

# Stampa Intero Modello in data : 10/9/2021

Tipo Rilevazione : CONSUNTIVAZIONE SPESE		Anno : 2020
Tipo Istituzione : UNITA' SANITARIE LOCALI		Contratto : SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
Istituzione : 10738 - AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA		
Organo di Controllo di Primo Livello : RTS CALTANISSETTA		
Unità? Organizzativa : P. O. 'CARLO BASILOTTA'		

	T1	T1a	T1b	T1c	T1c bis	T1d	T1e	T1f	T1g	T1s d	T2	T2a	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14	T15	S1	S1A	SICI	Tab. Ric.	
Tenute		X	X	X				X																		X				
Dichiarate		X		X				X																		X				
Inviare		X		X				X																		X				

**Il Modello inviato risulta certificato in data : 10/09/2021**

**Il Modello inviato è stato certificato la prima volta in data : 10/09/2021**

## Visualizzazione del Limite 2016

Il sistema controlla che il totale delle risorse della T15, dedotte le voci non soggette alla verifica al limite 2016 indicate nella voce LEG398, sia inferiore al limite 2016 indicato nella voce LEG428, con tolleranza di 1000 €.

Deve essere inviata la tabella SIC1 e/o la T15

Firma del Responsabile del procedimento amministrativo di cui alla L. n. 241/90 .....

**Si attesta la conformità? dei dati con le scritture amministrativo contabili e, ove previsto, con quanto dichiarato nelle specifiche informazioni sulla Contrattazione integrativa ex art. 40-bis del d.lgs.165/2001 (tabelle 15 e schede SICI).  
Si prende atto delle eventuali incongruenze segnalate dal sistema SICO e delle giustificazioni adottate dall'amministrazione.**

Firma del Presidente del collegio dei revisori .....

# Scheda Informativa 1

## Informazioni Istituzione

Partita IVA : 01151150867

Codice Fiscale : 01151150867

Telefono : 0935/520111

Fax : 0935/520111

Email : [protocollo.generale@pec.asp.enna.it](mailto:protocollo.generale@pec.asp.enna.it)

Via : VIALE DIAZ

Numero Civico : 7-9

C.A.P. : 94100

Città? : ENNA

Provincia : EN

Codice Catastale : C342

Indirizzo pagina web dell'ente : [www.asp.enna.it](http://www.asp.enna.it)

## Responsabile del Procedimento Amministrativo di cui alla legge 7/8/90, N.241 Capo II

(in assenza di tale indicazione sarà considerato responsabile il direttore generale)

Cognome	Nome	Telefono	Fax	Email
LOMBARDO	SALVATORE	0935/520717	0935/520170	personale.giuridico@asp.enna.it

## Referente Da Contattare

Cognome	Nome	Telefono	Fax	Email
MESSINA	ANGELA	0935/520373	0935/520170	angela.messina@asp.enna.it

# Riepilogo Domande Presenti Nella Circolare

***I modelli debbono essere sottoscritti dai revisori dei conti***

***Domande presenti in circolare:***

INDICARE IL NUMERO DEI CONTRATTI DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA.

INDICARE IL NUMERO DEGLI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALE, DI STUDIO, RICERCA E CONSULENZA.

INDICARE IL NUMERO DI CONTRATTI PER PRESTAZIONI PROFESSIONALI CONSISTENTI NELLA RESA DI SERVIZI O ADEMPIMENTI OBBLIGATORI PER LEGGE.

INDICARE IL TOTALE DELLE SOMME TRATTENUTE AI DIPENDENTI NELL'ANNO DI RILEVAZIONE PER LE ASSENZE PER MALATTIA IN APPLICAZIONE DELL'ART. 71 DEL D.L. N. 112 DEL 25/06/2008 CONVERTITO IN L. 133/2008.

