



REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
ENNA

DELIBERA N. ....1092....

DEL .....26 LUG 2022

OGGETTO: Adozione Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) ASP di Enna – Triennio 2022/2024.

U.O. PROPONENTE: Coordinamento Staff Aziendali

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE N. ....489877

DEL .....20/07/2022

IL DIRIGENTE DELLA U.O. C.  
Controllo di Gestione e SIS  
Dott.ssa Lorenza Garofalo

IL DIRIGENTE DELLA U.O. C.  
Coordinamento Staff Aziendali  
Avv. Giuseppe Capizzi

S.E.F.P.

Si attesta la copertura finanziaria e la compatibilità con il bilancio di previsione vigente.

come da prospetto allegato (ALL. N. \_\_\_\_\_) che è parte integrante della presente delibera.

Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ C.E. / C.P. \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE DEL S.E.F.P.

Dott.ssa Ornella Monasteri

DATA RICEZIONE DELLA PROPOSTA PRESSO U.O.C. STAFF \_\_\_\_\_

## PREMESSO

Che l'art. 6 del D.L. n. 80 del 09/06/2021, convertito con modificazioni nella Legge n. 136 del 06/08/2021, prevede che tutte le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2 del D. Lgs. n. 165/2001 con più di 50 dipendenti, adottino, a regime, entro il 31 gennaio di ogni anno, un nuovo strumento di programmazione, denominato "Piano Integrato di Attività e Organizzazione" (P.I.A.O.) di durata triennale con aggiornamento annuale;

Che il comma 6-bis dell'art. 6, introdotto dal Decreto Legge n. 228 del 30/12/2021, c.d. Decreto "Milleproroghe", ha differito il termine di adozione del P.I.A.O. al 30 aprile 2022 e, con successivo Decreto Legge n. 36/2022 P.N.R.R. n. 2 recante misure urgenti per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) è stato ulteriormente differito il termine al 30 giugno 2022;

Che il DPR 24 giugno 2022 n. 81, pubblicato sulla GU serie generale n. 151 del 30/6/2022, sopprime, in quanto assorbiti dal PIAO, molti dei Piani che le Pubbliche Amministrazioni erano tenute a predisporre annualmente:

- Piano del Fabbisogno del Personale e Piano delle azioni Concrete
- Piano per razionalizzare l'utilizzo delle Dotazioni Strumentali
- Piano della Performance
- Piano della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
- Piano Organizzazione Lavoro Agile
- Piano delle Azioni Positive
- Piano del Fabbisogno;

Che con Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione di concerto con il Ministro dell'Economia e Finanze in data 30/6/2022, è stato pubblicato sul sito dello stesso Ministero, lo schema tipo del PIAO prevedendo le sotto indicate 4 Sezioni, ognuna delle quali suddivisa in sottosezioni:



1. Scheda Anagrafica dell'Amministrazione;
2. Valore pubblico, performance e anticorruzione;
3. Organizzazione e capitale umano;
4. Monitoraggio;

Che il P.I.A.O, quale documento di programmazione triennale con aggiornamento annuale, costituisce una sorta di testo unico di governance e definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali, all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito di impiego e alla progressione di carriera del personale;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;

- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, sia fisica che digitale, all'amministrazione da parte di quei cittadini che, per ragioni di età o per altre condizioni sfavorevoli, hanno bisogno di maggior attenzione;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere;

**Considerato**

Che l'ASP di Enna ha già provveduto alla redazione e pubblicazione dei seguenti documenti:

- Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024 (delibera n. 612 del 29/4/2022);
- Piano della Performance 2022-2024 (delibera n.124 del 28/01/2022);
- Piano Triennale del fabbisogno del personale per il triennio 2021-2023 (delibera n.5 del 5/01/2022);
- Piano Formativo anno 2022 (delibera n. 427 del 24/03/2022);

Che la Direzione ha individuato un gruppo di lavoro per la predisposizione, entro il 20 luglio 2022, del PIAO, composto dal Responsabile Controllo di Gestione e SIS, Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, Responsabile Coordinamento Staff, Responsabile Risorse Umane, Responsabile Formazione, Responsabile URP e Responsabile Gestione rete e dati;

Che i Dirigenti Responsabili delle strutture sopracitate hanno elaborato le sezioni e sottosezioni di rispettiva competenza secondo le indicazioni del D.M. 30 giugno 2022, integrando in un unico testo la pianificazione delle attività e organizzazione di questa Azienda nel documento definito " PIAO ASP di Enna — triennio 2022/2024", allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;

Che l'allegato Piano Integrato di Attività e Organizzazione, parte integrante e sostanziale del presente atto, è articolato in quattro sezioni:

1. Scheda Anagrafica dell'Amministrazione;
2. Valore pubblico, performance e anticorruzione;
3. Organizzazione e capitale umano;
4. Monitoraggio;

**VISTI I SEGUENTI ALLEGATI ALLA PRESENTE DELIBERAZIONE**

A) PIAO ASP di Enna - triennio 2022/2024" e relativi allegati

**26 LUG 2022**

L'anno duemilaventidue il giorno ..... del mese di ..... nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

**IL DIRETTORE GENERALE**

Dott. Francesco Iudica nominato con Decreto Presidenziale n. 189/serv.1/S.G. del 04/04/2019, coadiuvato dal Direttore Amministrativo, Dr.ssa Sabrina Cillia e dal Direttore Sanitario, Dott. Emanuele Cassarà e con l'assistenza del Segretario Verbalizzante \_\_\_\_\_

**VISTI**

- ✓ La superiore proposta
- ✓ La Legge Regionale 5/2009 e s.m.i.;
- ✓ L'Atto Aziendale adottato con delibera n° 902 del 19 Giugno 2020;
- ✓ Il D.Lgs. n. 165/2001 s.m.i.;

**Dato** atto che il Direttore della UOC che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo ed utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dal D.L. 23/10/1996, come modificato dalla L. 20/12/1996 n. 639, e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della Legge 6/11/2012 n. 190 — Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A. — nonché nell'osservanza dei contenuti del Piano Aziendale della Prevenzione della Corruzione 2022/2024;

**Con il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo**

**DELIBERA**

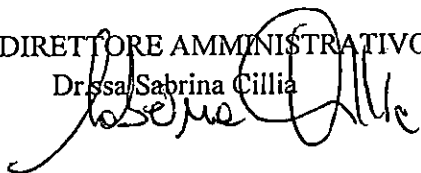
Per le motivazioni descritte in narrativa, che si intendono integralmente trascritte e riportate:

**Adottare** il P.I.A.O. ASP di Enna —triennio 2022/2024 allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale, secondo quanto disposto dall'art. 6 del Decreto Legge n. 80 del 09/06/2021, convertito con modificazioni nella Legge n. 136 del 06/08/2021.

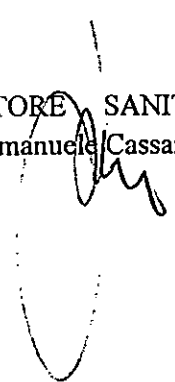
**Pubblicare** il suddetto PIAO; ai sensi del D.M. 30/6/2022 art. 7, sul sito istituzionale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri e sul sito istituzionale dell'ASP di Enna, Sezione "Amministrazione Trasparente/Disposizioni generali /Atti generali".

**Dichiarare** il presente atto deliberativo immediatamente esecutivo al fine di dare tempestiva attuazione alle disposizioni normative citate in premessa

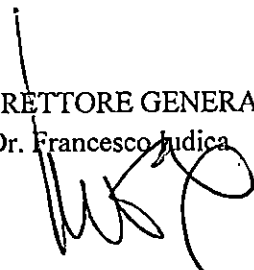
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dr.ssa Sabrina Cillia



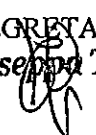
IL DIRETTORE SANITARIO  
Dr. Emanuele Cassarà



IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Francesco Judica



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE  
Giuseppa Tornabene



**PUBBLICAZIONE**

Si dichiara che la presente deliberazione, su conforme relazione dell'addetto, è stata pubblicata in copia all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n° 30/93 s.m.i., e dell'art. 32 della L. n. 69 del 18/06/2009

dal 13 1 LUG 2022

al 14 AGO 2022

L'incaricato

PER DELEGA DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
IL Dirigente U.O.C. COORD. STAFF

Notificata al Collegio Sindacale il ..... con nota prot. n° .....

**DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO**

dell'Assessorato Regionale Sanità ex L.R. n° 5/09 trasmessa in data \_\_\_\_\_ prot. n° \_\_\_\_\_

SI ATTESTA

che l'Assessorato Regionale Sanità:

- ha pronunciato l'approvazione con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- ha pronunciato l'annullamento con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n° 5/09 dal \_\_\_\_\_

**DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO**

- esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L.R. n° 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n° 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal \_\_\_\_\_
- immediatamente esecutiva dal 26 LUG 2022

Enna li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO

**REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA**

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

Enna li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO



## Piano Integrato di Attività e organizzazione

---

Valore Pubblico

Impatto

Performance

Risorse

Efficacia

Efficienza

Asp di Enna

VIALE DIAZ 7/9, 94100 ENNA | [protocollo.genereale@pec.asp.enna.it](mailto:protocollo.genereale@pec.asp.enna.it)

## Sommario

Sezione 1 - Scheda Anagrafica dell'Amministrazione.....	3
1.1 Chi siamo .....	3
1.2 Come operiamo .....	4
1.3 Dati strutturali .....	7
Sezione 2 – Valore pubblico – Performance – Anticorruzione .....	18
2.1 Valore Pubblico.....	18
2.2 Performance .....	23
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza .....	32
Sezione 3 Organizzazione e capitale umano .....	55
3.1 Struttura organizzativa .....	55
3.2 Organizzazione del lavoro agile .....	57
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale .....	61
Sezione 4 - Monitoraggio.....	66
4.1 Valore Pubblico.....	66
4.2 Performance .....	66
4.3 Rischi corruttivi e Trasparenza .....	66
4.4 Organizzazione e capitale umano.....	66
Nota metodologica .....	67

### Allegati

2.2 Performance: Allegato A - "Gerarchia degli Obiettivi"

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza: Allegati n. 1, n. 2, n. 3

## Premessa

Uno dei principali temi ricorrenti negli ultimi decenni – come ampiamente ribadito nel PNRR - è la centralità della semplificazione amministrativa e normativa per il rilancio del tessuto economico del nostro Paese.

In tale ambito si inserisce senz'altro l'introduzione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, in breve P.I.A.O., introdotto dall'articolo 6 del Decreto Reclutamento (D.L. 80/2021) "*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*" convertito con modificazioni dalla Legge 113/2021 che ne ha previsto l'adozione da parte delle amministrazioni con più di 50 dipendenti al fine di "*assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi*".

Il Piano assorbe in un unico documento di programmazione e governance molti degli atti di pianificazione che fino ad oggi le Amministrazioni erano tenute a predisporre distintamente quali il Piano Performance, il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, il Piano dei Fabbisogni di Personale e Piano Formativo, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile.

Il presente Piano rappresenta, pertanto, una sorta di testo unico della programmazione aziendale di durata triennale, da aggiornare annualmente entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il Piano sinteticamente deve definire:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare nel corso del 2022;
- 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;
- le modalità di monitoraggio degli esiti con cadenza periodica.

Il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ai sensi del comma 6, art.6 del D.L. 80/2021, convertito in Legge n.113/2021, ha adottato in piano tipo, quale strumento di supporto alle amministrazioni.

La normativa emanata puntualizza il concetto di "Valore Pubblico" che si rinvia nel nuovo modo di concepire i percorsi di miglioramento delle amministrazioni pubbliche e, in particolare delle loro performance.

Una Pubblica Amministrazione in cui tutte le unità operative hanno raggiunto performance organizzative eccellenti erogando servizi di qualità, grazie al contributo individuale dei dirigenti e dei dipendenti, sarebbe, comunque, sterile se non riuscisse a creare "Valore Pubblico", ossia ad aumentare il benessere reale della collettività e non riuscisse a salvaguardare le proprie condizioni di sopravvivenza e di sviluppo.

Occorre, dunque, fare leva sui valori intangibili, quali la capacità organizzativa di adattarsi alle nuove esigenze, lo sviluppo delle competenze delle risorse umane, lo sviluppo della rete di relazioni interne ed esterne, la capacità di leggere i bisogni di salute e di dare risposte adeguate, l'orientamento verso l'innovazione, la sostenibilità delle scelte, l'abbassamento del rischio dei fenomeni corruttivi che ridurrebbero il valore pubblico.



## Sezione 1 - Scheda Anagrafica dell'Amministrazione

### 1.1 Chi siamo

L'A.S.P. di Enna è stata costituita con la L.R. n. 5/2009; è un ente dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale.

La sede legale dell'Azienda si trova ad Enna, Viale Armando Diaz, n. 7/9, con codice fiscale e partita IVA n. 01151150867.

Il logo con cui si identifica l'Azienda è quello di seguito rappresentato:



Il sito istituzionale è il seguente: [www.aspenna.it](http://www.aspenna.it)

**L'ambito territoriale** dell'Azienda comprende l'intera provincia di Enna (di cui fanno parte i comuni di Enna, Calascibetta, Catenanuova, Centuripe, Valguarnera, Villarosa, Piazza Armerina, Aidone, Barrafranca, Pietraperzia, Nicosia, Cerami, Gagliano Castelferrato, Sperlinga, Troina, Agira, Assoro, Leonforte, Nissoria, Regalbuto) e il Comune di Capizzi in provincia di Messina.

Il territorio aziendale è suddiviso in 4 Distretti Sanitari:

- Distretto Sanitario di Enna**, comprendente i Comuni di Enna, Calascibetta, Catenanuova, Centuripe, Valguarnera e Villarosa;
- Distretto Sanitario di Piazza Armerina** comprendente i Comuni di Piazza Armerina, Aidone, Barrafranca e Pietraperzia;
- Distretto Sanitario di Nicosia** comprendente i Comuni di Nicosia, Capizzi, Cerami, Gagliano C.to, Sperlinga e Troina;
- Distretto Sanitario di Agira**, comprendente i Comuni di Agira, Assoro, Leonforte, Nissoria e Regalbuto.



Nell'ambito del territorio dell'Azienda con D. A. n. 22 del 11 gennaio 2019 sono state confermate le seguenti strutture ospedaliere, classificate secondo i livelli di complessità crescente previsti dal D.M. 70/2015:

- P.O. Umberto I di Enna - Dipartimento di emergenza urgenza e di accettazione di I livello
- P.O. "M. Chiello" di Piazza Armerina - Presidio ospedaliero di base
- P.O. "C. Basilotta" di Nicosia - Presidio ospedaliero di base
- P.O. "Ferro-Branciforti-Capra" di Leonforte - Presidio ospedaliero zona disagiata

**La missione istituzionale** dell'ASP di Enna è di tutelare la salute della popolazione residente per consentire alla stessa la migliore qualità di vita possibile e assicurare i livelli essenziali di assistenza (LEA) indicati nel Piano Sanitario Nazionale e nel Piano Sanitario Regionale.

L'Azienda svolge funzioni di tutela e di promozione della salute sia individuale che collettiva della popolazione residente e/o presente, attraverso attività di educazione alla salute, prevenzione, cura degli stati di malattia e recupero della salute, volte a garantire la migliore qualità di vita possibile.

Le scelte sanitarie sono effettuate in coerenza con le politiche nazionali e regionali, curando l'integrazione con le altre aziende - sanitarie e non - operanti sul territorio e con il coinvolgimento dei cittadini, sia in forma associata che individuale.

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

L'Azienda persegue obiettivi di miglioramento della qualità a tutti i livelli, sia con riferimento ai servizi offerti alla popolazione (innovazione tecnologica, percorsi di accreditamento, sicurezza dei pazienti), sia con riferimento alla valorizzazione dei propri dipendenti (benessere organizzativo, percorsi di formazione intra ed extra-aziendali).

**Gli organi** dell'ASP sono il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale.

L'Azienda realizza i propri fini istituzionali attraverso le unità operative che direttamente fanno capo alla Direzione Strategica, attraverso le articolazioni dell'ambito sanitario ospedaliero e territoriale, attraverso i Dipartimenti (articolati al loro interno in strutture complesse e strutture semplici).

A seguito del riordino della rete ospedaliera, in ultimo con il Decreto Assessoriale n. 22/2019, l'Azienda ha ridisegnato il proprio assetto organizzativo come riportato nell' Atto Aziendale approvato dall'Assessorato e recepito dall'Azienda con del. n. 902 del 19/6/2019.

## **1.2 Come operiamo**

L'Azienda persegue le sue finalità attraverso le proprie articolazioni operative, come definite nell'Atto Aziendale.

Il modello operativo fondamentale è il Dipartimento con le sue articolazioni (unità operative complesse e semplici). Al Dipartimento si affiancano le Unità operative complesse (UOC), Unità operative semplici dipartimentali (UOSD) e semplici (UOS) e le Unità operative che direttamente fanno capo alla Direzione Aziendale. Per una dettagliata descrizione dell'organizzazione e del funzionamento delle strutture aziendali si rimanda all'Atto Aziendale pubblicato sul sito istituzionale.

L'Atto Aziendale individua le competenze attribuite ai Direttori di Dipartimento e ai Direttori di struttura complessa. I dirigenti esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti d'indirizzo e programmazione annuale delle attività, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati; sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

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

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

I **Dipartimenti funzionali** accorpano "orizzontalmente" le unità operative e hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico-assistenziale, definendo percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per determinate categorie di pazienti.

