticità.

Il risultato finale, dinamico e versatile, è un modello aziendale sicuro, efficace, efficiente in cui vi sia un allineamento completo circa le modalità di perfezionamento delle competenze e di miglioramento delle dinamiche di gruppo.

Le priorità strategiche nei processi di pianificazione e attuazione delle attività di formazione aziendale seguono la logica dello sviluppo del piano strategico aziendale nell'ottica di:

- facilitazione e potenziamento della continuità territorio-ospedale;
- potenziamento delle reti tempo-dipendenti con attenzione specifica ai percorsi specifici di patologia;
- potenziamento dell'organizzazione delle attività di emergenza-urgenza;
- adeguamento delle attività sanitarie al processo di trasformazione digitale dei servizi;
- risposta dell'azienda ai bisogni di salute dell'utenza in termini di screening, prevenzione e gestione di ciascun livello di cura.

Ai fini della realizzazione del piano formativo aziendale sono utilizzate sia risorse interne che esterne attingendo a figure con competenze specifiche per disciplina e/o con esperienza in metodologie formative per operatori sanitari anche innovative ed interattive (es. simulazione ad alta fedeltà e simulazione in situ di percorsi).

L'Azienda valorizza l'implementazione delle attività formative continue finalizzate alla realizzazione e alla validazione del sistema sicuro attraverso l'introduzione di misure di indicatori di processo e di esiti sia relativamente alle singole procedure (abilità tecniche) che ai percorsi (abilità tecniche e cognitivo-relazionali).

Gli obiettivi e i risultati attesi risiedono nella realizzazione di un sistema sicuro e affidabile con elevato grado di gratificazione e soddisfazione degli operatori sanitari che dalle attività formative si sentono tutelati nell'ottica del miglioramento continuo delle competenze e degli esiti delle prestazioni sanitarie.

SEZIONE 4 – Monitoraggio

Per la valutazione complessiva del P.I.A.O. si prevedono due momenti di verifica sullo stato di attuazione, da effettuarsi su base semestrale, a cura del gruppo di lavoro specificatamente costituito per la redazione del Piano. Tali attività sono finalizzate alla rilevazione di eventuali criticità nell'attuazione delle misure previste e propedeutiche all'aggiornamento annuale del P.I.A.O..

Relativamente al Piano della Performance la verifica del grado di attuazione degli obiettivi definiti in fase di programmazione avviene mediante la fase di monitoraggio che è una delle fasi previste nel Ciclo della performance.

La fase del monitoraggio rappresenta il controllo periodico svolto dall'Amministrazione e risponde a due principali obiettivi:

- costruire il quadro complessivo in termini di raggiungimento degli obiettivi/indicatori/target previsti nel Piano della Performance;
- far emergere eventuali situazioni di criticità che si siano verificate e che necessitano la revisione degli obiettivi e indicatori previsti.

A seguito del monitoraggio intermedio viene predisposta una Relazione di monitoraggio utile a rendere noto lo stato di avanzamento degli obiettivi fissati in fase di programmazione e le possibili situazioni di criticità che si sono presentate.

Tale fase sarà condivisa con la Direzione Strategica, i Direttori di UOC e l'Organismo Indipendente di Valutazione. Inoltre sono previsti anche degli incontri di monitoraggio con il Comitato Consultivo Aziendale e in tale occasione saranno presentati, di solito nel mese di settembre, i risultati raggiunti dalle Unità Operative alla data del 30 giugno.

Con il monitoraggio finale, invece, i dati raccolti vengono utilizzati per la stesura della Relazione annuale sulla performance che conclude la fase della rendicontazione e rappresenta il completamento del ciclo della performance (avviato con il Piano della performance dell'anno precedente e da quest'anno con il PIAO).

La Relazione, che deve essere validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione, evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati, gli eventuali scostamenti e le relative cause, è, quindi, un valido strumento di accountability attraverso il quale l'amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholder, esterni ed interni, i risultati ottenuti nel periodo considerato.

Relativamente al Piano Trasparenza e Anticorruzione come indicato nella sottosezione dedicata sono previsti i seguenti monitoraggi.

Il monitoraggio rappresenta la fase conclusiva del processo di gestione del rischio. Attraverso la verifica della corretta attuazione, la valutazione delle misure e la segnalazione di rischi ulteriori sarà possibile assicurare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione.