QUANTI SONO I DIPENDENTI AL 31.12 IN ASPETTATIVA PER DOTTORATO DI RICERCA CON RETRIBUZIONE A CARICO DELL'AMMINISTRAZIONE AI SENSI DELL'ARTICOLO 2 DELLA LEGGE 476/1984 E S.M.?

QUANTE PERSONE SONO STATE IMPIEGATE NELL'ANNO (TEMPO DETER., CO.CO.CO., INCARICHI O ALTRI TIPI DI LAV. FLESSIBILE) IL CUI COSTO È TOTALMENTE SOSTENUTO CON FINANZIAMENTI ESTERNI DELL'U.E. O DI PRIVATI?

INDICARE IL NUMERO DELLE UNITÀ RILEVATE IN TABELLA 1 TRA I "PRESENTI AL 31.12" CHE RISULTAVANO TITOLARI DI PERMESSI PER LEGGE N. 104/92.

INDICARE IL NUMERO DELLE UNITÀ RILEVATE IN TABELLA 1 TRA I "PRESENTI AL 31.12" CHE RISULTAVANO TITOLARI DI PERMESSI AI SENSI DELL'ART. 42, C.5 D.LGS.151/2001 E S.M.

INDICARE IL NUMERO DEI MEDICI CONVENZIONATI CUI È STATO CONFERITO L'INCARICO DI DIRETTORE DI DISTRETTO AI SENSI DELL'ART. 3-SEXIES, COMMA 3, DEL D.LGS. 502/92.

INDICARE IL COSTO DEI MEDICI CONVENZIONATI CUI È STATO CONFERITO L'INCARICO DI DIRETTORE DI DISTRETTO AI SENSI DELL'ART. 3-SEXIES, COMMA 3, DEL D.LGS. 502/92.

INDICARE IL NUMERO DEL PERSONALE RELIGIOSO CHE SULLA BASE DI SPECIFICHE CONVENZIONI PRESTA SERVIZIO PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA

INDICARE IL COSTO DEL PERSONALE RELIGIOSO CHE SULLA BASE DI SPECIFICHE CONVENZIONI PRESTA SERVIZIO PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA

NUMERO DI CONVENZIONI IN VIGORE NEL CORSO DELL'ANNO PER L'UTILIZZO DI PERSONALE PROVENIENTE DA ALTRE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE

UNITÀ DI PERS. DIRIGENTE PRESENTI IN TABELLA 1 PER LE QUALI SUSSISTE UN GIUDIZIO DI IDONEITÀ CONDIZIONATA ALLA MANSIONE EX ART. 41,C.6, LETT.B) D.LGS. 81/2008 CON SOLO RIFERIMENTO ALLE LIMITAZIONI

UNITÀ DI PERSONALE DIRIGENTE DI CUI ALLA PRECEDENTE DOMANDA PER LE QUALI IL GIUDIZIO DI IDONEITÀ CONDIZIONATA HA DETERMINATO L'ESCLUSIONE DALLA TURNAZIONE SULLE 24/ORE E DALLA PRONTA DISPONIBILITÀ

UNITÀ DI PERS. NON DIRIGENTE PRESENTI IN TABELLA 1 PER LE QUALI SUSSISTE UN GIUDIZIO DI IDONEITÀ CONDIZIONATA ALLA MANSIONE EX ART. 41,C.6, LETT.B) D.LGS. 81/2008 CON SOLO RIFERIMENTO ALLE LIMITAZIONI

UNITÀ DI PERS. NON DIRIGENTE DI CUI ALLA PRECEDENTE DOMANDA PER LE QUALI IL GIUDIZIO DI IDONEITÀ CONDIZIONATA HA DETERMINATO L'ESCLUSIONE DALLA TURNAZIONE SULLE 24 ORE E/O DALLA PRONTA DISPONIBILITÀ

UNITÀ DI PERSONALE DIRIGENTE COLLOCATE IN ASPETTATIVA SENZA ASSEGNI PER ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO PRESSO LA STESSA O ALTRA AMMINISTRAZIONE