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

Le **Strutture Semplici**, Unità operative semplici dipartimentali (UOSD) e Unità operative semplici (U.O.S.) sono contrassegnate da un sistema di produzione con significativo valore economico (sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane assegnate) che assicuri attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile.

L'ASP di Enna serve una popolazione di 160.608 abitanti (dato all'0/01/2021 - Fonte ISTAT), attraverso le articolazioni organizzative sottoindicate:

1. Distretti sanitari
2. Presidi ospedalieri
3. Dipartimenti strutturali e funzionali
4. Unità Operative Complesse (U.O.C.)
5. Unità Operative Semplici (all'interno di U.O.C. o a valenza dipartimentale)

1. L'Azienda è articolata in 4 Distretti Sanitari:

- a. Distretto di Enna
- b. Distretto di Piazza Armerina
- c. Distretto di Agira
- d. Distretto di Nicosia

2. Sul territorio insistono 4 presidi ospedalieri, classificati per livelli di complessità come previsto dal D.M. 70/2015

- a. P.O. "Umberto I" - Enna - Dipartimento di emergenza urgenza e di accettazione di I liv.
- b. P.O. "M. Chiello" - Piazza Armerina - Presidio ospedaliero di base
- c. P.O. "C. Basilotta" - Nicosia - Presidio ospedaliero di base
- d. P.O. "Ferro - Branciforti - Capra" - Leonforte - Presidio ospedaliero zona disagiata

3. L'Atto Aziendale individua i seguenti Dipartimenti

**a. Dipartimenti Strutturali**

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

**b. Dipartimenti Funzionali**

– Ambito territoriale:

- Dipartimento dell'Assistenza Distrettuale e dell'Integrazione Socio-Sanitaria

– Ambito ospedaliero:

- Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA)
- Dipartimento di Medicina
- Dipartimento di Chirurgia
- Dipartimento dei Servizi

– Ambito transmurale:

- Dipartimento Materno-Infantile

– Ambito Amministrativo

- Dipartimento Amministrativo

Si rimanda all'Atto Aziendale, adottato con delibera n. 902 del 19/6/2020 per un quadro più dettagliato della struttura organizzativa aziendale, e in particolare all'allegato "Organigramma delle Strutture Organizzative", riportato anche come allegato al presente Piano.

## Gli Interlocutori o Stakeholders

La programmazione e le strategie organizzative e gestionali sono orientate alla valorizzazione della centralità dell'utente.

In questa prospettiva l'Azienda intende impiegare costantemente i principali strumenti organizzativi e informativi nei confronti di tre categorie di interlocutori:

- **soggetti pubblici** Ministero della Salute, Assessorato Regionale della Salute, Comuni, Università, Ordini professionali, altre Aziende Sanitarie)
- **soggetti privati** (Società private, Fornitori, Dipendenti, Organizzazioni Sindacali)
- **collettività** (Utenti, Associazioni, Cittadini, Scuole, Media)

## Le risorse umane

Le risorse umane rappresentano, insieme alle risorse finanziarie, la componente fondamentale per la gestione delle attività che l'Azienda è chiamata ad erogare. La dotazione organica è stata approvata dall'Assessorato. Il numero complessivo dei dipendenti di ruolo, ivi compreso i dipendenti a tempo determinato al 31 dicembre 2021, è come di seguito rappresentato: (dato fornito dal Personale)

Profilo	Q.ta	Q.ta%
Infermiere	759	39,76%
Medico	368	19,29%
Ausiliario spec.	124	6,51%
Operatore tecn.	82	4,29%
Coad. Amministrativo	77	4,04%
Tecnico sanitario	77	4,04%
Operatore Socio San.	78	4,10%
Assis. Amministrativo	44	2,28%
Altri (<2%)	300	15,72%
<b>Totale</b>	<b>1909</b>	

## Le risorse economico-finanziarie

Dal punto di vista istituzionale la Regione rappresenta per l'Azienda l'interlocutore principale: il finanziamento è definito dall'Assessorato Regionale, che orienta il governo economico sulla base della programmazione sanitaria espressa nel Piano Sanitario Regionale. In concreto, la Regione ha in carico la gestione della politica sanitaria rivolta ai propri cittadini e la realizza attraverso l'attività delle aziende sanitarie, per le quali individua le priorità di intervento attraverso la definizione e l'assegnazione di specifici obiettivi, che sono definiti sia nel Piano Sanitario Regionale, sia negli obiettivi di mandato conferiti ai Direttori Generali.

A seguito dell'assegnazione delle risorse del FSR l'Azienda adotta il proprio Bilancio di Previsione che rappresenta il punto di partenza nell'individuazione delle risorse finanziarie a disposizione.

Il Bilancio di previsione tiene conto del Piano degli Investimenti, nei limiti della disponibilità finanziaria.

Nelle more di detta assegnazione la Direzione Aziendale ha adottato la delibera n. 24/2022 con la quale, al fine di garantire la continuità della gestione aziendale, ha assegnato ai Servizi un budget provvisorio pari al 80% del budget dell'anno precedente.

Di seguito i dati di bilancio a consuntivo 2020 e 2021 che attestano il rispetto dell'obbligo dell'equilibrio di bilancio anni 2020 e 2021, evidenziando un risultato positivo di gestione.

Gestione	2020	2021	Scostamento	
Valore della produzione	387.782.872	400.123.692	12.340.820	3,18%
Costi della produzione	379.496.841	391.805.427	12.308.586	3,24%
Margine Operativo	8.286.031	8.318.265	32.234	0,39%
Gestione finanziaria	-41.510	-45.833	-4.323	10,41%
Oneri e proventi straordinari	132.065	218.552	86.487	65,49%
Imposte e tasse	8.368.431	8.331.216	-37.215	-0,44%
Risultato economico d'esercizio	91.175	159.768	68.593	75,23%

I processi aziendali consolidati nel tempo, inerenti la programmazione delle risorse, degli investimenti e degli acquisti, in linea con quanto previsto dai Percorsi di certificabilità del Bilancio, l'oculatazza delle scelte finanziarie, gestionali ed operative, orientate ad una corretta gestione economico finanziaria, consentirà di rispettare i limiti di spesa assegnati dall'Assessorato in sede di negoziazione delle risorse, al fine di raggiungere nel 2022, come negli anni precedenti, l'equilibrio di bilancio.

### 1.3 Dati strutturali

La programmazione delle attività erogate intende garantire, prioritariamente i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA - DPCM 12.01.2017)), cioè quelle prestazioni e quei servizi che, per la loro rilevanza in termini di promozione della salute e del benessere della persona, vanno garantiti dal SSN a tutta la popolazione, o gratuitamente o dietro corresponsione di un ticket.

Il DPCM sopra citato individua tre grandi livelli di assistenza:

1. assistenza ospedaliera
2. prevenzione collettiva e sanità pubblica
3. assistenza distrettuale

#### 1. Assistenza Ospedaliera

I posti letto strutturali da Modello HSP 12 sono complessivamente 394 di cui n. 336 ordinari e n. 58 in D.H. mentre i posti letto operativi (modello HSP 22 bis) sono stati complessivamente n. 340,98 (n. 291,48 ordinari e n. 49,5 D.H.), come di seguito dettagliato:

Distribuzione dei posti letto anno 2021					
Regime	Struttura	PL strutturali Mod. HSP 12		PL Mod. HSP 22 bis	
		PL ordinari	PL DH	PL ordinari	PL DH
Acuti	S.O. Umberto I	169	24	149,9	17,83
	S.O. Chiello	47	11	42,16	12
	S.O. Basilotta	66	13	60,25	11,17
	S.O. F.B.C.	19	8	12	6,5
Totale posti letto per acuti		301	56	264,31	47,5
Lungodegenza	S.O. Umberto I	0	0	0	0
Lungodegenza	S.O. Chiello	4	0	4	0
Lungodegenza	S.O. Basilotta	2	0	0,92	0
Lungodegenza	S.O. F.B.C.	3	0	2,75	0
Riabilitazione post acuzie	S.O. Umberto I	6	2	4,5	2
Riabilitazione post acuzie	S.O. Chiello	4	0	4	0
Riabilitazione post acuzie	S.O. Basilotta	4	0	0	0
Riabilitazione post acuzie	S.O. F.B.C.	12	0	11	0
<b>Totale Posti letto effettivi</b>		<b>336</b>	<b>58</b>	<b>291,48</b>	<b>49,5</b>

Posti letto Covid c/o P.O. Umberto I	PL strutturali Mod. HSP 12
Degenza Covid	41
Terapia Intensiva	8
Ostetricia e Ginecologia	3
Neonatologia (Utin Neonotologia)	3
<b>TOTALE</b>	<b>55</b>

L'attività erogata negli ospedali è di seguito sinteticamente rappresentata

<b>Assistenza ospedaliera</b>	
<b>Area di attività</b>	
Pronto soccorso	
Ricovero ordinario per acuti	
Day surgery	
Day hospital	
Riabilitazione e lungodegenza post acuzie	
Attività trasfusionali	
Attività di trapianto di cellule, organi e tessuti	
Centri antiveleni (CAV)	

Di seguito si rappresenta graficamente la distribuzione dei ricoveri nei 4 Presidi Ospedalieri che registra nel 2021 un numero di ricoveri costante rispetto al 2020.

Struttura	anno 2020				anno 2021			
	R.O.	D.H.	Tot ord+DH	Day Service	R.O.	D.H.	tot ord+D	Day Service
P.O. UMBERTO I	5.825	594	<b>6.419</b>	2.534	5.779	560	6.339	3.238
P.O. CHIELLO	1.085	149	<b>1.234</b>	262	1.197	205	1.402	265
P.O.BASILOTTA	456	79	<b>535</b>	228	519	24	543	227
P.O. FBC	1.643	245	<b>1.888</b>	278	2.087	211	2.298	478
<b>TOTALE ASP</b>	<b>9.009</b>	<b>1.067</b>	<b>10.076</b>	<b>3.302</b>	<b>9.582</b>	<b>1.000</b>	<b>10.582</b>	<b>4.208</b>

Riepilogo giornate di degenza

Struttura	anno 2020				anno 2021			
	GG.DD. R.O.	Accessi D.H.	GG.DD e Accessi (ord+DH)	P.M. Day Service	GG.DD. R.O.	Accessi D.H.	Accessi (ord+DH)	Accessi Day Service
P.O. UMBERTO I	49.205	1083	<b>50.288</b>	7.466	43.805	829	44.634	8.852
P.O. CHIELLO	10.580	253	<b>10.833</b>	648	11.681	369	12.050	592
P.O.BASILOTTA	6605	247	<b>6852</b>	501	6566	69	6635	459
P.O. FBC	12.805	730	<b>13.535</b>	579	15.684	703	16.387	980
<b>TOTALE ASP</b>	<b>79.195</b>	<b>2.313</b>	<b>81.508</b>	<b>9.194</b>	<b>77.736</b>	<b>1.970</b>	<b>79.706</b>	<b>10.883</b>

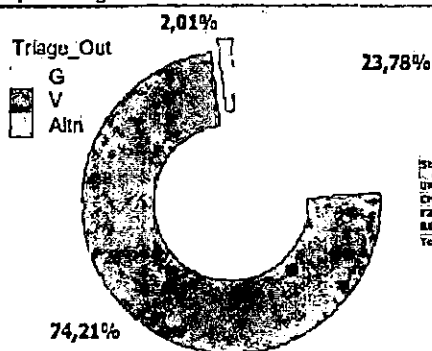
Dati di attività dei quattro Pronto Soccorso

L'attività di emergenza urgenza ospedaliera è assicurata dai quattro pronto soccorso allocati nei presidi ospedalieri. Si riportano i dati relativi gli accessi nel 2021

<b>Struttura</b>	<b>Traige_OUT</b>	<b>Accessi totali</b>
<b>190319 - P. O. UMBERTO I</b>	<b>S - NA</b>	<b>3.767</b>
	<b>B - Bianco - Non critico</b>	<b>54</b>
	<b>G - Giallo - Mediamente critico</b>	<b>4.386</b>
	<b>N - Nero - Deceduto</b>	<b>36</b>
	<b>R - Rosso - Molto critico</b>	<b>206</b>
	<b>V - Verde - Poco critico</b>	<b>11.128</b>
	<b>Totale</b>	<b>19.577</b>
<b>190320 - P. O. M. CHIELLO</b>	<b>S - NA</b>	<b>189</b>
	<b>B - Bianco - Non critico</b>	<b>127</b>
	<b>G - Giallo - Mediamente critico</b>	<b>1.999</b>
	<b>N - Nero - Deceduto</b>	<b>26</b>
	<b>R - Rosso - Molto critico</b>	<b>48</b>
	<b>V - Verde - Poco critico</b>	<b>10.228</b>
	<b>Totale</b>	<b>12.617</b>
<b>190321 - P. O. FERRO-CAPRA- BRANCIFORTE</b>	<b>S - NA</b>	<b>66</b>
	<b>B - Bianco - Non critico</b>	<b>39</b>
	<b>G - Giallo - Mediamente critico</b>	<b>770</b>
	<b>N - Nero - Deceduto</b>	<b>19</b>
	<b>R - Rosso - Molto critico</b>	<b>48</b>
	<b>V - Verde - Poco critico</b>	<b>3.166</b>
	<b>Totale</b>	<b>4.108</b>
<b>190322 - P. O. CARLO BASILOTTA</b>	<b>S - NA</b>	<b>57</b>
	<b>B - Bianco - Non critico</b>	<b>118</b>
	<b>G - Giallo - Mediamente critico</b>	<b>2.414</b>
	<b>N - Nero - Deceduto</b>	<b>7</b>
	<b>R - Rosso - Molto critico</b>	<b>81</b>
	<b>V - Verde - Poco critico</b>	<b>5.344</b>
	<b>Totale</b>	<b>8.021</b>
<b>Totale</b>	<b>44.323</b>	



Casi per Triage OUT



Media complessiva giornaliera accessi del periodo: 121

Media accessi per mese

Media mensile accessi 3.694

Struttura	Gen	Feb	Mar	Apr	Mai	Giun	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
UPO	41	48	49	54	61	61	58	54	54	56	54	54
UPE	22	24	23	25	26	27	29	28	25	25	24	24
UZE	8	6	8	10	12	14	13	12	13	12	12	12
UAS	15	13	13	22	26	32	32	25	22	32	33	34
Totale	101	109	110	115	133	137	134	123	123	127	126	124

Regime	Nro Ricette	Nro Prestazioni	Importo lordo	Importo netto	Ticket
1-1 - SSN - Esente Totale	307.236	1.500.109	€ 16.341.926,07	€ 16.341.926,07	€ 0,00
1-2 - SSN - Non Esente	61.688	158.883	€ 2.544.328,12	€ 951.204,51	€ 1.593.123,61
7-1 - Stranieri Paesi convenzionati SSN (a carico SSN) - Esente Totale	141	592	€ 6.260,14	€ 6.260,14	€ 0,00
7-2 - Stranieri Paesi convenzionati SSN (a carico SSN) - Non Esente	135	171	€ 11.176,10	€ 6.159,48	€ 5.016,62
9-1 - Altro - Esente Totale	11	97	€ 560,09	€ 560,09	€ 0,00
3-1 - NA - Esente Totale	3	47	€ 173,98	€ 173,98	€ 0,00
3-2 - NA - Non Esente	2	72	€ 268,23	€ 218,23	€ 50,00
<b>Totale</b>	<b>368.799</b>	<b>1.659.971</b>	<b>€ 18.904.692,73</b>	<b>€ 17.306.502,50</b>	<b>€ 1.598.190,23</b>

L'offerta relativa all'assistenza ambulatoriale è garantita dalle strutture riepilogate nei seguenti prospetti:

Distribuzione per livello di assistenza delle strutture a gestione diretta (alcune strutture espletano più tipologie di assistenza)												
TIPO STRUTTURA	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio/Laboratorio	34	4	4									
Struttura residenziale									2		1	
Struttura semi-residenziale					1					1	2	
Altro tipo di struttura				9	19	4						1

Distribuzione per livello di assistenza delle strutture convenzionate (alcune strutture espletano più tipologie di assistenza)												
TIPO STRUTTURA	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio/ Laboratorio	6	9	13									
Struttura residenziale					2				1		1	
Struttura semi-residenziale												
Altro tipo di struttura												

## 2. Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Prevenzione collettiva e sanità pubblica Aree di intervento
<b>Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali</b>
<b>Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati</b>
<b>Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro</b>
<b>Salute animale e igiene urbana veterinaria</b>
<b>Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori</b>
<b>Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale</b>
<b>Attività medico legali per finalità pubbliche</b>

Nell'ambito della macro-area **Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica** nel corso del 2021 è stata data continuità alle azioni di controllo delle principali zoonosi attuate negli anni precedenti (controllo sanitario degli insediamenti produttivi e delle specie sensibili in essi presenti e controllo anagrafico dei capi bovini e ovi-caprini) e i risultati attesi relativi gli obiettivi individuati nel P.A.A. - Sanità veterinaria - sono stati raggiunti.