Concorrono a garantire l'azione di monitoraggio, oltre al RPCT, i Referenti Anticorruzione, i Responsabili delle strutture aziendali, limitatamente ai processi gestiti dalle unità organizzative cui sono preposti, l'OIV, nell'ambito dei propri compiti di vigilanza.

Referenti e Dirigenti, per le parti di rispettiva competenza, hanno la responsabilità primaria nell'assicurare il monitoraggio (monitoraggio continuo e riesame periodico) sull'effettiva attuazione delle misure previste nel Piano e sulla sua idoneità. Il monitoraggio di primo livello è attuato in autovalutazione da parte dei referenti o dei responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Il Responsabile di primo livello sarà chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione delle misure.

Al fine di verificare il sistema di controllo aziendale, ciascun Referente anticorruzione dovrà inoltrare al Responsabile prevenzione della corruzione, entro il 30 novembre di ogni annualità presa in considerazione dal presente Piano, una relazione nella quale attesta la corretta applicazione delle misure e il rispetto dei termini di implementazione, e fornisce una valutazione sull'efficacia delle misure individuate, nonché considerazioni sulle modalità con le quali è stato effettuato il monitoraggio e tracciati i controlli o su eventuali rischi ulteriori evidenziati.

Nell'effettuare l'attività di monitoraggio sull'effettiva attuazione o sullo stato di implementazione delle misure atte a prevenire il rischio di corruzione, il Referente indica anche le eventuali nuove misure necessarie ad incrementare l'azione preventiva dandone informazione al Responsabile della prevenzione della corruzione.

L'attività di supervisione e di monitoraggio del Referente anticorruzione si basa su verifiche circa il rispetto degli indicatori e la corretta applicazione delle misure e garantisce le attività di propria competenza. Il monitoraggio di secondo livello, ossia la verifica della osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTCPT da parte delle varie unità organizzative, è effettuato dal RPCT coadiuvato da una struttura di supporto e/o dagli altri organi con funzioni di controllo interno.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, per il quale si richiamano i compiti istituzionali previsti dall'art.1, commi 7/8/9/10/14 della L.190/2012 (come da allegato 2 alla delibera ANAC 1074/18), al fine di valutare la funzionalità e l'effettiva operatività delle misure individuate si impegna ad effettuare, attraverso audit interni:

- la verifica a campione di alcuni processi e delle attestazioni espresse dai responsabili;
- il monitoraggio sul rispetto degli obiettivi assegnati e sulla corretta implementazione di misure ritenute prioritarie.
- Al fine di agevolare il controllo, si può ricorrere a sistemi informatizzati o spazi digitali condivisi (come le intranet) dove far confluire tutti i documenti che formalizzano le misure.

Oltre a vigilare sull'attuazione delle misure previste, il Responsabile della prevenzione della corruzione può, in qualsiasi momento:

- richiedere alle strutture dati e documenti relativi a determinate attività;
- effettuare controlli a campione di natura documentale e, in casi di particolare rilevanza, anche mediante sopralluoghi e verifiche presso le strutture competenti.

Il riesame comprende tutti gli aspetti del processo di gestione del rischio allo scopo di:

- assicurare che i controlli siano efficaci ed efficienti sia nella progettazione sia nell'operatività;
- ottenere ulteriori informazioni per migliorare la valutazione del rischio;
- analizzare ed apprendere dagli eventi, cambiamenti, tendenze e fallimenti;
- identificare i rischi emergenti.

APPENDICE

Allegato A – Progetto miglioramento performance

Allegato B – Redazione progetto miglioramento performance



Miglioramento delle Performance Aziendali 2022

ALLEGATO A

Progetto:

Inserire nome progetto

UOC/UOSD
Direttore UOC/UOSD

inserire nome Direttore



ANAGRAFICA – SCHEDA DI SINTESI

RIEMPIRE TUTTI I CAMPI

Titolo Progetto	
UOC/UOSD	
Direttore UOC/UOSD	
Obiettivi	Indicare sinteticamente gli obiettivi del progetto da sviluppare nel paragrafo 2 “ <i>Obiettivi del progetto</i> ”
Fasi	Indicare sinteticamente le fasi del progetto da sviluppare nel paragrafo 3 “ <i>Fasi azioni ed indicatori</i> ”
Costo Totale del Progetto <i>paragrafo 7 "Costi delle Risorse"</i>	€ 0,00
Output del Progetto	Indicare i risultati da raggiungere alla fine del Progetto
Outcome del Progetto	Individuare i benefici ed i beneficiari del Progetto