UNITÀ DI PERSONALE NON DIRIGENTE COLLOCATE IN ASPETTATIVA SENZA ASSEGNI PER ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO PRESSO LA STESSA O ALTRA AMMINISTRAZIONE

INDICARE IL NUMERO DELLE ORE DI SERVIZIO EFFETTUATE NEL CORSO DELL'ANNO DI RILEVAZIONE DAGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI

# Riepilogo Domande Presenti Nella Circolare

INDICARE IL COSTO DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI

INDICARE IL COSTO DEI MEDICI ADDETTI ALLE ATTIVITA' DELLA MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

INDICARE IL NUMERO DI DIPENDENTI POSTI IN ESESIONE DAL SERVIZIO PER EMERGENZA COVID-19

INDICARE IL NUMERO DEI GIORNI CONCESSI AI DIPENDENTI POSTI IN ESESIONE DAL SERVIZIO PER EMERGENZA COVID-19

INDICARE IL NUMERO DEGLI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO E DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA CONFERITI AI SENSI DELL'ART. 2-BIS DEL D.L. 18/2020

INDICARE IL COSTO SOSTENUTO PER GLI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO E DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA CONFERITI AI SENSI DELL'ART. 2-BIS DEL D.L. 18/2020

INDICARE LE UNITÀ DI PERSONALE CON INCARICO INDIVIDUALE A TEMPO DETERMINATO CONFERITO AI SENSI DELL'ART. 2-TER DEL D.L. 18/2020

INDICARE IL COSTO SOSTENUTO PER LE UNITÀ DI PERSONALE CON INCARICO INDIVIDUALE A TEMPO DETERMINATO CONFERITO AI SENSI DELL'ART. 2-TER DEL D.L. 18/2020

INDICARE IL NUMERO DEGLI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO E DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA CONFERITI AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 5, DEL D.L. 34/2020

INDICARE IL COSTO SOSTENUTO PER GLI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO E DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA CONFERITI AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 5, DEL D.L. 34/2020

INDICARE IL NUMERO DEGLI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO E DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA CONFERITI AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 7, DEL D.L. 34/2020

INDICARE IL COSTO SOSTENUTO PER GLI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO E DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA CONFERITI AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 7, DEL DL 34/2020

INDICARE IL COSTO SOSTENUTO PER SPESA DI PERSONALE AI SENSI DELL'ART. 1, COMMI 4 E 8, DEL D.L. 34/2020

INDICARE IL NUMERO DI PERSONALE ASSUNTO AI SENSI DELL'ART. 2, COMMA 5, DEL D.L. 34/2020

INDICARE IL COSTO SOSTENUTO PER PERSONALE ASSUNTO AI SENSI DELL'ART. 2, COMMA 5, DEL D.L. 34/2020

## Componenti Collegio dei Revisori (o Organo Equivalente)

Cognome	Nome	Email (sostituisce l'ENTE RAPPRESENTATO delle rilevazioni precedenti)
---------	------	---

Note e chiarimenti alla rilevazione:

# T1a Personale dell'azienda sanitaria per figura professionale

Figura Professionale	Tempo Indeterminato				Tempo Determinato				Com. Da Altri Enti		Com. Ad Altri Enti		Presenti Al 31/12	
	T. Pieno		T. Parz.		T. Pieno		T. Parz.		U (i)	D (l)	U (m)	D (n)		
	U (a)	D (b)	U (c)	D (d)	U (e)	D (f)	U (g)	D (h)						
<b>PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE</b>														
<b>COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO</b>														
<b>INFERMIERE</b>	53	43	2	2	4	7	0	0	0	0	0	0	55	45
<b>OSTETRICA</b>	1	3	0	0	1	5	0	0	0	0	0	1	1	3
<b>OPERATORE PROFESSIONALE 2a CAT.</b>														
<b>INFERMIERE GENERICO</b>	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>PROFESSIONI TECNICO SANITARIE E DELLA PREVENZIONE</b>														
<b>COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO</b>														
<b>TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO</b>	5	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	2
<b>TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA</b>	2	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	2	0