Per quanto riguarda i **programmi vaccinali**, l'attività di informazione specifica rivolta alla popolazione e di formazione per i MMG, PLS, medici igienisti ha certamente sostenuto il mantenimento di elevati livelli di copertura vaccinale per tutte le vaccinazioni offerte, sia obbligatorie sia raccomandate (P.A.A. – Coperture vaccinali e sorveglianza delle malattie infettive); si è registrato il costante superamento del 95% per il ciclo di base dei vaccini di tutte le coorti d'obbligo, con coperture spesso ampiamente superiori alla media regionale.

Coperture spesso ampiamente superiori alla media regionale per le vaccinazioni antimeningococco B, anti Men ACWY nei bambini.

Per gli stessi vaccini antimeningite e per l'anti HPV i risultati sono stati di buon livello e sempre ampiamente superiori alla media regionale negli adolescenti, tenuto conto che la fascia di età 13-18 anni è stata quella più penalizzata come prevenzione vaccinale nel corso della pandemia da nuovo coronavirus.

Anche gli obiettivi relativi l'ambito della **sicurezza alimentare** (P.A.A.) hanno trovato attuazione al 100%, sia per quanto riguarda gli obiettivi a più immediato impatto sullo stato di benessere della popolazione (attività di controllo sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano per verificarne la conformità ai criteri di sicurezza; attività previste dal Piano Nazionale Residui), che per quanto riguarda obiettivi di natura gestionale (alimentazione del sistema informativo regionale).

Nell'ambito delle attività di prevenzione rientrano fra i livelli essenziali di assistenza gli **screening oncologici** per tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colon retto; la diagnosi precoce, che le campagne di screening consentono di implementare, è in grado di ridurre la mortalità per le sopra citate patologie. Nel 2021 sono stati raggiunti significativi risultati oltre ai valori medi regionali.

### 3. Assistenza Distrettuale

**L'assistenza primaria distrettuale** è assicurata dai Distretti Sanitari realizzando un elevato livello di integrazione tra le strutture che erogano prestazioni sanitarie e tra queste ed i servizi socio assistenziali, offrendo una risposta coordinata e continuativa ai bisogni di salute della popolazione. Include tutte le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio:

Il DPCM 12 gennaio 2017 individua, inoltre, le categorie di cittadini a cui va garantita l'assistenza sociosanitaria, cioè le prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute associando azioni di supporto e di protezione sociale alle prestazioni sanitarie:

- malati cronici non autosufficienti (incluse le demenze)
- malati in fine vita
- persone con disturbi mentali
- minori con disturbi in ambito psichiatrico e del neurosviluppo
- persone con dipendenze patologiche
- persone con disabilità.

<b>Assistenza distrettuale Attività e servizi</b>
<b>Assistenza sanitaria di base (erogata dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta)</b>
<b>Continuità assistenziale (l'assistenza di base nelle ore notturne e nei giorni prefestivi e festivi, e l'assistenza ai turisti)</b>
<b>Emergenza sanitaria territoriale (stabilizzazione delle condizioni del malato e trasporto presso il presidio ospedaliero, coordinata dalla Centrale operativa 118), e assistenza sanitaria in occasione di maxi emergenze, eventi o manifestazioni</b>
<b>Assistenza farmaceutica (erogazione dei medicinali attraverso le farmacie convenzionate e le farmacie direttamente gestite dalle ASP e dagli ospedali)</b>
<b>Assistenza integrativa (erogazione di dispositivi medici e di alimenti particolari) a specifiche categorie di pazienti</b>
<b>Assistenza specialistica ambulatoriale (prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate dai medici specialisti ambulatoriali)</b>
<b>Assistenza protesica (erogazione di protesi, ortesi, ausili tecnologici e dispositivi medici a persone con disabilità permanenti)</b>
<b>Assistenza termale (erogazione di cicli di prestazioni terapeutiche in ambiente termale a specifiche tipologie di pazienti)</b>
<b>Cure domiciliari alle persone non autosufficienti affette da malattie croniche;</b>
<b>Assistenza alle donne, alle coppie, alle famiglie e ai minori, per la tutela della gravidanza e della maternità, la procreazione responsabile, il supporto all'affidamento e all'adozione, la prevenzione degli abusi e della violenza nell'ambito familiare, ecc. (consultori familiari)</b>
<b>Cure palliative in ambito domiciliare e residenziale alle persone nella fase finale della vita (Unità di Cure palliative e Hospice)</b>
<b>Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, ai minori per la prevenzione e il trattamento di disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo (Servizi di Neuropsichiatria Infantile; comunità terapeutico-riabilitative)</b>
<b>Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali (Servizi di salute mentale, comunità terapeutico-riabilitative, e socio-riabilitative)</b>
<b>Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità (Servizi di riabilitazione, strutture di riabilitazione intensive, estensive e di mantenimento delle abilità funzionali)</b>
<b>Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche (Servizi per le dipendenze, comunità terapeutico-riabilitative e pedagogico-riabilitative)</b>

Si riportano alcuni dati relativi l'assistenza distrettuale.

Relativamente **l'Assistenza Sanitaria di base**, nell'anno 2021, l'ASP di Enna ha operato mediante 131 Medici di Medicina Generale (MMG) e 22Pediatri di Libera Scelta (PLS) per una popolazione assistita rispettivamente di 134.145 e 14.964 unità.

<b>Servizi di Continuità Assistenziale</b>	
Punti Guardia medica	22
Medici Titolari	104
Ore totali	150.718
Contatti effettuati	37.871
Ricoveri prescritti	611
Ore di apertura del servizio	128.017

### **Assistenza Domiciliare Integrata**

Al fine di garantire un adeguato sostegno al paziente con particolari necessità assistenziali sono garantiti diversi servizi gratuiti forniti a domicilio, differenziati a seconda delle esigenze del cittadino. Si riportano alcuni dati relativi all'anno 2021 (Flusso SIAD):

<b>Assistenza domiciliare Integrata</b>	
Casi Trattati	N.ro
Anziani	1779
Malati terminali	301
Altri soggetti	==
Totale	2080

<b>Accessi personale medico</b>	
Anziani	4150
Malati terminali	3307
Totale	7457

<b>Dati di attività</b>	<b>Terapisti Riabilitazione</b>	<b>Infermieri professionali</b>	<b>Altri Operatori</b>	<b>Totale</b>
Ore di assistenza erogata	40.621	31.273	25.357	97.251
Accessi degli operatori	52.764	51.246	26.970	130.980

<b>Nuove attivazioni Cure Palliative</b>	<b>Proroghe</b>
283	289

### Assistenza residenziale agli anziani e disabili

L'ASP di Enna gestisce 60 posti a gestione pubblica diretta e 38 a gestione privata accreditata:

Distretto di Piazza Armerina:

R.S.A. pubblica "Flavia Martinez", allocata presso l'ex Ospedale Rosina di Natale di Pietraprazia,

Distretto di Agira:

- R.S.A. pubblica, presso il P.O. "Ferro Branciforte Capra" di Leonforte

- R.S.A. a gestione privata accreditata "Villa Maria – Salustra SRL", sita in Leonforte

Dati RSA anno 2021			
	RSA Pietraprazia	RSA Pubblica Leonforte	RSA Villa Maria
N. posti letto	40	n. d.	n. d.
Giorni di degenza	8748	n. d.	n. d.
N. ammissioni	58	n. d.	n. d.
N. dimissioni	49	n. d.	n. d.

### Gestione e governo epidemiologico della pandemia

In particolare, si evidenzia l'istituzione ed il governo di **cinque USCA**, di cui una di pronto intervento, che hanno registrato le seguenti attività:

DESCRIZIONE	2020	2021
Visite effettuate	7.883	19.411
Pazienti seguiti	8.676	27.388
Tamponi richiesti	12.266	29.840
Contatti telefonici	18.825	102.094

La gestione **epidemiologica di prevenzione, sorveglianza** e governo dei focolai per il contrasto della diffusione dell'epidemia nel territorio di competenza di questa Azienda, ha richiesto un'organizzazione di carattere eccezionale mediante la costituzione di una task force aziendale ad hoc, di carattere multidisciplinare, per garantire le attività richieste in attuazione delle direttive inerenti ai suddetti provvedimenti e una costante rilevazione e trasmissione dei dati alle istituzioni preposte al coordinamento regionale e nazionale.

Di seguito si sintetizzano le attività svolte e il volume dei servizi erogati:

DESCRIZIONE	Numero
Casi totali gestiti	114.783
Tamponi eseguiti	322.429
Campagne di screening	37
Tamponi Salivari	1.200
Tamponi sequenziali	1.348

Al fine di conferire un'organizzazione strutturata orientata al governo della **gestione dei casi acuti** inerenti alla patologia da Covid-19, la Direzione Aziendale, in data 10 aprile 2020, ha emanato una direttiva per l'istituzione di una Unità di Crisi Aziendale covid-19 e per la organizzazione dell'assetto ospedaliero secondo le esigenze espresse dai provvedimenti sopracitati. Si riporta una sintesi del volume dei ricoveri trattati:

DESCRIZIONE	2020			2021			Totale
	Residenti	Non Residenti	Totale	Residenti	Non Residenti	Totale	
Ricoveri covid	331	33	364	407	100	507	<b>871</b>
Ricoveri non covid	10.891	1.975	12.866	11.638	2.664	14.302	<b>27.168</b>
<b>Totale</b>	<b>11.222</b>	<b>2.008</b>	<b>13.230</b>	<b>12.045</b>	<b>2.774</b>	<b>14.809</b>	<b>28.039</b>

**La campagna vaccinale anti-covid** in Sicilia è iniziata in data 27/12/2020. Questa Azienda seguendo le direttive assessoriali ha istituito 4 punti vaccinali nell'ambito del territorio dell'ASP e per potenziare la campagna vaccinale, così come previsto dalle disposizioni regionali, è stata particolarmente promossa la vaccinazione di prossimità in ogni singolo Comune afferente al territorio, ha assicurato la vaccinazione nelle RSA, CTA, Strutture di accoglienza, Carceri e a domicilio per le fasce deboli della popolazione (over 80 e altamente fragili). Inoltre ha promosso e attuato i protocolli regionali per la vaccinazione mediante MMG e le farmacie.

Di seguito si sintetizzano i dati inerenti le vaccinazioni anti-covid erogate dai centri aziendali.

SOMMINISTRAZIONI EROGATE	
Sede di vaccinazione	Numero
Centri vaccinali	279.642
Prossimità	31.126
Domiciliari	7.682
RSA/CTA	4.126
Carceri	507
Farmacie	23.443
MMG	2.068
<b>Totale</b>	<b>348.594</b>

RESIDENTI VACCINATI IN TERZA DOSE PER FASCE DI ETÀ			
Fascia di età	Popolazione Target	Vaccinati in terza dose	
		Vaccinati	%
dic-17	4.716	2.769	58,72%
18-59	64.245	44.026	68,53%
Over 60	44.366	36.734	82,80%
<b>Totale</b>	<b>113.327</b>	<b>83.529</b>	<b>73,71%</b>

<b>RESIDENTI VACCINATI CON CICLO PRIMARIO PER FASCE DI ETÀ'</b>					
<b>Fascia di età</b>	<b>Popolazione Target</b>	<b>Vaccinati con almeno una dose</b>		<b>Vaccinati in ciclo primario completo</b>	
		<b>Vaccinati</b>	<b>%</b>	<b>Vaccinati</b>	<b>%</b>
05-nov	9.371	2.169	23,15%	1.869	19,94%
dic-59	95.683	81.240	84,91%	81.136	84,80%
Over 60	49.874	48.984	98,22%	49.030	98,31%
<b>Totale</b>	<b>154.928</b>	<b>132.393</b>	<b>85,45%</b>	<b>132.035</b>	<b>85,22%</b>

## Sezione 2 – Valore pubblico – Performance – Anticorruzione

### 2.1 Valore Pubblico

Anche le Pubbliche Amministrazioni e le Aziende non profit devono produrre "VALORE" nel senso che devono essere "UTILI" a soddisfare i bisogni di carattere pubblico o di pubblico interesse o solidaristico.

L'Azienda pubblica produce valore se è in grado di erogare servizi di qualità e se persegue e consegue un miglioramento congiunto ed equilibrato degli impatti esterni ed interni delle diverse categorie di utenti e di stakeholder.

Il livello di EFFICIENZA ed EFFICACIA della gestione aziendale è correlato alla capacità di dare risposte positive ai bisogni degli stakeholder e per fare ciò l'Azienda deve avere la capacità di operare senza accumulare perdite, ossia conseguendo l'equilibrio di bilancio.

Creare valore pubblico significa, quindi, riuscire ad utilizzare le risorse a disposizione con efficienza, economicità ed efficacia in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale (utenti, cittadini, stakeholder in genere) e del contesto aziendale.

Necessita valutare la performance aziendale anche "**dal lato della domanda**" (ovvero delle opportunità di tutela di cui godono i cittadini), non ci si deve limitare a misurare il raggiungimento degli obiettivi di Sanità Pubblica, ma occorre guardare al fenomeno Salute in una accezione olistica.

In tale ottica, si ritiene che il fattore fondamentale per il successo dell'Azienda è costituito dalle persone che in essa operano, dalle competenze che la contraddistinguono, dal loro desiderio di collaborare attivamente al successo dell'Azienda che considerano comune al fine di trarne un beneficio anch'esso comune.

A tal fine è necessario acquisire, a tutti i livelli, conoscenza e consapevolezza del contesto interno ed esterno in cui opera l'Azienda, avere conoscenza della domanda di salute, dell'offerta potenziale dell'acquisizione dei dati e delle informazioni disponibili.

In tale ottica, l'impegno dell'Azienda è rivolto allo sviluppo tra i dipendenti di una nuova forma mentis, di un nuovo atteggiamento mentale che deve diventare cultura aziendale.

Come indicato nelle Linee Guida n. 2/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica "*La fase della programmazione serve ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest'ultima in funzione della creazione di valore pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi*"

La programmazione ed il controllo aziendale costituiscono gli strumenti essenziali e fondamentali della gestione aziendale in quanto aiutano ad acquisire conoscenza e consapevolezza.

#### **Le strategie di valore pubblico**

Il valore pubblico che l'Azienda vuole perseguire nel triennio 2022/2024, in coerenza con la pianificazione triennale regionale, si riassume nelle seguenti quattro Linee Strategiche:

1. Obiettivi di Programmazione regionale
2. Obiettivi di Efficienza ospedaliera
3. Obiettivi di Efficienza territoriale
4. Obiettivi di Efficienza Amministrativa

Le suddette Linee Strategiche si articolano in obiettivi che l'ASP svilupperà in aderenza agli atti di programmazione nazionali e regionali orientandoli in termini di accessibilità, qualità, efficacia e sostenibilità.



Lo sviluppo delle suddette linee strategiche è stato attuato in una visione di azione sinergica e di coordinamento, in modo che con una visione olistica della gestione, il valore pubblico complessivamente generato sia superiore al valore apportato dalla singola azione programmata.

Nello sviluppo delle suddette linee strategiche si è avuto un approccio alla realizzazione della mission con un'ottica orientata agli stakeholder considerati come segue:

1. diretti fruitori del servizio
2. non diretti fruitori del servizio

Quanto sopra perché si è ritenuto che il valore pubblico della gestione dei servizi sanitari non si esaurisce solo nel soddisfacimento dei bisogni di salute che creano la domanda, ma trova riscontro anche nella maggioranza dei cittadini che, pur non avendo creato domanda di salute, hanno comunque sostenuto l'onere del finanziamento del servizio pubblico.

A tale onere è necessario far corrispondere un maggiore valore pubblico del servizio erogato affinché venga realmente percepita l'importanza del SSN la cui attività produce benefici diffusi in quanto incidono positivamente sul benessere collettivo e sulla produttività economica complessiva, più di quanto possa incidere negativamente l'onere per finanziare il sistema sanitario pubblico.

La recente emergenza pandemica ha dato evidenza come una minore mobilità fisica abbia impattato positivamente sull'ambiente riducendo l'utilizzo di fonti inquinanti.

Pur non di meno, l'attività economica ha continuato con forme di digitalizzazione che hanno consentito, con minore impatto ambientale, di ottenere livelli di efficacia e di efficienza anche maggiori rispetto ai livelli precedenti (CUP, smart working, il portale del Cittadino).

La definizione della strategia per creare valore pubblico è stata già orientata e continuerà verso politiche rivolte a facilitare i rapporti con gli utenti, gli stakeholders e la comunità locale attraverso:

- la realizzazione di un modello di sviluppo continuo delle professionalità interne quale leva per accrescere il benessere interno;
- la individuazione di nuove soluzioni organizzative, anche agendo sulla riorganizzazione delle strutture aziendali e sulle sue responsabilità;
- il potenziamento e l'utilizzo delle tecnologie più avanzate,
- l'implementazione delle competenze digitali e professionali,
- la definizione di nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure;
- la riduzione dell'accesso fisico agli uffici, ottimizzando i processi burocratici nell'ottica della semplificazione amministrativa;
- maggiori e più elevati standard qualitativi per il soddisfacimento delle esigenze dei pazienti e degli utenti;

### **La trasformazione digitale**

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, non perdendo di vista la Mission generale di tutela della salute individuale e collettiva della popolazione residente nell'ambito territoriale di competenza, agisce sulla riorganizzazione e sull'informatizzazione dei processi aziendali al fine di utilizzare la digitalizzazione quale strumento di miglioramento della qualità dei servizi pubblici erogati in termini di efficienza ed efficacia.