1 ANALISI DEL CONTESTO

RIEMPIRE TUTTI I CAMPI	
Descrizione	Descrivere l'iniziativa che si vuole attivare
Situazione di partenza	Descrivere lo Status quo – (<i>as is</i>)
Problema che dovrebbe essere risolto	Descrivere la problematica che si intende risolvere (<i>to be</i>)

2 OBIETTIVI DEL PROGETTO

RIEMPIRE TUTTI I CAMPI

Obiettivi di progetto

Indicare gli obiettivi che si vogliono traguardare mediante la realizzazione dell'iniziativa

**Impatti di un possibile
«No»**

Indicare gli impatti qualitativi derivanti dal mantenimento dello stato attuale delle cose (scelta di non far nulla)

Legami e sinergie

Indicare eventuali altre iniziative che rappresentano vincoli o che, al contrario, presentano potenziali sinergie per la realizzazione delle attività

3 FASI AZIONI E INDICATORI

Fase		Azione		Indicatore
Indicare tutte le fasi che porteranno alla realizzazione del progetto (da dettagliare anche nel cronoprogramma)		Per ogni Fase indicare tutte le azioni che porteranno alla realizzazione della fase		Indicare per ogni azione gli indicatori per misurarne la realizzazione
1		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		
2		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		
3		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		
4		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		

Fase		Azione		Indicatore
Indicare tutte le fasi che porteranno alla realizzazione del progetto (da dettagliare anche nel cronoprogramma)		Per ogni Fase indicare tutte le azioni che porteranno alla realizzazione della fase		Indicare per ogni azione gli indicatori per misurarne la realizzazione
5		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		
6		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		
7		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		
8		Azione 1		
		Azione 2		
		Azione 3		
		Azione 4		

4 RISORSE UMANE

4.1 Risorse Umane della UOC/UOSD coinvolte nel Progetto

[illegible]

4.1 Risorse Umane della UOC/UOSD coinvolte nel Progetto

[illegible]

4.2 Risorse Umane di altre UOC coinvolte nel progetto

SI: compilare la tabella sottostante

NO: proseguire senza compilare la tabella sottostante

[illegible]

4.3 Risorse Umane da acquisire

SI: dettagliare stima con identificazione del ruolo

NO: proseguire senza compilare la tabella sottostante

[illegible]

5 RISORSE STRUMENTALI

SI: elenco risorse necessarie con eventuale stima economica

NO: proseguire senza compilare la tabella sottostante

[illegible]

6 ALTRE RISORSE

SI: elenco risorse necessarie con eventuale stima economica

NO: proseguire senza compilare la tabella sottostante

[illegible]

7 COSTI DELLE RISORSE

SI: dettagliare stima economica (somma algebrica dei box precedenti)

NO: proseguire senza compilare la tabella sottostante

Voci di Costo	2021	2022	2023...	Totale
Costi Risorse Umane da Acquisire				€ 0,00
Costi Risorse Strumentali	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Costi Altre Risorse	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
TOTALE	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00

8 CRONOPROGRAMMA

[illegible]

9 PRIORIZZAZIONE

Allineamento alla strategia dell'ASP	1	2	3	4
Il progetto è necessario per il raggiungimento del/degli obiettivo/i dell'albero delle performance? (1= utile >> 4 = fondamentale)				
Il progetto impatta trasversalmente più linee dell'albero delle performance? (1= nessuna >> 4 = tutte)				
Il progetto è interdipendente con altre iniziative strategiche già in corso o in fase di avvio, alle quali può portare evidenti benefici?				
Il progetto è funzionale alla trasformazione digitale dell'ASP?				

Probabilità di successo	1	2	3	4
Probabilità che il progetto raggiunga i risultati attesi				
Probabilità che il progetto non ecceda i tempi prefissati				
Probabilità che il progetto non incontri resistenze al cambiamento				
Probabilità che il risultato di progetto si mantenga nel tempo				
Il vertice dell'ASP ha una visibilità diretta sui risultati del progetto? (1=No (Progetto interno) >> 4= Progetto molto esposto)				
Le competenze necessarie alla realizzazione del progetto sono attualmente disponibili? (Sia internamente che esternamente) (1= nessuna >> 4 = tutte)				

Presenza di obblighi normativi (compliance)	1	2	3	4
L'iniziativa permette di adempiere a obblighi normativi senza i quali l'azienda può incorrere in sanzioni?				
Il valore delle eventuali sanzioni in caso di mancato adempimento è alto?				
I danni all'immagine dell'Ente in caso di mancato adempimento sono rilevanti?				
I danni a persone e/o cose che possono derivare dal mancato adempimento sono rilevanti? (Esempio: servizi di sicurezza)				
Il mancato adempimento normativo può avere riflessi socio-politici significativi?				