Figura Professionale	Tempo Indeterminato				Tempo Determinato				Com. Da Altri Enti		Com. Ad Altri Enti		Presenti Al 31/12
	T.Pieno		T.Parz.		T.Pieno		T.Parz.		U (i)	D (l)	U (m)	D (n)	
	U (a)	D (b)	U (c)	D (d)	U (e)	D (f)	U (g)	D (h)					
<b>PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE</b>													
<b>COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO</b>													
<b>FISIOTERAPISTA</b>	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTALE :</b>	<b>62</b>	<b>49</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>65</b>
													<b>51</b>

# T1B Personale a Tempo Pieno e Parziale Aziende Sanitarie Universitarie

LA TABELLA NON RISULTA RILEVATA

# T1c Personale delle strutture di ricovero pubbliche per tipologia di personale

Tipologia	Tempo Indeterminato				Tempo Determinato				Com. Da Altri Enti		Com. Ad Altri Enti		Presenti Al 31/12	
	T.Pieno		T.Parz.		T.Pieno		T.Parz.		U	D	U	D		
	U (a)	D (b)	U (c)	D (d)	U	D	U	D						
<b>RUOLO SANITARIO</b>														
MEDICO	26	14	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	26	15
FARMACISTA	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
BIOLOGO	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
PERS.INFERMIERISTICO	54	47	2	2	3	5	0	0	1	0	0	0	56	49
PERS.TECNICO SANITARIO	7	2	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	7	2
PERS.DELLA RIABILITAZIONE	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
<b>RUOLO TECNICO</b>														
OPERATORE TECNICO	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL'ASSISTENZA	5	4	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	5	4
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>														
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO - PROFESSIONALE	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Tipologia	Tempo Indeterminato				Tempo Determinato				Com. Da Altri Enti		Com. Ad Altri Enti		Presenti Al 31/12	
	T.Pieno		T.Parz.		T.Pieno		T.Parz.		U	D	U	D	U	D
	U (a)	D (b)	U (c)	D (d)	U	D	U	D						
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	3	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6
<b>TOTALE :</b>	<b>103</b>	<b>81</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>106</b>	<b>85</b>

# T1f Dirigenti medici distinti per specialità in servizio al 31/12

Specializzazioni	Tempo Indeterminato		15 septies (D.Lgs 502/92)		Medici Universitari		Specialisti Ambulatoriali Convenzionati (*)		Totale Personale	
	U (a)	D (b)	U (c)	D (d)	U (e)	D (f)	U	D	U (a+c+e)	D (b+d+f)
ANESTESIA RIANIMAZIONE, TERAPIA INTENSIVA E DEL DOLORE	3	3	0	0	0	0	0	0	3	3
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	3	1	0	0	0	0	0	0	3	1
CHIRURGIA GENERALE	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0
GERIATRIA	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	3	1	0	0	0	0	0	0	3	1
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0
MEDICINA INTERNA	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0
NEFROLOGIA	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
OFTALMOLOGIA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1
OTORINOLARINGOIATRIA	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
PATOLOGIA CLINICA E BIOCHIMICA CLINICA	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
PEDIATRIA	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
RADIODIAGNOSTICA	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1
MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1

Specializzazioni	Tempo Indeterminato		15 septies (D.Lgs 502/92)		Medici Universitari		Specialisti Ambulatoriali Convenzionati (*)		Totale Personale	
	U (a)	D (b)	U (c)	D (d)	U (e)	D (f)	U	D	U (a+c+e)	D (b+d+f)
<b>TOTALE :</b>	<b>26</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>26</b>	<b>15</b>

(\*) La figura professionale evidenziata non concorre a determinare i totali di colonna