L'Unità Operativa di Gestione Rete e Dati agisce in diversi ambiti sulla base di obiettivi volti a rispondere alle esigenze e alle aspettative dei diversi stakeholder coinvolti e interessati alla qualità e all'efficienza dei servizi erogati dall'Azienda.

Di seguito è illustrata una panoramica degli ambiti oggetto della transizione digitale, con il dettaglio degli interventi effettuati e da completare.

## AMBITO CLINICO-SANITARIO

In ambito clinico-sanitario gli strumenti informatici si stanno rivelando sempre più indispensabili per una più facile e fluida gestione del paziente sia in un contesto ospedaliero che in un contesto territoriale.

A livello applicativo, in tutti i presidi ospedalieri di codesta Asp, sono presenti i sistemi digitali di diagnostica LIS, RIS/PACS e Anatomia Patologica con funzionalità base di Accettazione del paziente, Gestione delle prestazioni, Produzione di un referto per la consegna al paziente, Reportistica ed Estrapolazione dati. Tali sistemi presentano altresì attive le integrazioni con il modulo di reparto Order Entry, il Fascicolo Sanitario Elettronico e l'applicativo di Pronto Soccorso. In aggiunta è attiva l'integrazione tra il sistema il sistema CUP ed i sistemi di gestione ambulatoriale, LIS, RI/PACS ed altri sistemi collegati al CUP/TICKET.

I progetti di intervento prevedono l'aggiornamento tecnologico dei sistemi in essere con l'ampliamento del sistema LIS in Laboratorio Unico, l'evoluzione del sistema di Anatomia patologica introducendo la gestione delle immagini PACS e l'ampliamento del sistema RIS/PACS attraverso l'acquisizione di materiale HW a supporto dell'attività clinica e chirurgica.

Con riferimento all'attività sanitaria legata alla somministrazione del farmaco, si prevede lo sviluppo e il miglioramento della gestione logistica del farmaco esistente e l'automazione del magazzino farmaceutico attraverso l'acquisizione di armadi e carrelli informatizzati per la gestione della terapia e la somministrazione del farmaco, introducendo i relativi software di gestione.

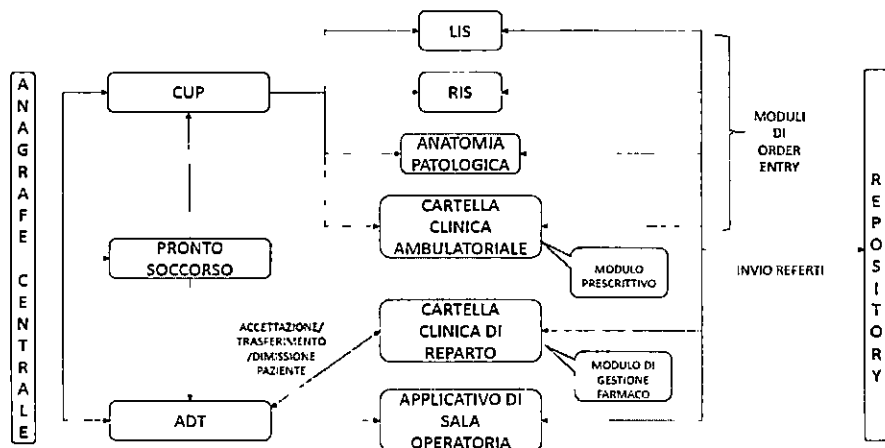
In riferimento agli applicativi clinici, è presente il sistema di Pronto Soccorso, l'applicativo dei Blocchi Operatori e la Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera corredata dai moduli ADT, MPI, Order Entry di reparto. Con riferimento particolare alla Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera, questa risulta completamente attiva nel U.O.C. di Cardiologia, con previsione di potenziamento e configurazione della piattaforma esistente su tutti i reparti ospedalieri.

I Centri Trasfusionali Aziendali sono dotati di un applicativo dedicato sia alla gestione del paziente ricoverato, sia alla gestione dell'utente esterno, sia alla gestione del donatore. Tale applicativo è perfettamente integrato con i sistemi LIS, CUP e di Cartella Clinica Ospedaliera.

In riferimento all'attività clinica dei Blocchi Operatori, è presente l'applicativo di programmazione della lista operatoria. Si vuole potenziare la piattaforma esistente attraverso la compilazione informatizzata del registro operatorio e l'introduzione di un sistema di video registrazione da utilizzare per gli interventi in open.

Infine, si vuole dotare l'UTIC di un sistema completo di monitoraggio del paziente attraverso l'acquisizione di apparecchiature elettromedicali e l'aggiornamento tecnologico di software e hardware già in dotazione.

Di seguito una mappatura di massima degli applicativi sanitari presenti in Azienda con il dettaglio delle loro relazioni:



## AMBITO INFRASTRUTTURALE E DI CONSERVAZIONE E SICUREZZA DEI DATI

A supporto dell'attività clinica, nell'ottica di estensione della Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera a tutti i reparti, si rende necessario l'incremento del numero delle postazioni di lavoro e il potenziamento dell'infrastruttura Server e di rete con specifici interventi di:

- Porting datacenter SIO e cartella clinica in cloud opportunamente dimensionato per piattaforme software aziendale e l'implementazione di B.C. e D.R.;
- Potenziamento dell'infrastruttura server in riferimento alla piattaforma software repository documentale e al portale di gestione e consegna referti on line;
- Evoluzione e ridondanza del DataCenter per Business Continuity attraverso il potenziamento dell'infrastruttura server e dei sistemi di backup;
- Aggiornamento del cablaggio e sostituzione degli switch di rete nei rack di reparto per connettività gigabit (client) sull'Infrastruttura di rete e WI-FI.

Lo sviluppo delle infrastrutture digitali è parte integrante della strategia di modernizzazione aziendale in quanto devono essere affidabili, sicure e sostenibili economicamente per garantire i servizi essenziali ai cittadini.

L'evoluzione tecnologica espone sicuramente a diversi rischi soprattutto legati alla conservazione dei dati e alla loro tutela e protezione.

L'Azienda, con l'introduzione della Cartella Clinica Elettronica, tiene quindi conto delle indicazioni del regolamento generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679 (GDPR) riguardanti i diritti del cittadino in riferimento sia al Dossier Sanitario Aziendale sia al Fascicolo Sanitario Elettronico.

Inoltre, a seguito dello stato di emergenza dichiarato a partire dal mese di marzo dell'anno 2020 dovuto alla pandemia Covid-19, codesta Asp, come altre aziende del settore pubblico e privato, ha introdotto la modalità di telelavoro per i propri dipendenti. Nell'ottica attuale e futura che tale modalità continui ad essere adottata in Azienda, si rende necessario un aggiornamento tecnologico a livello network dell'infrastruttura esistente, con particolari interventi di:

- Introduzione di un sistema di autenticazione e di controllo utenti per l'accesso remoto ai sistemi aziendali, anche per la modalità di smart-working;
- Inserimento di un sistema di ottimizzazione e messa in sicurezza degli eventi e degli accessi per la protezione dei canali e-mail, web e dati.

L'obiettivo finale è il potenziamento del sistema informativo aziendale ad ampio raggio con interventi di aggiornamento tecnologico infrastrutturale, sistemistico e su sistemi applicativi, in un'ottica di supporto a tutta l'attività sanitaria ospedaliera, clinica e chirurgica, ponendo l'attenzione all'attività diagnostica e non trascurando l'ambito terapeutico di prescrizione e somministrazione dei farmaci.

## AMBITO AMMINISTRATIVO – CONTABILE

In ambito amministrativo-contabile l'Asp di Enna ha puntato sull'efficientamento e la semplificazione dei processi aziendali, introducendo la digitalizzazione dei documenti cartacei e rendendo più fluide le comunicazioni. L'obiettivo è quello sia di migliorare la produttività e la qualità del lavoro dei propri dipendenti, sia di semplificare le relazioni tra Azienda Sanitaria e impresa e Azienda Sanitaria e cittadino.

Di seguito sono elencate tutte le aree di intervento interessate dalla digitalizzazione con le eventuali e possibili prospettive di sviluppo nell'immediato futuro:

- Gestione informatizzata degli ordini NSO con ordinazione semplice, completa o pre-concordata e invio dei documenti al sistema di conservazione;
- Fatturazione elettronica con servizio di intermediazione B2B e B2C;
- Utilizzo del protocollo informatico ad ampio raggio sia a livello interno che a livello esterno;
- Gestione documentale e pubblicazione delle delibere e delle determine su albo pretorio online;
- Sistema contabile e Budget con gestione della contabilità generale e analitica;

- Gestione del magazzino generale;
- Gestione del magazzino di reparto e introduzione degli armadietti di reparto;
- Gestione del portale del dipendente con gestione giuridica ed economica del personale sia dipendente che convenzionato;

Gli sviluppi futuri prevedono una completa informatizzazione e digitalizzazione dei processi amministrativi, con conservazione a norma di tutti i documenti. In particolare l'obiettivo è quello di fornire servizi digitali evoluti per il personale, i partner di filiera e diffondere in tutta l'azienda i Sistemi di Business Intelligence.

#### AMBITO DI ACCOGLIENZA E RELAZIONE CON IL CITTADINO

L'ottimizzazione della qualità dei servizi pubblici digitali è una premessa indispensabile per l'incremento del loro utilizzo da parte degli utenti. Pertanto l'Asp di Enna ha pianificato una serie di interventi volti a migliorare l'approccio del cittadino con l'Azienda sia all'interno delle sue strutture sia all'esterno.

In particolare, l'utente che ha necessità di prenotare una visita, oltre ad usufruire del numero telefonico dedicato, può fin d'ora accedere al servizio di prenotazione online con visione di tutti i presidi ospedalieri e territoriali dell'ambito provinciale e gestione della modifica o annullamento della prenotazione. Inoltre il sistema si è evoluto verso con applicazione di SovraCup Regionale, il sistema regionale di condivisione e prenotazione dell'offerta delle prestazioni sanitarie delle strutture del Sistema Sanitario Regionale.

Altro servizio fornito all'utente è la disponibilità dei referti online con invio sulla propria mail direttamente dal gestionale interno dell'Azienda. Al momento tale sistema è attivo per le prestazioni di Laboratorio Analisi, ma è prevista la diffusione in tutta l'Azienda.

Il nuovo sito web, già pienamente operativo, è in fase di ammodernamento per fornire all'utente informazioni chiare con rapido accesso a tutti i servizi online attivi. L'obiettivo è la semplificazione dell'interazione tra Azienda Sanitaria e cittadino e/o impresa, sia per l'utilizzo del sito che per il reperimento delle informazioni.

È in corso di evoluzione il consolidamento delle piattaforme nazionali come SPID, PagoPA e FSE, volto ad aggiungere nuove funzionalità e ad adeguare costantemente la tecnologia utilizzata e i livelli di sicurezza.

#### AMBITO DI INNOVAZIONE – TELEMEDICINA

La telemedicina è l'erogazione a distanza di assistenza sanitaria di servizi e informazioni cliniche che utilizzano la tecnologia delle telecomunicazioni. Ciò include una vasta gamma di servizi clinici che utilizzano internet, wireless, satelliti e supporti telefonici.

Anche alla luce della recente pandemia Covid-19 che ha radicalmente cambiato il modo di relazionarsi e ha reso necessario l'introduzione di vari sistemi informatici per garantire il servizio di assistenza al paziente anche da remoto, L'Asp di Enna ha posto l'accento sull'introduzione e la diffusione della telemedicina per ridurre le ospedalizzazioni e gestire i pazienti cronici polipatologici a distanza.

Il progetto in fase iniziale e sperimentale sarà dedicato a un limitato numero di pazienti e consentirà un accesso facilitato alla metodica diagnostica con maggiore frequenza di controllo e riduzione dei disagi legati alle possibili difficoltà logistiche per raggiungere la struttura ospedaliera.

La televisita al domicilio del paziente consente agli attori del processo assistenziale, medici, infermieri e paziente, di realizzare fin da subito un contatto visivo che umanizza e migliora la gestione della malattia e la compliance alle cure prescritte in ospedale.

L'attivazione sperimentale delle proposte assistenziali sopra descritte, richiedono un adeguato dimensionamento della banda di connessione che deve essere in grado di sostenere più televisite anche contemporaneamente. Le problematiche relative alla difficoltà di utilizzo dei dispositivi da parte del paziente potranno essere segnalati a un tecnico disponibile in collegamento telefonico.

L'istituzione delle COT (centro operativo territoriale) dovrebbe prendere in carico le segnalazioni degli allarmi provenienti dai dispositivi in dotazione al paziente nel momento in cui i progetti anzi descritti evolveranno dalla fase sperimentale a quella di produzione.

In generale la telemedicina si pone i seguenti obiettivi con evidenti vantaggi sia per l'Azienda che per il paziente:

- favorire il raggiungimento di una condizione clinica (stabilizzazione, controllo e gestione delle comorbilità) tale da consentire la riduzione delle ospedalizzazioni;
- collaborare a creare le condizioni ambientali adeguate per il reinserimento in ambiente extra ospedaliero;
- facilitare il recupero del miglior livello di attività, autonomia e di partecipazione sociale consentito dalle condizioni di stabilità;
- fornire al paziente e ai suoi famigliari strumenti utili ad affrontare e gestire le conseguenze della malattia;
- aumentare la compliance motivazionale alle cure e alla gestione della patologia cronica
- Maggior numero di pazienti raggiunti con diminuzione delle liste attese;
- Ottimizzazione delle risorse (maggior numero di trattamenti, distanze annullate, trattamento simultaneo di due pazienti...);
- Misurazione oggettiva e quantitativa dell'efficacia del trattamento.

I percorsi di transizione digitale che sono stati descritti e che coinvolgono tutti gli ambiti aziendali, sono obiettivi dell'Unità Operativa di Gestione Rete e Dati, ma si inseriscono nella mission strategica dell'Azienda in quanto rappresentano un impulso decisivo per il rilancio della competitività e della produttività aziendale. Tali obiettivi potranno essere raggiunti solo attraverso azioni di sensibilizzazione e di formazione che coinvolgano in primo luogo i dipendenti della Pubblica Amministrazione.

## **2.2 Performance**

Il Piano Performance rappresenta in modo schematico ed integrato il collegamento tra le linee programmatiche regionali e la programmazione aziendale al fine di garantire una visione unitaria e facilmente comprensibile della performance attesa dell'ASP di Enna.

Gli Obiettivi di programmazione regionale vengono assegnati alle aziende sanitarie con valenza temporale triennale e monitorate nel corso dell'anno e con valutazione annuale.

Il presente documento dà evidenza della programmazione avviata nel triennio 2019/2021 e declinata in obiettivi strategici e operativi che, in quanto attuali, secondo la logica dello scorrimento in progress, continuano ad essere sviluppati, revisionando gli indicatori ed i valori attesi a seguito dei risultati raggiunti, dell'evoluzione delle contingenze attuali inerenti alla gestione della pandemia Covid – 19, delle variazioni comunicate dall'Assessorato in merito a specifici obiettivi indicati nel documento regionale " Obiettivi di Salute e Funzionamento" ( ad es. in ordine al Fascicolo Sanitario Elettronico, il sovraffollamento del Pronto Soccorso etc), e delle nuove esigenze aziendali.

A seguito dell'emergenza sanitaria, ancora oggi i dati di attività, sebbene in ripresa, non hanno raggiunto i livelli del 2019 e, pertanto, la Direzione ha riprogrammato i processi e l'offerta sanitaria per rispondere ai nuovi bisogni dei cittadini, in un'ottica di miglioramento continuo per la salvaguardia dei livelli standard assistenziali legati ai LEA.

### **L'Albero della Performance**

La Direzione Aziendale, sentiti i Direttori di Dipartimento e con il supporto del Controllo di Gestione, tenendo conto degli obiettivi assegnati dall'Assessorato della Salute, delle esigenze rilevate a livello Aziendale, anche attraverso la rilevazione della qualità percepita dagli utenti, definisce gli obiettivi strategici che si intendono

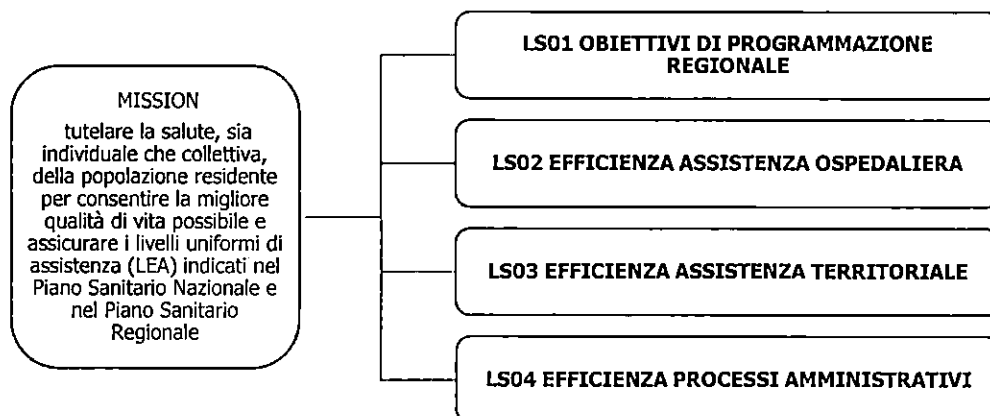
sviluppare nel triennio e ne individua l'afferenza alle Linee Strategiche.

Ad ogni obiettivo strategico vengono associati uno o più obiettivi operativi con specifici indicatori di risultato, misurabili, quantitativi o qualitativi, il valore atteso, una o più strutture responsabile dell'obiettivo, eventuali note utili alla comprensione e/o misurazione del risultato se necessario.