Innovazione organizzativa	1	2	3	4
Incremento dell'efficienza operativa (Esempio: dematerializzazione dei processi)				
Miglioramento della qualità percepita dei servizi				
Ampliamento del portafoglio servizi offerti abilitati dalla trasformazione digitale				
Incremento della sinergia tra unità organizzative dell'ASP				

9 PRIORIZZAZIONE

Prestazioni legate ai pazienti	1	2	3	4
Miglioramento percepito nella fruizione di un servizio da parte del paziente (Qualità, Umanizzazione)				
Miglioramento percepito nello svolgimento delle attività da parte del personale dell'Ente				
Ampliamento del portafoglio di servizi offerti su territorio distrettuale e/o regionale				
Semplificazione delle modalità di accesso alla cura da parte del paziente (Es. Tele-visita)				
Miglioramento delle linee guida cliniche e/o della strumentazione a supporto del personale dell'ente ai fini di una più corretta appropriatezza delle cure (Clinica/Prescrittiva/Amministrativa)				

Rapporto valore/costi	1	2	3	4
È disponibile un finanziamento vincolato all'esecuzione dell'iniziativa in oggetto (es. Fondi provenienti dalla Regione, dal PSN, dall'Unione Europea, ecc.) che copre il budget necessario? (1= No, nessun finanziamento vincolato >> 4= Sì, presente un budget vincolato all'iniziativa che copre il 100% delle necessità di progetto)				
È stato già stanziato in sede di pianificazione un budget per l'iniziativa in oggetto? (1= No, nessun budget stanziato >> 4= Sì, già stanziato un budget per l'iniziativa che copre il 100% delle necessità di progetto)				
Risparmio annuale atteso dall'implementazione del progetto (in percentuale rispetto al valore del progetto stesso)				

Indice di priorizzazione :	0



Miglioramento delle Performance Aziendali 2021

ALLEGATO B

Relazione

UOC/UOSD
Direttore UOC/UOSD



RELAZIONE - SCHEDA DI SINTESI 2021

RIEMPIRE TUTTI I CAMPI

Titolo Progetto	
UOC/UOSD	
Direttore UOC/UOSD	
Descrizione	Descrizione del progetto
Situazione di partenza	Descrivere la situazione prima della realizzazione del progetto
Problema che è stato risolto	Descrivere la problematica che si è risolta
Output del Progetto	Indicare i risultati raggiunti attraverso la realizzazione del Progetto
Outcome del Progetto	Indicare i benefici ed i beneficiari del Progetto

RELAZIONE - OBIETTIVI CONSEGUITI 2021

Fase		Azione		Indicatore	Indicatore	Allegato	Note
Fasi che hanno portato alla realizzazione del progetto		Azioni che hanno portato alla realizzazione della fase		Risultato atteso come da progetto presentato	Risultato conseguito al 31/12/2021	Sì/No	In caso di mancato raggiungimento specificare le cause
1		Azione 1					
		Azione 2					
		Azione 3					
		Azione 4					
2		Azione 1					
		Azione 2					
		Azione 3					
		Azione 4					
3		Azione 1					
		Azione 2					
		Azione 3					
		Azione 4					
4		Azione 1					
		Azione 2					
		Azione 3					
		Azione 4					

Fase		Azione		Indicatore	Indicatore	Allegato	Note
Fasi che hanno portato alla realizzazione del progetto		Azioni che hanno portato alla realizzazione della fase		Risultato atteso come da progetto presentato	Risultato conseguito al 31/12/2021	Sì/No	In caso di mancato raggiungimento specificare le cause
5		Azione 1					
		Azione 2					
		Azione 3					
		Azione 4					
6		Azione 1					
		Azione 2					
		Azione 3					
		Azione 4					
7		Azione 1					
		Azione 2					
		Azione 3					
		Azione 4					
8		Azione 1					
		Azione 2					
		Azione 3					
		Azione 4					