Le Linee strategiche individuate per il triennio 2022/2024, gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi costituiscono l'Albero della Performance, ossia la Mappa logica degli obiettivi che viene riportata nell'allegato A "Gerarchia degli obiettivi".

Dalla suddetta mappa si estrapolano gli obiettivi operativi che vengono attribuiti ad ogni struttura aziendale competente, in sede di negoziazione di budget.

**Tavola 1**  
**L'albero della performance:**  
**il collegamento tra mission e linee strategiche**



## Tavola 2

### L'albero della performance:

il collegamento tra linee strategiche e obiettivi strategici

#### LS01 Obiettivi di programmazione regionale

- OS Esiti
- OS Fascicolo sanitario Elettronico
- OS Sovraffollamento nei Pronto Soccorso
- OS Garantire gli standard e requisiti nei Punti Nascita
- OS Piano Attuativo Aziendale
- OS Screening
- OS Liste d'Attesa
- OS Prescrizioni Dematerializzate
- OS Percorso Attuativo certificabilita' ( PAC)
- OS Sorveglianza dei Flussi
- OS Equilibrio di Bilancio

#### LS02 Efficienza assistenza ospedaliera

- OS Assicurare la prevenzione in ambito ospedaliero
- OS Garantire l'assistenza a domicilio del paziente Migliorare la correlazione tra attività di reparto e la reale esigenza clinica
- OS Migliorare l'efficienza dei servizi diagnostici
- OS Migliorare l'efficienza dei servizi di supporto e delle degenze
- OS Ottimizzare la correlazione tra attività di reparto e la reale esigenza clinica
- OS Qualità e Rischio Clinico
- OS Sviluppare percorsi formativi e di aggiornamento del personale

#### LS03 Efficienza assistenza territoriale

- OS Migliorare i percorsi assistenziali territoriali e l'erogazione dei servizi sanitari di prevenzione ed assistenza
- OS Integrazione Ospedale/territorio: Avvio corsi di accompagnamento alla nascita ( CAN) integrati con gli operatori Ospedalieri
- OS Piano di Miglioramento dei flussi gestiti dai servizi territoriali
- OS Prevenzione e Sanità Pubblica Veterinaria
- OS Prevenzione e Promozione della Salute in ambito Territoriale
- OS Prevenzione nei luoghi di lavoro
- OS Qualità e rischio clinico

#### LS04 Efficienza processi amministrativi

- OS Aggiornamento dell'inventario
- OS Anticorruzione e Trasparenza
- OS Applicazione norme contrattuali
- OS Efficienza programmazione delle risorse umane
- OS Garantire l'efficienza dei processi amministrativi negli standard richiesti dalla normativa e dai regolamenti interni
- OS Piano di miglioramento dei flussi gestiti dai servizi amministrativi
- OS Piano di miglioramento dei flussi gestiti dai servizi amministrativi
- OS QUALITA' E RISCHIO CLINICO

### Obiettivi operativi

Gli Obiettivi strategici sopracitati sono stati declinati in azioni che costituiscono gli obiettivi operativi, assegnati per competenza, durante la fase di negoziazione, ai Responsabili dei Centri di Negoziazione (CdN), articolazioni interne dell'Azienda (Dipartimenti, Unità Operative complesse, semplici dipartimentali) definendone indicatori e valori attesi.

Gli obiettivi operativi negoziati, a vantaggio dell'immediatezza espositiva, sono riportati con maggiore dettaglio nell'allegato A "Gerarchia degli obiettivi"

## **Obiettivi individuali**

Il contributo di ciascun dipendente al conseguimento degli obiettivi dell'a struttura cui afferisce rappresenta la performance individuale; presuppone la condivisione degli obiettivi e favorisce una comune visione dell'operatività basata sull'integrazione e sulla sinergia di differenti professionalità.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) rappresenta, quindi, uno strumento di miglioramento, di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale.

Il Regolamento Aziendale per la Misurazione e la Valutazione della Performance, adottato con Delibere n.881 del 01.08.2019 e Delibera n. 1515 del 23.12.2019, prevede le modalità di assegnazione degli obiettivi a ciascun dipendente, specifica gli ambiti di valutazione ed i relativi pesi, differenti per i vari ruoli professionali, i criteri della valorizzazione dell'apporto dato, a consuntivo, da ciascuno al raggiungimento degli obiettivi assegnati all'Unità operativa,

I dirigenti responsabili dei Centri di Negoziazione sono valutati in termini di performance individuale sulla base del contributo fornito per il conseguimento degli obiettivi di performance organizzativa dettagliati nelle schede di budget; il SMVP definisce gli altri ambiti di valutazione che riguardano la qualità del contributo alla performance dell'U.O., le competenze manageriali, le competenze professionali, la capacità di valutare i propri collaboratori.

Attraverso un processo a cascata gli obiettivi della struttura vengono tradotti dal Responsabile dell'Unità operativa in azioni che coinvolgono tutto il personale che opera nella stessa. A tutti i dipendenti saranno assegnati uno o più obiettivi individuali coerenti con gli obiettivi negoziati.

Non appena il processo di negoziazione degli obiettivi sarà formalmente concluso, i dirigenti valutatori potranno definire l'assegnazione degli obiettivi individuali con il supporto della procedura informatica il cui impiego è già stato oggetto di attività di formazione rivolta a tutti i dirigenti di UOC, valutatori.

Il Piano Aziendale Anticorruzione ha definito l'obbligo per i Responsabili delle strutture di assegnare a tutti i dipendenti, quale obiettivo individuale, il rispetto del Codice di Comportamento e per i Dirigenti l'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione dei dati di pertinenza del servizio sul sito istituzionale, come richiesto dalla legge 33/2013 in materia di trasparenza.

## **Coerenza con la programmazione economico finanziaria e di bilancio**

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio aziendale (art. 5, c. 1 e art.10 c.1 lett.a D.lgs. 150/2009).

Si tratta di un principio di fondamentale importanza, perché un sistema di obiettivi è realmente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati.

Il Ciclo della performance è integrato con il ciclo di bilancio, costituendo l'uno la base degli indirizzi della programmazione economica e l'altro il vincolo alle risorse da assegnare nel rispetto dell'equilibrio economico di bilancio.

Gli obiettivi sono assegnati in relazione alle risorse disponibili e previste dalla programmazione economica aziendale e non possono essere assegnati obiettivi correlati a risorse non programmate.

L'U.O. Controllo di Gestione provvede a segnalare al Servizio Economico Finanziario eventuali fabbisogni emersi nel corso delle negoziazioni di budget.

La Direzione Strategica procede alla definizione degli obiettivi raccordandosi con la UOC Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale per la determinazione dell'impatto economico degli stessi sul bilancio.

Il Servizio Economico Finanziario vigila sul corretto utilizzo delle risorse economiche stabilite, che costituiscono



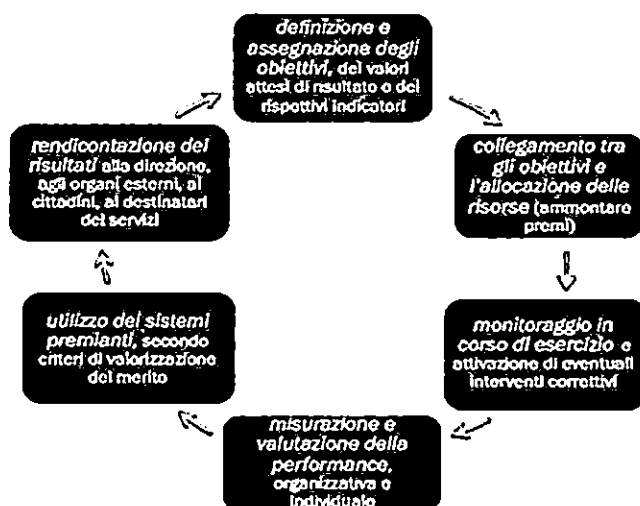
limiti di spesa.

In tale ambito la rendicontazione dei finanziamenti assegnati a carico degli obiettivi del PSN, la realizzazione dei lavori pubblici inseriti nella programmazione annuale, l'acquisizione di beni e servizi necessari per la realizzazione degli obiettivi, i limiti normativamente imposti sul costo del personale, rappresentano un esempio del legame tra bilancio e obiettivi aziendali.

In atto sono state attribuite le risorse economiche per l'anno 2022 in via provvisoria giusta Delibera n.24/2022.

### Ciclo di gestione della performance

Le modalità di costruzione del sistema obiettivi sopra descritto garantisce la coerenza tra gli indirizzi strategici e le azioni finalizzati ad ottenerli (obiettivi operativi).



### Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della Performance

In continuità con le azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance avviate nel 2019 e coerentemente con quanto definito nel nuovo Regolamento del SMVP, nel triennio 2022/2024 l'Azienda si propone il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- miglioramento qualitativo dei flussi che alimentano il sistema di misurazione della performance organizzativa
- maggiore tempestività nel monitoraggio intermedio
- miglioramento della coerenza tra obiettivi di performance individuale e obiettivi di performance organizzativa

### Monitoraggio della performance

Il Controllo di gestione procede al monitoraggio trimestrale al fine di verificarne lo stato di avanzamento, e procede alla rendicontazione finale del raggiungimento degli obiettivi con verifica dei dati in possesso dello stesso o acquisendo le attestazioni dai soggetti certificatori come indicato nella scheda budget per ogni obiettivo.

La fase propedeutica del monitoraggio, ossia la rilevazione dei dati, è assicurata mediante la produzione di flussi informativi da parte dei Sistemi Informatici gestionali delle aree operative del cui corretto utilizzo è incaricato il responsabile delle unità operative preposte.

La fase strumentale del monitoraggio, ossia la rendicontazione, è assicurata entro le tempistiche previste dal

Controllo di gestione con un cruscotto informatico direzionale web che acquisisce i suddetti flussi informativi e li rappresenta sotto forma di informazioni grafiche e letterali.

Le risultanze finali, validate dalla Direzione Aziendale, vengono sottoposte all'OIV che ne verifica l'aderenza e la coerenza ai dettati normativa e regolamenti aziendali.

La rendicontazione di sintesi viene esposta entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento, tramite la "*Relazione sulla Performance*" secondo le modalità stabilite agli articoli 6 e 10, comma 1 lett. B) del D.Lgs. 150/2009 e smi.

L'ASP di Enna intende implementare il coinvolgimento di cittadini ed utenti nel processo di misurazione della performance organizzativa aziendale secondo quanto previsto dal D.Lgs. 74/2017, art. 7, comma 2, lett. c) e dal Dipartimento della Funzione Pubblica che nelle "Linee guida sulla valutazione partecipativa nelle pubbliche amministrazioni" n.4/2019 fornisce indicazioni metodologiche in ordine alle modalità attraverso le quali assicurare il coinvolgimento dei cittadini.

Il coinvolgimento dei cittadini e degli utenti nel processo di valutazione della performance dell'Azienda consente di superare l'autoreferenzialità e orientare i sistemi di valutazione verso il miglioramento complessivo del livello di benessere.

### **La valutazione partecipativa**

L'ASP di Enna è impegnata da tempo nella implementazione di sistemi partecipati di rilevazione della qualità dei servizi erogati e del benessere organizzativo.

Le modifiche normative hanno rafforzato il principio della partecipazione degli utenti esterni ed interni e, più in generale dei cittadini, al processo di misurazione della performance organizzativa dell'Azienda.

A tal fine l'Azienda intende implementare sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione e di sviluppare forme più ampie di partecipazione.

Il processo di valutazione partecipata avverrà gradualmente nel triennio secondo il percorso sottoindicato:

- esplicitazione del modello di valutazione partecipata
- definizione degli stakeholder interessati agli obiettivi e attività aziendali
- definizione delle modalità di coinvolgimento nella valutazione partecipativa
- rilevazione attraverso supporti digitali che assicurino la massima trasparenza.

Il sistema di monitoraggio della soddisfazione dell'utente, o qualità percepita, in atto si estrinseca attraverso due macro direttrici: l'analisi dei reclami degli utenti e la conduzione delle interviste telefoniche in seguito a raccolta consensi informati.

Di seguito una sintesi delle attività promosse con il contributo dell'URP e del Servizio di Psicologia

**Reclami sottoscritti.** La reportistica relativa ai reclami sottoscritti assume una valenza oltremodo rilevante per cogliere la soddisfazione dell'utenza. Particolare valenza hanno i reclami sottoscritti dagli utenti che ritengono di avere subito un torto o un disagio a causa del disservizio che segnalano.

Occorre puntualizzare infatti che gli utenti, dopo colloquio con gli operatori URP, preferiscono segnalare la disfunzione piuttosto che presentare reclamo formale e sottoscritto. Il colloquio, infatti, oltre a stemperare lo stato d'animo della persona che ha chiamato per telefono o si è presentata direttamente presso la postazione URP, riesce a fornire gli elementi per la risoluzione immediata del problema sollevato o a fornire la prospettiva credibile di una risoluzione a posteriori.

In base alla procedura contenuta nel regolamento aziendale, il reclamo è raccolto dall'URP attraverso posta elettronica, protocollo generale, telefono o contatto diretto con l'utente: in seguito all'esame del contenuto, esso sarà inoltrato al responsabile del servizio dove l'utente sostiene aver subito il disservizio. In casi di rilevanza particolare il reclamo è indirizzato anche a organi superiori come le direzioni aziendali.

Si chiede in modo sistematico il riscontro a quanto segnalato, sottolineando come occorra rispondere all'utente.

La procedura, qui sintetizzata, prevede la chiusura con risposta indirizzata al segnalante.

I reclami raccolti sono in seguito analizzati in base a una suddivisione che consente di rappresentarli in una tabella sinottica da pubblicare annualmente sul sito aziendale per agevolare la facile consultazione.

Nel corso dell'anno 2021, in totale, i reclami sottoscritti dagli utenti (escludendo, quindi, i verbali e i telefonici) ammontano a 132 così suddivisi:

- n. 64 raccolti presso le postazioni URP Enna (territorio e ospedale)
- n. 44 a Piazza Armerina
- n. 12 a Leonforte
- n. 12 a Nicosia.

Di essi, n. 60 hanno ricevuto risposta da parte del dirigente della struttura e/o del servizio, per una percentuale pari al 45%.

Tabella sinottica reclami sottoscritti nell'anno 2021:

<b>DISSERVIZIO LAMENTATO</b>	<b>NUMERO RECLAMI</b>	<b>%</b>
Assistenza sanitaria territoriale ritenuta insoddisfacente per più motivi (assenza specialistica, disagi burocratici, ritardi forniture e presidi ecc.)	35	26,52
Lista di attesa per prestazioni specialistiche	8	6,06
Comportamenti ritenuti scorretti	12	9,09
Assistenza sanitaria ospedaliera insoddisfacente	11	8,33
Comfort strutture insoddisfacente	6	4,54
Disguidi per problematica COVID	50	37,88
Disguidi sistema di prenotazione	8	6,06
Comunicazioni poco chiare all'utenza	2	1,52
<b>Totale</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

**Interviste.** Nel corso del 2021, il Servizio 8 del DASOE, Assessorato Regionale della Salute, con nota n. 34650/21 inviata alle Aziende del SSR, ha interrotto l'attività di rilevazione della Qualità Percepita secondo il sistema regionale istituito a partire dal 2016 (cfr. <https://www.qualitasiciliassr.it/?q=umanizzazione-del-paziente-ricoveri-ambulatori>)

Pertanto, l'UOS URP e Comunicazione ha realizzato un piano di interviste non più agganciato al database regionale, ormai inattivo. La procedura prevede inizialmente la raccolta del consenso informato da parte dell'utente all'intervista telefonica che sarà effettuata in un secondo momento dall'operatore URP.

Il disegno della ricerca punta a rilevare la soddisfazione della prestazione ricevuta in ambito ospedaliero e ambulatoriale sulla base di un questionario con domande a risposta multipla e spazi aperti.

Nel 2021, si è puntato a indagare la percezione degli utenti in merito all'assistenza sanitaria e al Covid, introducendo, nelle ultime due domande a risposta multipla con spazio aperto, la valutazione della pandemia nei confronti del giudizio espresso in precedenza sulla qualità percepita.

Le interviste condotte sono state in totale 409, suddivise tra prestazioni ambulatoriali e ricoveri.

L'85% delle persone intervistate consiglia la struttura sanitaria dove ha ricevuto assistenza; il motivo maggiormente indicato è la competenza dei medici, seguito dalla cortesia del personale sanitario.

Il 56% degli intervistati ritiene che il Covid abbia peggiorato l'assistenza sanitaria. La percentuale, sebbene relativa a un campione di dimensioni ridotte, si abbassa notevolmente nelle risposte raccolte in riferimento all'Ospedale Umberto I di Enna dove solo tre su venti utenti ritengono che la pandemia abbia abbassato il livello dell'assistenza. Tra i motivi indicati per il peggioramento avvertito, dopo l'aumento dei tempi di attesa e la chiusura di ambulatori, nello spazio aperto è emersa anche l'insoddisfazione per l'impossibilità di dare assistenza ai parenti ricoverati a causa delle restrizioni di accesso per la fase pandemica.

### **Piano delle Azioni Positive: la Medicina di Genere**

La Medicina di Genere (MdG) si occupa delle differenze biologiche tra uomo e donna, nonché delle differenze di genere legate a condizioni socio economiche e culturali e della loro influenza sullo stato di salute e di malattia, elementi che sono punto d'interesse fondamentale per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Infatti, differenze tra uomini e donne si osservano sia nella frequenza che nella sintomatologia e gravità di numerose malattie, nella risposta alle terapie e nelle reazioni avverse ai farmaci, nelle esigenze nutrizionali e nelle risposte ai nutrienti e a sostanze chimiche presenti nell'ambiente nonché negli stili di vita, nell'esposizione a tossici e nell'accesso alle cure. Un approccio di genere nella pratica clinica permette di promuovere l'appropriatezza e la personalizzazione delle cure generando un circolo virtuoso che potrebbe consentire, tra le altre cose, di non gravare sul Servizio Sanitario Nazionale. Per tale ragione, può essere determinante un approccio alla medicina che prevede l'adozione di nuove strategie sanitarie di prevenzione, diagnosi, prognosi e terapie che tengano conto delle differenze tra uomini e donne non solo in termini biologici e clinici, ma anche culturali e socio-psicologici.

Al fine di dare attuazione alle direttive regionali sul tema della Medicina di Genere affinché diventi patrimonio comune nelle conoscenze e nelle prassi dell'Azienda, è stato costituito il gruppo di lavoro aziendale sulla Medicina di Genere, così composto: Loredana Disimone, Direttore Dipartimento Materno Infantile, Maria Ruscica, Direttore Farmacia Ospedaliera, Maria Gabriella Emma, Direttore U.O. Formazione, Antonella Santarelli, Responsabile U.O. Comunicazione. Referente del gruppo aziendale nel tavolo regionale: dott.ssa Gabriella Emma.

Dal Gruppo di lavoro nel corso dell'anno 2021 sono state effettuate le seguenti attività.

### **Percorsi clinici realizzati**

#### **SENSIBILIZZAZIONE SULL'ENDOMETRIOSI**

Nel mese di Marzo, definito a livello nazionale il "Mese della consapevolezza dell'endometriosi", in coerenza con la Legge Regionale 28/2019 che ha istituito la Rete regionale per l'endometriosi, l'ASP di Enna, attraverso il Dipartimento Materno-Infantile, ha promosso diverse iniziative di informazione e sensibilizzazione con l'obiettivo di diffondere una maggiore conoscenza dei sintomi della malattia e a promuovere il ricorso alle strutture sanitarie, al fine di favorire una diagnosi precoce e prevenire le complicanze.

In particolare, in occasione della giornata del 12 marzo 2021 che l'ASP di Enna ha dedicato alle donne, sono state realizzate una serie di attività di prevenzione e promozione della salute femminile, offerte gratuitamente presso la "Stanza Rosa" adiacente al Pronto Soccorso dell'Ospedale Chiello di Piazza Armerina.

Idealmente tale giornata ha rappresentato l'avvio dei percorsi di salute dedicati alle donne secondo il nuovo concetto di 'medicina di genere', intesa quale approccio interdisciplinare tra le diverse aree mediche e delle scienze umane basato sulle differenze biologiche, socio-culturali ed economiche e sul loro impatto negli ambiti della prevenzione, diagnosi e cura.

#### **PERCORSO VIOLENZA DI GENERE**

In sinergia con il Nucleo operativo multidisciplinare per la prevenzione e il contrasto delle violenze nei confronti delle donne dell'ASP di Enna, sono state messe in rete tutte le risorse, le strutture, le professionalità impegnate sul territorio per dare risposte e tutela alle donne vittime di abusi e violenze, coinvolgendo operatori, professionisti e responsabili di Forze dell'ordine, Medici, operatori del Pronto Soccorso degli Ospedali dell'ASP, servizi sociali e socio-sanitari, volontariato e privato sociale della Provincia.

In particolare, sono state sviluppate le seguenti azioni;

Promozione di competenze e costruzione di un lavoro di rete condiviso culminato il 25 novembre 2021, in occasione della Giornata mondiale contro la violenza di genere, con il primo Corso di formazione aziendale "Codice rosa: il percorso condiviso della vittima di violenza di genere".

Redazione e sottoscrizione del documento "Percorso per la gestione intraospedaliera delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento Codice rosa" che rappresenta la cornice di riferimento per coloro che si ritrovano ad intervenire in situazioni di violenza sulle donne.

Concorso logo "Stanza Rosa" indetto per le scuole, con premiazione il 4 giugno c/o l'Atrio della Biblioteca Comunale di Piazza Armerina.

Partecipazione a webinar con le scuole del territorio al fine di promuovere una cultura di genere capace di valorizzare le differenze tra il maschile e il femminile, di combattere gli stereotipi, rivolgendosi principalmente ai giovani utilizzando nuovi linguaggi, quali quelli dei social-network, e di uniformare i comportamenti con un'ottica europea.

#### CANDIDATURA E ASSEGNAZIONE BOLLINI ROSA

E' stato sviluppato un percorso di revisione ed implementazione dei servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie che riguardano l'universo femminile ma anche trasversalmente uomini e donne in ottica di genere. Nello specifico l'attenzione è stata rivolta alle specialità cliniche che trattano problematiche di salute tipicamente femminili e trasversali ai due generi che necessitano di percorsi differenziati, ai percorsi diagnostico-terapeutici e servizi clinico-assistenziali in ottica multidisciplinare gender-oriented, all'offerta di servizi relativi all'accoglienza delle utenti nonché alla gestione di vittime di violenza fisica e verbale.

Tutto ciò ha portato alla candidatura e conseguente assegnazione all'Ospedale Umberto I di Enna di due Bollini rosa per il biennio 2022-2023 da parte della Fondazione Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere, che è stata ufficializzata nella giornata del 2 dicembre 2021 con la partecipazione degli operatori, in modalità virtuale all'evento "Bollini rosa agli ospedali a misura di donna".

#### GIORNATA DI PREVENZIONE DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

In occasione della Giornata mondiale contro l'AIDS, il 1° dicembre 2021 sono state realizzate attività volte alla promozione della salute ed alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse (MST), rivolte alla popolazione generale e soprattutto agli studenti universitari e dell'ultimo anno delle scuole superiori della provincia.

In particolare, il Dipartimento Materno-Infantile ha sviluppato le seguenti iniziative:

Campagna informativa attraverso stampa, web, social network e presso i Presidi Sanitari aziendali e i MMG, anche attraverso la distribuzione di opuscoli illustrativi sulle patologie a trasmissione sessuale;

Offerta attiva di screening delle MST presso i Consultori Familiari e i Presidi Ospedalieri mediante, rispettivamente, tampone vaginale o uretrale per Chlamidia e Gonorrea e prelievo ematico per epatite e HIV;

Interventi di educazione sanitaria negli Istituti Superiori della provincia di Enna, volti all'informazione sulle patologie a trasmissione sessuale, sulle relative modalità di prevenzione e sui servizi sanitari disponibili.

Attività di Formazione  
Partecipazione dei Referenti al Webinar "Ciascuno a suo modo: la Medicina di Genere in Sicilia" 24-04-2021 e apertura ad altri operatori attraverso la comunicazione sul sito aziendale.

Programmazione e realizzazione del Corso "Codice Rosa: il sostegno interistituzionale alla vittima di violenza di genere" rivolto ad operatori sanitari ed operatori delle Forze di Polizia coinvolti nel processo del Codice Rosa.

#### ATTIVITA' DI COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE

Gli articoli, riguardanti gli eventi descritti, sono stati inoltrati ai corrispondenti delle testate giornalistiche e inseriti con immagini nei post pubblicati sul sito istituzionale e condivisi nelle pagine social dell'ASP.

#### PARI OPPORTUNITA' E BENESSERE DI GENERE

L'Azienda è consapevole che l'adeguato impiego delle risorse umane e la valorizzazione del benessere dei lavoratori e delle lavoratrici rappresentano il principale investimento per l'intera organizzazione.

L'amministrazione, infatti, è fortemente favorevole alle iniziative utili per lo sviluppo culturale della prevenzione del disagio in ambito lavorativo e dello sviluppo dei fattori utili per concorrere al benessere organizzativo e, quindi, anche al benessere psicofisico di tutte le lavoratrici e i lavoratori.

Nel 2021, come nel 2020, tali iniziative sono state consolidate, per rispondere alle nuove esigenze dei lavoratori e delle lavoratrici e assicurare contestualmente le attività lavorative e lo stato di salute dei lavoratori e delle lavoratrici.

**Lo Stress da Lavoro Correlato** definisce la percezione di squilibrio avvertita dal lavoratore quando le richieste del contenuto, dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro, non sono in linea con le risorse individuali per fronteggiare tali richieste ("Agenzia europea per la sicurezza e la salute sui lavoro", 2018).

E' opportuno specificare che lo stress, primariamente, ha una funzione adattiva per l'essere umano; infatti, a dosi accettabili, ha degli effetti positivi sull'organismo, consentendo di reagire in modo efficace ed efficiente agli stimoli esterni in modo da di innescare un'adeguata soglia di attenzione verso le esigenze dell'ambiente.

Al contrario, quando l'essere umano comincia a percepire una dose di stress negativo (in letteratura distress), l'esito che ne verrà, sarà quello di elicitare il rischio per la salute dell'individuo, sia di tipo psicologico che fisico, riducendo dunque l'efficienza sul lavoro (assenteismo, malattia, richieste di trasferimenti, etc..).

L'emergenza sanitaria anche nel 2021 ha determinato il protrarsi di cambiamenti sostanziali sia sul piano organizzativo che sul piano della gestione delle risorse umane in ambito sanitario.

Questa ASP attraverso la U.O.C. Servizio di Psicologia ha avviato una campagna di prevenzione e di promozione della salute psicologica istituendo uno Sportello in favore degli operatori coinvolti.

Inoltre, al fine di valutare e rilevare potenziali effetti disfunzionali derivati da una condizione di stress, si è proceduto alla somministrazione di un test standardizzato per la "Valutazione dello stress e Gestione del disagio emotivo per operatori sanitari e non, in campo contro il Covid-19". Il questionario utilizzato è il PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCALE (ProQOL; Palestini et al., 2013) il quale valuta due scale:

Compassion Satisfaction – il costrutto valuta la soddisfazione lavorativa dell'operatore;

Compassion Fatigue – che include il costrutto di Burnout (nonché la fatica percepita dall'operatore) e il costrutto di Stress Traumatico Secondario (nonché la potenziale minaccia percepita di radice traumatica che si innesca quando ci si prende cura di un Altro significativo).

Il campione è formato da 217 questionari.

Dall'analisi dei dati emerge che:

il 33% dei medici esibisce un basso rischio di sviluppo del Burnout rispetto al 67% che, invece, è incline ad un rischio medio.

il 38% degli infermieri presenta un rischio basso mentre il 62% un rischio medio;

il 53% dell'O.T. Autista presenta un rischio basso rispetto al 47%;

il 56% degli A.S.S. Ausiliari presenta un rischio basso rispetto al 44%;

gli O.S.A. e gli O.S.S. per il 67% presentano un rischio basso rispetto al 33%;

il 78% degli Ostetrici si rileva un rischio basso rispetto al 22%

gli FKT presentano al 100% un rischio basso.

Questo sta ad indicare che una buona percentuale di personale che registra un rischio medio di sviluppare la sintomatologia del Burnout con la manifestazione di sintomi clinici quali la depersonalizzazione, la stanchezza emotiva e la fatica lavorativa.

A partire da maggio 2021, sono stati somministrati i questionari per misurare i livelli di stress psicofisici di tutto il personale dipendente in servizio nelle strutture dell'area territoriale.

Conclusa la fase di raccolta dei questionari si sta procedendo alla elaborazione dei dati.

## **2.3 Rischi corruttivi e trasparenza**

### **Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza**

Il primo obiettivo che va posto è quello del valore pubblico, secondo le indicazioni che sono contenute nel DM del 24/06/22.

L'obiettivo della creazione di valore pubblico in materia di prevenzione della corruzione e la trasparenza ha una dimensione trasversale per la realizzazione della missione istituzionale dell'amministrazione da declinare in obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza, previsti come contenuto obbligatorio della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

L'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di tutti i soggetti che interagiscono con l'organizzazione aziendale, attraverso una costante attività di consultazione, comunicazione, monitoraggio e riesame svolta dal RPCT.

Lo sviluppo e l'applicazione delle misure previste sono quindi il risultato di un'azione sinergica e trasversale del RPCT e dei singoli Referenti, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggio della fase di applicazione.

Da qui la partecipazione sostanziale di tutti i Dirigenti/Referenti chiamati ad essere "attori" del sistema di gestione del rischio, messa in atto grazie ad un adeguato sistema di monitoraggio e di riesame del sistema tramite schede di monitoraggio trimestrali e rendicontazioni semestrali sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio e sulle idoneità delle stesse.

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e della Sezione di programmazione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO e sono rimessi alla valutazione dell'organo di indirizzo, che ai sensi dell'art. 1, co. 8, della L. 190/2012, definisce tali obiettivi.

Gli obiettivi strategici aziendali 2022 sono incardinati in specifiche linee strategiche in cui si esplica la missione dell'ASP di Enna; all'interno delle predette linee strategiche, la Direzione Generale, dunque, individua gli obiettivi strategici, formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore.

Sulla base delle predette aree strategiche, si ritiene opportuno continuare a perseguire i seguenti obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:

- 1) Migliorare la conoscenza dei fenomeni corruttivi e l'efficacia dell'azione di vigilanza in materia di anticorruzione, in modo da contrastare eventuali fenomeni corruttivi, attraverso l'accertata conoscenza del codice di comportamento.
- 2) Evoluzione e completezza della "Sezione Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale.

Ai sensi del DPR n. 62/2013 e della L. n.190/2012 è stato adottato il Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ASP di Enna, quale strumento per assicurare e garantire la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri di diligenza, lealtà, l'imparzialità ed il servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico. Il miglioramento della conoscenza dei fenomeni corruttivi e l'efficacia dell'azione di vigilanza in materia di anticorruzione, in modo da contrastare eventuali fenomeni corruttivi, attraverso l'accertata conoscenza del Codice di comportamento Aziendale è ritenuto dunque idoneo obiettivo strategico volto a favorire la creazione di valore pubblico dell'amministrazione.

Altresì, per favorire la creazione di valore pubblico, un'amministrazione deve prevedere obiettivi strategici, che riguardano anche la trasparenza, ciò trova conferma nel d.lgs. 33/2013, ove è affermato che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni Amministrazione (art. 10 del D.Lgs 33/13).

Gli obiettivi strategici della performance aziendale, che vengono trasfusi nella sezione 2.2. Performance del PIAO, rappresentano anche la traduzione di alcune delle misure di trasparenza e di prevenzione di possibili comportamenti corruttivi, individuate ed elaborate in sede di mappatura dei processi e delle attività delle Unità Operative dell'ASP. La sezione 2.2. Performance, pertanto, è strettamente coordinata con la Sezione di programmazione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO e la valutazione dei dirigenti verrà effettuata tenendo conto degli obiettivi operativi assegnati, anche, sulla base della corretta adozione delle misure individuate.

Attraverso la realizzazione della predetta integrazione e coordinamento tra la sezione 2.2. Performance e la sezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza, pertanto, è valorizzata anche l'interazione con i sistemi di controllo di gestione, misurazione della Performance e la sezione anticorruzione, laddove alcune misure della sezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza costituiscono la base di partenza per il controllo di gestione che sarà costruito, così come avverrà per la misurazione della Performance, tenendo anche conto delle misure quindi adottate per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

In quest'ottica, l'integrazione tra le sottosezioni valore pubblico, performance e anticorruzione, assume la duplice funzione di strumento concreto di presidio alla riduzione del rischio di corruzione e di elemento di efficace supporto alla creazione di valore pubblico.

### **La valutazione di impatto del contesto esterno**

In riferimento all'analisi del contesto, l'ANAC nella Determinazione n.12/2015 ha così affermato: "La prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto, attraverso la

quale ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione o dell'ente per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali, o per via delle caratteristiche organizzative interne." ( p. 16).

L'analisi del contesto esterno ha lo scopo di evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi.

L'ambito territoriale-aziendale dell'ASP comprende l'intero Libero Consorzio Comunale di Enna, di cui fanno parte i comuni di Enna, il capoluogo, Calascibetta, Catenanuova, Centuripe, Valguarnera, Villarosa, Piazza Armerina, Aidone, Barrafranca, Pietraperzia, Nicosia, Cerami, Gagliano Castelferrato, Sperlinga, Troina, Agira, Assoro, Leonforte, Nissoria, Regalbuto e il Comune di Capizzi della Città Metropolitana di Messina.

Il Libero Consorzio Comunale di Enna si disloca su un territorio collinare e montuoso che ne fa una delle più articolate realtà dell'entroterra siciliano.

Con circa 163.000 abitanti, Enna figura tra le ultime 8 province meno popolate d'Italia e anche la sua densità demografica risulta a livelli di gran lunga inferiori rispetto alla maggior parte degli altri Liberi Consorzi Comunali. Il dato è spiegabile, sia per il territorio caratterizzato dalla presenza di molti rilievi irregolari, stretto tra i Nebrodi e gli Erei, sia per la scarsa estensione di superfici pianeggianti, sia per fattori storico-sociali, quali un forte flusso migratorio che ha raggiunto l'apice tra gli anni cinquanta e sessanta del Novecento, dovuto ad una profonda crisi economica.

Enna, per la sua naturale consistenza territoriale, si confronta con gravi problemi determinati da carenze infrastrutturali che isolano l'intero territorio provinciale, collocandolo distante dalle grandi reti regionali e nazionali. Debolezza, quest'ultima, accentuata da una configurazione orografica di spiccata valenza ambientale-paesaggistica ma variamente accidentata. Nonostante le attività agricole e di allevamento la popolazione è concentrata quasi del tutto nei centri abitati.

Ciò detto, al fine di avere un quadro completo circa le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico in cui l'Asp di Enna opera è opportuno fare un breve excursus circa i principali Comuni del Libero Consorzio Comunale di Enna.

Enna, sede del Distretto sanitario e del Presidio ospedaliero "Umberto I", il capoluogo, presenta un'estensione territoriale di 358,75 km<sup>2</sup> ed è con 26.030 abitanti (dato Istat aggiornato al 01/01/2021) il principale centro del Libero Consorzio Comunale di Enna.

Enna è il capoluogo di provincia più alto d'Italia ed è comunemente suddivisa in due "macro-aree": Enna Alta ed Enna Bassa, cui si aggiungono Pergusa e Borgo Cascino, che sono delle frazioni. Tutte e quattro le aree sono nettamente separate dal punto di vista geografico. Enna Alta sorge su un altipiano tra i 900 ed i 990 m d'altitudine, che svetta isolato al centro degli Erei. La parte di espansione moderna è chiamata Enna Bassa perché localizzata a valle, è sede dell'Università e delle principali attività commerciali. Circa 10 km a sud del centro storico si trova il lago Pergusa, a 677 m s.l.m., caratterizzato da un bacino endoreico, importante luogo di sosta e svernamento per decine di specie di avifauna. Attorno le rive del lago si snoda l'omonimo circuito automobilistico. Il Borgo Antonino Cascino, anche noto semplicemente come Borgo Cascino, è una frazione di circa 50 abitanti, dista circa 12 km dalla città di Enna, è uno tra i più antichi e importanti borghi della provincia di Enna.

Oggi Enna è una città vivace, particolarmente famosa per il suo Castello, il Tempio di Cerere, la Torre di Federico, il Duomo e la Settimana Santa.

Piazza Armerina, sede del Distretto sanitario e del Presidio ospedaliero "M. Chiello", con 20.842 ab. (dato Istat aggiornato al 01/01/2021), è la seconda città dell'ennese. Forte di un grande richiamo turistico dato, principalmente, dalla Villa del Casale, patrimonio dell'Unesco, ma anche dal suo pregevole centro storico barocco e normanno, è altresì, sede di vescovado.

Nicosia, sede del Distretto sanitario e del Presidio ospedaliero "Basilotta", con 11.947 ab. (dato Istat aggiornato al 01/01/2021), è la città principale dell'area nord. Ha un centro-storico ricco di opere d'arte. La città è sede di diocesi.

Agira, sede di Distretto sanitario, è un Comune di 7.799 abitanti (dato Istat aggiornato al 01/01/2021), dista 35 chilometri da Enna. E' sito a nord est della Libero Consorzio Comunale di Enna, nella media valle del Salso e domina il lago Pozzillo. Il territorio di Agira comprende anche l'invaso artificiale Sciaguana.

L'economia è prevalentemente agricola, le coltivazioni più diffuse sono cereali, vite, olivo. Sono inoltre presenti diversi allevamenti ed è presente l'artigianato locale. Di particolare interesse è la presenza dell'unico outlet



village della Sicilia, che ha determinato un impulso occupazionale giovanile a livello provinciale, prevalentemente precario e, allo stesso tempo, ha determinato la crisi economica delle piccole attività commerciali dei paesi limitrofi.

Leonforte, sede del Presidio ospedaliero "Ferro-Branciforti-Capra" collegato al Distretto Agira, con i suoi 12.679 abitanti (dato Istat aggiornato al 01/01/2021) insiste al centro del sistema montuoso degli Erei. Leonforte dista solo 22 km dal capoluogo del Libero Consorzio Comunale di Enna. La sua economia è basata per lo più sull'agricoltura e sul terziario. Grava sulla cittadina, come in tutto Libero Consorzio Comunale di Enna, un grave problema occupazionale.

Infine, ma non per importanza, un cenno merita la cittadina di Troina con l'IRCCS Associazione Oasi Maria Santissima, che è gestito dall'omonima ONLUS, convenzionato con il Servizio Sanitario Regionale.

L'Istituto nasce nel 1953 su iniziativa del sacerdote Luigi Ferlauto (1922-2017), come associazione senza scopo di lucro, per l'assistenza dei disabili mentali poveri, e dei bambini orfani e abbandonati alla nascita, anche grazie al supporto di volontarie. Nel 1972, si trasforma in una ONLUS, allo scopo di perseguire finalità di solidarietà sociale nel campo dell'assistenza educativa e socio-sanitaria a favore delle persone diversamente abili. Nel 1986, la Regione Siciliana, tramite la legge regionale n. 16/86, stipula una convenzione con l'Oasi Maria Santissima, al fine di coordinare l'attività scientifica dell'Istituto con gli obiettivi del Servizio sanitario regionale, che consente, inoltre, al nosocomio troinese, l'erogazione delle prestazioni sanitarie a livello preventivo, assistenziale e riabilitativo. Nel 1988, l'Oasi Maria Santissima di Troina ottiene il riconoscimento di Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), dal Ministero della Sanità e dal Ministero della Pubblica Istruzione, con relativo decreto interministeriale.

L'IRCCS Associazione Oasi Maria Santissima è deputata all'erogazione dei servizi sanitari, quali visite specialistiche in regime ambulatoriale, e ricovero ordinario e in day hospital ed impiega personale amministrativo, medico, infermieristico e vario.

Da tale excursus relativo alle principali realtà territoriali su cui insiste ed opera l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna è possibile evincere che l'inquadramento del contesto esterno all'ASP ha l'obiettivo di porre in evidenza le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Azienda opera in quanto ciò rappresenta il modo più utile al fine di comprendere le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni a cui le persone che nella stessa operano possono essere soggette; consentendo, conseguentemente, di indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio.

Riguardo alle fonti esterne, particolare importanza rivestono i dati giudiziari relativi al tasso di criminalità generale del territorio di riferimento (ad esempio, omicidi, furti nelle abitazioni, scippi e borseggi), alla presenza della criminalità organizzata e/o di fenomeni di infiltrazioni di stampo mafioso nelle istituzioni, nonché più specificamente ai reati contro la Pubblica Amministrazione (corruzione, concussione, peculato ecc.) reperibili attraverso diverse banche dati come è indicato nell'allegato 1 al PNA 2019.

Con riferimento al tasso di criminalità generale è richiamata la classifica del Sole 24 Ore, dove sono fotografate le denunce registrate relative al totale dei reati commessi sul territorio nel 2020, e dove inoltre è possibile anche rilevare le graduatorie della provincia di riferimento relative a 18 differenti tipologie di reato.

I dati fotografano, a seguito di segnalazioni delle Forze di Polizia, i delitti emersi relativamente alle predette tipologie di reato e le denunce registrate ogni 100.000 abitanti con il conseguente posizionamento provinciale di Enna rispetto alla classifica nazionale.

	Denunce	Popol.		Denunce	Popol.
Truffe e frodi informatiche	441,6	29	Furti in esercizi commerciali	13,5	105
Violenze sessuali	10,6	10	Furti con destrezza	1,3	100
Estorsioni	14,2	48	Furti in abitazione	119,3	98
Omicidi volontari consumati	0,0	91	Rapine	6,2	101
Infanticidi	0,0	33	Incendi	11,0	51
Tentati omicidi	1,8	31	Stupefacenti	33,9	94
Furti	434,8	101	Usura	2,5	2
Furti con strappo	2,6	97	Associazione di tipo mafioso	0,6	7
Furti di autovetture	83,0	52	Associazione per delinquere	0,5	43

Fonte:  
elaborazione Sole 24 Ore su dati del  
dipartimento di Pubblica Sicurezza del  
ministero dell'Interno

Il posizionamento complessivo provinciale di Enna nella classifica finale risulta essere l'ottantaduesimo con un totale di 3.844 denunce complessivamente registrate nel 2020, quindi agli ultimi posti della classifica nazionale che fa registrare al 106 posto Oristano con 2.582 denunce registrate.

Per comprendere le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni cui questo Ente potrebbe essere sottoposto si è fatto riferimento all'ultima Relazione al Parlamento sull'attività delle Forze di Polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata. Selezionando le informazioni più rilevanti ai fini della identificazione e analisi dei rischi e conseguentemente alla individuazione e programmazione di misure di prevenzione specifiche il citato documento riporta alle pagine 9 e 10 la seguente situazione: "...Le Forze di Polizia, pertanto, stanno monitorando con grande impegno i segnali che potrebbero indicare un cambiamento delle strategie da parte dei sodalizi mafiosi per prevenirne le azioni.

Nello specifico, viene rivolta grande attenzione ai comparti economici che non hanno mai interrotto la propria operatività nella fase emergenziale legata alla pandemia, come la filiera agro-alimentare, il settore dell'approvvigionamento di farmaci e di materiale medico-sanitario, il trasporto su gomma, le imprese di pulizia, di sanificazione e di smaltimento di rifiuti.

Le indagini degli ultimi anni hanno già evidenziato che i gruppi criminali in tali settori possono riuscire agevolmente a offrire servizi a prezzi concorrenziali in quanto molto spesso le società controllate da questi ultimi non rispettano le prescrizioni normative in materia ambientale, previdenziale e di sicurezza sul lavoro.

Non viene sottovalutato il rischio di crisi di liquidità soprattutto per le piccole e medie imprese che, in conseguenza della sospensione della loro attività, potrebbero non essere in grado di far fronte ai propri impegni finanziari. Esponenti della criminalità organizzata potrebbero, infatti, sfruttare il momento di difficoltà per insinuarsi nella compagine societaria apportando il denaro necessario o proponendo prestiti usurari. Le associazioni criminali potrebbero vedersi riconosciuta, quindi, un'accresciuta sfera di influenza in società in precedenza non infiltrate.

Un ulteriore settore di interesse per i sodalizi mafiosi, in particolare in questo momento storico, è rappresentato dai flussi di denaro pubblici (che saranno assicurati dallo Stato italiano e dall'Unione Europea) destinati a rilanciare l'economia che potrebbero risultare molto appetibili da parte delle mafie. Le matrici criminali probabilmente tenteranno di acquisirne la disponibilità ricorrendo anche a pratiche corruttive o a modalità di condizionamento dei processi decisionali nell'ambito dell'iter di aggiudicazione degli appalti pubblici.

Nello specifico, gli investimenti pubblici che saranno erogati per la realizzazione di infrastrutture e altre opere pubbliche oppure per il potenziamento, a titolo esemplificativo, del sistema sanitario nazionale potrebbero essere oggetto di interesse da parte dei sodalizi criminali per rafforzare la propria presenza in settori in cui si sono già inseriti da tempo, come quello del ciclo del cemento o nei quali sono comparsi più di recente, come quello della fornitura di beni e servizi per le cure mediche."

Quello sanitario, quindi, è uno tra gli ambiti più esposti e vulnerabili ad un'indebita ingerenza di pratiche corruttive, dalle connotazioni anche tipicamente mafiose, che amplificano le criticità storiche del tessuto socio-produttivo siciliano ed ostacolano i processi d'ammodernamento e trasparenza della pubblica amministrazione.

Tali considerazioni sulle caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera, congiuntamente ai dati statistici sull'attività delle forze dell'ordine e della magistratura, vanno valutate come importante indicatore di rischio corruttivo di determinati processi.

In conclusione, quindi, il territorio del Libero Consorzio Comunale di Enna, come il resto della Sicilia, è avvinto da un sottobosco di pratiche corruttive che interessano settori nevralgici del mondo pubblico e privato, con particolare interferenza anche nei confronti degli enti, che come l'Asp di Enna, sono chiamati a gestire le politiche sanitarie relative al territorio.

## La valutazione di impatto del contesto interno

L'analisi del contesto interno ha lo scopo di evidenziare se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo.

Come noto, la funzione dell'Asp è quella di tutelare, attraverso l'esplicazione dell'attività sanitaria, il diritto alla salute, in generale, e il diritto ai livelli essenziali delle prestazioni degli utenti, sia quella di promuovere la diffusione di servizi sanitari con adeguati livelli di qualità.

Il contesto territoriale aziendale in base all'Atto Aziendale dell'ASP di Enna è suddiviso in 4 Distretti Sanitari e 4 Presidi Ospedalieri.

### DISTRETTI SANITARI:

Distretto Sanitario di Enna, comprendente i Comuni di Enna, Calascibetta, Catenanuova, Centuripe, Valguarnera e Villarosa;

Distretto Sanitario di Piazza Armerina comprendente i Comuni di Piazza Armerina, Aidone, Barrafranca e Pietraperzia;

Distretto Sanitario di Nicosia comprendente i Comuni di Nicosia, Capizzi, Cerami, Gagliano C.to, Sperlinga e Troina;

Distretto Sanitario di Agira, comprendente i Comuni di Agira, Assoro, Leonforte, Nissoria e Regalbuto.

### PRESIDI OSPEDALIERI:

Presidio Ospedaliero "Umberto I" di Enna;

Presidio Ospedaliero "M. Chiello" di Piazza Armerina;

Presidio Ospedaliero "Ferro- Branciforti-Capra" di Leonforte;

Presidio Ospedaliero "Basilotta" di Nicosia.

Immagine esplicativa del contesto territoriale dell'Azienda:



L'Azienda intende realizzare l'unitarietà della gestione a livello provinciale per una programmazione equilibrata sul territorio, rendendo unica la gestione del bene salute secondo logiche di integrazione a livello territoriale, ospedaliero e di prevenzione. Vengono privilegiati sistemi di gestione basati sulla programmazione, il controllo e la qualità, che permettono di individuare quali siano le criticità nell'erogazione dei servizi e il razionale utilizzo delle risorse.

L'ASP di Enna, nell'ambito amministrativo-gestionale, promuove la valorizzazione ed il riconoscimento dell'innovazione tecnologica in ogni settore di attività in quanto fattore determinante di sviluppo, crescita e quale importante funzione istituzionale utile alla rilevazione dei fabbisogni epidemiologici, allo sviluppo di un ambiente culturale favorevole alla trasparenza dei processi decisionali ed all'accessibilità delle informazioni.

Le funzioni di gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa sono assegnate ai dirigenti, che le esercitano nell'ambito dell'autonomia gestionale ed amministrativa. L'eventuale discrezionalità insita nella materia viene comunque sempre ricondotta agli atti di programmazione e di indirizzo che restano di competenza del Direttore Generale.

L'assetto organizzativo generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna si articola in:

- Strutture della Direzione Strategica;
- Strutture di Staff;
- Area Amministrativa
- Dipartimenti Strutturali;
- Dipartimenti Funzionali.

L'attività territoriale dell'Azienda comprende le funzioni relative all'igiene, sanità pubblica, assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, assistenza sanitaria di base, specialistica e riabilitativa, medicina legale, farmaceutica, salute mentale e tossicodipendenze, sanità pubblica veterinaria.

L'offerta sanitaria sul territorio annovera ulteriori strutture operanti sul territorio della Provincia, al fine di costruire percorsi assistenziali in collaborazione con l'ASP di Enna.

Naturalmente, ai fini del monitoraggio del rischio corruttivo, è necessario porre attenzione anche all'attività di tali ulteriori strutture, sia per gli interessi economici che vi sottostanno, sia per l'impatto sulla salute del cittadino qualora dette strutture non dovessero rispettare gli standard assistenziali previsti dalle normative di settore.

Con riferimento alle posizioni dirigenziali ed al personale del comparto, all'interno delle singole Unità dell'amministrazione operano i dirigenti di Unità operativa complessa, di Unità operativa semplice, di Unità operativa semplice dipartimentale, gli incaricati di funzione ed il personale del comparto. Dall'ultima rilevazione al 31/12/2021, comunicata al RPCT dall'UOC Risorse Umane, risultano n. 376 dirigenti a tempo indeterminato e n. 55 a tempo determinato e con riferimento al personale del comparto all'interno dell'ASP ci sono n. 1251 dipendenti a tempo indeterminato e n. 138 a tempo determinato.

In relazione alle risorse finanziarie a disposizione dell'Azienda la Direzione Strategica procede alla definizione degli obiettivi raccordandosi con la UOC Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale per la determinazione dell'impatto economico degli stessi sul bilancio. In atto, per l'anno 2022, è stata adottata la previsione economica, giusta Delibera n. 268/2022, allegando alla stessa i Conti economici ed il Piano degli investimenti 2022/2024. Le risorse finanziarie a disposizione dell'Azienda, stimate quale Totale Valore della Produzione per l'esercizio 2022, ammontano a € 371.364.162,00 alle quali si deve sommare il Totale Valore della Produzione Covid che per quest'anno è previsto pari a € 898.297,00.

Altresì, per ottimizzare il lavoro di predisposizione della presente sezione del PIAO, nel definire il contesto interno, è da richiamare l'analisi aggiornata svolta in occasione della definizione della pianificazione della performance: "La nuova riorganizzazione dei servizi, i processi di razionalizzazione e reingegnerizzazione delle procedure, hanno determinato il fabbisogno di nuove posizioni professionali e il potenziamento di altre già presenti che l'Azienda ha espresso nel Piano del Fabbisogno triennale, al fine di perseguire le scelte strategiche di politica sanitaria indicati nel presente Piano. In linea con le disposizioni normative, il Piano del Fabbisogno, documento programmatico dinamico, rappresenta una innovazione che consente il superamento del tradizionale concetto di dotazione organica, trasformandosi in un valore finanziario di spesa nel cui ambito l'Azienda potrà procedere annualmente alla modulazione quantitativa e qualitativa della propria consistenza di personale, in base ai fabbisogni programmati e alle esigenze di contesto normativo, organizzativo e di sostenibilità economica. L'analisi qualitativa e quantitativa delle esigenze aziendali consente di valorizzare le professionalità emergenti e più innovative in ragione dell'evoluzione organizzativa e tecnologica che sempre più l'Azienda è chiamata ad attuare.

a seguito del nuovo Atto aziendale, in conformità alle linee guida regionali, ha adeguato la Dotazione Organica e Piano triennale del Fabbisogno, approvati recentemente dall'Assessorato della Salute.

Nel 2021 l'Azienda, nell'ottica della promozione dello sviluppo e valorizzazione delle professionalità interne, ha nominato molti Responsabili di UOC, UOSD e UOS sia amministrative che sanitarie ed ha attribuito incarichi di funzione al personale di Comparto.

Le inaspettate esigenze precauzionali intervenute a seguito della pandemia da COVID 19 hanno imposto uno scostamento su tempi e modalità di alcune procedure concorsuali indette e, pertanto, la definizione delle stesse e le relative assunzioni si auspica possano essere completate nel 2022."

Oltre l'analisi, è stata svolta nel presente paragrafo la valutazione se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo.

I condizionamenti possono rappresentare intanto eventi rischiosi che favoriscono dinamiche improprie nella gestione delle istruttorie con conseguente influenza sull'esito finale. Infatti, gli eventi rischiosi si possono concretizzare in varie forme di condizionamento della fase istruttoria per pressioni esterne, come per la presenza di eventuali interessi privati, ovvero nella non corretta e adeguata valutazione ai fini istruttori delle condizioni di ammissibilità, dei requisiti di legittimazione, come nel caso di sottili legami tra utente/istante e dipendente/responsabile del procedimento aziendale, o infine tali condizionamenti si possono manifestare nel caso dell'elevata discrezionalità da parte del dipendente/responsabile del procedimento.

Ogni singolo condizionamento improprio che può concretizzarsi in un evento rischioso per l'attività aziendale è stato attentamente analizzato e descritto nei "Possibili eventi rischiosi" delle "Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche.", allegate alla presente sezione ed alle quali è fatto espresso rinvio.

In conclusione, nell'analisi del contesto interno, di fondamentale importanza, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa dell'Azienda, è la mappatura dei processi, attraverso i quali si svolge l'attività aziendale nell'ambito della struttura organizzativa, consistente nell'individuazione e nell'analisi degli stessi.

### **La mappatura dei processi**

Nel rispetto delle nuove indicazioni metodologiche, si è proceduto all'approfondimento e all'aggiornamento della totalità dei processi afferenti tutte le aree di rischio relative all'attività aziendale.

Per procedere all'identificazione degli eventi a forte rischio corruttivo si sono tenuti in considerazione i dati relativi al contesto interno ed esterno.

In primo luogo, la mappatura dei processi ha preso le mosse dalla cd. "analisi dei fattori abilitanti della corruzione", ossia quei fattori di contesto che possono, in qualsiasi modo, indurre o agevolare il verificarsi di comportamenti o fatti corruttivi. Nella fase successiva per il trattamento del rischio, sono state "segregate", anche sotto il profilo della tempistica degli adempimenti e mediante un susseguirsi di azioni che indicano il percorso da seguire, le fasi obbligatorie da rispettare nell'iter del processo amministrativo da portare a compimento soprattutto in relazione ai processi amministrativi ritenuti più sensibili. A fini esemplificativi è suggerito ai responsabili di struttura di evitare di far persistere per lungo tempo in capo allo stesso soggetto la responsabilità di uno specifico processo e in alternativa di attuare un adeguato affiancamento; è suggerito di snellire il più possibile la fase procedurale in linea con la semplificazione amministrativa e dunque con l'attuazione del principio di trasparenza; ma anche è proposto di evitare di sottostimare la possibilità del verificarsi del rischio che non consentirebbe di attivare idonee misure di prevenzione e di porre attenzione alle competenze ed al grado di formazione del personale preposto nei settori più a rischio.

Al fine di adeguare la presente sezione alle nuove indicazioni metodologiche si è adottato, per la valutazione del rischio, un approccio di tipo qualitativo e non quantitativo. Pertanto tutte le schede di mappatura presentano dei valori qualitativi e non numerici, che tengono conto del livello di esposizione al rischio di un evento di corruzione. Una compiuta valutazione qualitativa del rischio, per tutti i processi mappati, avviene di concerto con i responsabili delle strutture durante i monitoraggi.

La mappatura dei processi e l'analisi dei possibili eventi corruttivi nelle aree di rischio sono stati esposti nelle "Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche dell'ASP di Enna", allegate alla presente sezione.

È stato ritenuto fondamentale mappare sicuramente i processi che coinvolgono la spendita di risorse pubbliche, l'ampio livello di discrezionalità di cui gode l'amministrazione, il notevole impatto socio economico rivestito anche in relazione alla gestione di risorse finanziarie a cui vanno ricondotti i processi relativi ai contratti pubblici, senza tralasciare l'evenienza di altri processi specie di rilievo, quali per esempio eventuali processi per il raggiungimento degli obiettivi del PNRR e dei fondi strutturali. Infatti, i processi elencati nelle citate Schede non rappresentano un elenco chiuso e definitivo, ma sono in continuo divenire in relazione ad una sempre più

analitica e approfondita descrizione dei processi nei cicli annuali di gestione dei rischi corruttivi. Infatti, solo tramite i vari approfondimenti gradualmente è stato possibile aggiungere, nelle annualità che si sono susseguite, elementi nuovi ed utili a raggiungere la completezza della descrizione dei processi.

La valutazione del rischio di corruzione ed illegalità compiuta nel triennio precedente viene confermata nelle sue linee generali, tuttavia, si è proceduto ad aggiornare ed approfondire, in linea con le nuove indicazioni metodologiche di cui al PNA 2019, la mappatura di quei processi che afferiscono ad aree di rischio e le misure generali e specifiche.

Gli Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022 dell'Anac hanno esposto nove Focus nella Sezione III – Spunti per trattare un'area a rischio: i contratti pubblici, volti a dare evidenza alle fasi di processo estremamente sensibili, e per le quali vanno pertanto calibrate adeguate misure preventive, incentrando l'attenzione a titolo esemplificativo su una delle aree più significative: quella dei contratti pubblici.

Al fine di adeguare i contenuti di questa sezione alle indicazioni fornite dall'Autorità nei sopracitati Orientamenti, è stato ritenuto, inoltre, doveroso rivisitare le "Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche", al fine di tenere conto dei sopracitati elementi di rilievo forniti dall'Anac.

Il D.M. del 24/06/22 richiede che la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi contenga un focus sui processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico.

Gli obiettivi strategici della performance aziendale di questo PIAO rappresentano la traduzione di alcune delle misure di trasparenza e di prevenzione dei possibili comportamenti corruttivi, individuate ed elaborate in sede di mappatura dei processi e delle attività delle Unità Operative dell'ASP. La specifica mission istituzionale dell'ASP di Enna ha comportato la necessità di focalizzare una particolare attenzione all'interno dell'Amministrazione sulla mappatura dei processi di carattere generale relativi alle regole di comportamento e della trasparenza. È noto come la corruzione sia spesso causata da un problema culturale, o detto in altri termini da assenze di conoscenze e/o di applicazioni delle regole di comportamento e della trasparenza, tali fattori, infatti, possono, in qualsiasi modo, indurre o agevolare il verificarsi di comportamenti o fatti corruttivi.

Pertanto, è stato ritenuto doveroso focalizzare l'attenzione sui processi relativi alla conoscenza delle regole di comportamento e l'evoluzione della sezione Trasparenza del sito per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico.

### **L'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi**

Ai sensi della Legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna adotta la presente sezione in funzione della programmazione da parte delle pubbliche amministrazioni delle misure per contenere i rischi corruttivi individuati.

Considerato che la finalità della Legge n. 190/2012 è quella di prevenire condotte anche solo prodromiche ai reati di corruzione, la sezione anticorruzione del PIAO mira a fornire una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e di stabilire gli interventi organizzativi e formativi volti a prevenire il medesimo rischio e individuare le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto alla corruzione.

In questo contesto il concetto di corruzione deve essere inteso in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso, da parte di un soggetto, del potere a lui affidato al fine di ottenere indebiti vantaggi privati (per se o per altri).

L

e situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie delle fattispecie penalistiche disciplinate dal Codice Penale, Libro II, Titolo II recante i Delitti contro la Pubblica Amministrazione (artt. 318-323) e dagli artt. 328 e 346-bis comprendendo anche le situazioni in cui, prescindendo dalla rilevanza penale, si verifichi un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso improprio delle funzioni attribuite ai soggetti operanti in nome e per conto dell'Azienda, quale che sia la qualifica ricoperta.

Infatti, per eventi corruttivi devono intendersi non solo i fatti penalmente rilevanti, ma occorre considerare, ai fini della prevenzione della corruzione, anche condotte, situazioni, condizioni, organizzative ed individuali - riconducibili anche a forme di cattiva amministrazione - che potrebbero essere prodromiche ovvero costituire un ambiente favorevole alla commissione di fatti corruttivi in senso proprio. (Cfr. PNA 2019, parte I, par. 2).

Il processo di gestione del rischio di corruzione si articola in tre fasi secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento:

1. Analisi del contesto sia esterno sia interno in cui l'ASP opera;
2. Valutazione del rischio mediante la sua identificazione, la sua analisi e la ponderazione;
3. Trattamento del rischio, attraverso l'identificazione e la programmazione delle misure idonee a contrastarlo.

A queste tre fasi se ne affiancano due ulteriori trasversali, la fase di consultazione e comunicazione e quella di monitoraggio e riesame del sistema.

Premessa necessaria, nella disamina delle aree di rischio che in relazione alla natura e alle peculiarità dell'attività aziendale risultano potenzialmente più esposte a rischi corruttivi, è quella di esaminare l'intera attività svolta dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna.

Il nuovo PNA, adottato con delibera ANAC n° 1064/2019 ha rivolto particolare attenzione all'individuazione delle metodologie più idonee per la gestione dei rischi corruttivi ed infatti, l'allegato 1 al PNA fornisce indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del "Sistema di gestione del rischio corruttivo".

La mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione del rischio, infatti, accrescendo la conoscenza dell'amministrazione, consentono di alimentare e migliorare il processo valutazionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili.

Si tratta, nella specie, di indicazioni metodologiche aggiornate, rispetto al PNA 2013 e all'Aggiornamento 2015 al PNA, che rendono l'allegato 1 al PNA 2019 l'unico documento metodologico da seguire nella predisposizione della pianificazione in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza per la parte relativa alla gestione del rischio corruttivo. Mentre, restano validi riferimenti gli approfondimenti tematici (es. contratti pubblici, sanità, istituzioni universitarie, ecc.) riportati nei precedenti PNA.

L'Allegato 1 sviluppa ed aggiorna alcune indicazioni metodologiche allo scopo di indirizzare ed accompagnare le pubbliche amministrazioni chiamate ad applicare la legge n.190/2012 verso un approccio alla prevenzione della corruzione finalizzato alla riduzione del rischio corruttivo che consenta di considerare la predisposizione della pianificazione come un processo sostanziale e non meramente formale.

La mappatura dei processi si è rivelata un modo efficace per individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione e costituisce lo strumento principale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura dei processi prende le mosse dalla loro necessaria identificazione cioè dalla rilevazione e classificazione di tutte le attività interne, al fine di effettuare una catalogazione, in macro-aggregati, delle aree di attività e dei processi ad esse sottese.

L'elenco che ne deriva è un aggregato di "aree di rischio" che vengono distinte in generali e specifiche. Quelle generali sono comuni a tutte le amministrazioni (es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle specifiche riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività da essa svolte. (PNA 2016)

L'individuazione delle aree di rischio ha la finalità di consentire l'emersione delle aree, nell'ambito dell'attività dell'intera Azienda, che debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione.

La L. n. 190/2012 ha individuato delle particolari aree di rischio, ritenendole comuni a tutte le amministrazioni, queste aree sono elencate nell'art. 1, comma 16, e si riferiscono ai procedimenti di:

- a) autorizzazione o concessione;
- b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al d.lgs.

n. 163 del 2006; c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati; d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del decreto legislativo n. 150/2009.”.

La vigente disciplina in materia di prevenzione della corruzione assegna al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, con particolare riferimento alla fase di predisposizione del PTPCT e al monitoraggio.

Questo ruolo di coordinamento non deve, in nessun caso, essere interpretato dagli altri attori coinvolti come un pretesto di deresponsabilizzazione in merito allo svolgimento del processo di gestione del rischio. Al contrario, l'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di tutti soggetti che interagiscono con l'organizzazione aziendale.

Tutte le suddette fasi sono accompagnate da una costante attività di consultazione, comunicazione, monitoraggio e riesame svolta dal RPCT. Da qui la necessità e l'obbligatorietà di una partecipazione sostanziale di tutti i Dirigenti/referenti chiamati ad essere "attori" del sistema di gestione dei rischi.

La metodologia utilizzata per l'analisi dei rischi di corruzione è basata sul principio della prudenza e privilegiando il sistema di misurazione qualitativo, in linea con il processo di analisi e valutazione dei rischi indicato nell'Allegato 1 del PNA 2019 e con quanto realizzato dall'Anac nella sua Pianificazione.

Tale metodologia cerca di concentrare lo sforzo dei Dirigenti-referenti verso l'acquisizione di conoscenze sul contesto ambientale e operativo delle attività gestite, in quanto un adeguato livello di consapevolezza del contesto di minaccia che grava sulle singole Unità Operative costituisce un presupposto per l'attività di contrasto della corruzione. Altresì, questo approccio mette nelle condizioni il RPCT di verificare, attraverso le attività di monitoraggio, la presenza di minacce di corruzione, la probabilità che queste si verifichino e l'impatto che possono avere sull'amministrazione e stakeholders (cittadini, utenti, operatori economici, ...).

Come base sulla quale operare, è stata conservata l'organizzazione delle matrici di mappatura introdotta nel 2021 ed articolate nelle "Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche", dalle quali è possibile evincere tutte le informazioni concernenti i processi, nonché l'identificazione, l'analisi, la valutazione ed il trattamento del rischio.

All'interno delle summenzionate Schede sono stati individuati i "Possibili eventi rischiosi", tesaurizzando quanto contenuto nelle precedenti pianificazioni e recependo quanto emerso lungo il processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti alle pianificazioni e di monitoraggio delle stesse nella fase di applicazione, grazie all'azione sinergica del RPCT e dei singoli Dirigenti-Referenti.

Come stabilito nell'Allegato 1 del PNA 2019 la formalizzazione dei possibili eventi rischiosi è stata fatta tramite la predisposizione di un catalogo dei rischi nelle citate Schede, dove per ogni processo è stata riportata l'individuazione e la descrizione di specifici e dettagliati eventi rischiosi e dei fattori abilitanti. Infatti, l'analisi è essenziale al fine di comprendere, anche, i fattori che aiutano il verificarsi di eventi di corruttivi, l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti degli eventi corruttivi consente di individuare le misure specifiche di trattamento, che devono essere la risposta più efficace per prevenire i rischi.

Alle fine, l'analisi deve essere orientata alla valutazione del rischio. Con riferimento alla stima del livello di esposizione al rischio, è importante orientarne l'analisi, sia verso i processi, che verso il singolo evento rischioso, che è stato identificato nella fase precedente, al fine di individuare correttamente i processi, le attività del processo e le misure di trattamento del rischio.

L'analisi del livello di esposizione è avvenuto nelle "Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche" allegata alla presente sezione, in linea con quanto realizzato dall'Anac nella sua pianificazione, preso come riferimento di best practice.



Il valore finale del livello di esposizione è stato calcolato come il prodotto della probabilità dell'evento per l'intensità del relativo impatto:  $Rischio = Probabilità \times Impatto$ . Dove la Probabilità è una valutazione di sintesi rappresentante la probabilità di accadimento dell'evento attraverso una scala crescente su cinque valori: molto bassa, bassa, media, alta e altissima, raccogliendo tutte le informazioni pervenute, sia di natura oggettiva (ad esempio, eventi di corruzione accaduti), che di natura soggettiva (ad esempio, potenziali motivazioni dei soggetti che potrebbero attuare azioni corruttive). Tra alcuni indicatori utilizzati per la stima del livello di rischio, riportati come esempio di seguito nel Box 9 dell'Allegato 1 del PNA 2019, alcuni di sicura evidenza oggettiva sono stati utilizzati nei processi valutativi specifici della Probabilità.

*"Box 9– Esempi di indicatori di stima del livello di rischio" dell'Allegato 1 del PNA 2019*

o livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;

o 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;

...

o 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;

...

L'impatto, invece, è valutato calcolando le conseguenze che l'evento di corruzione produrrebbe sull'amministrazione (in termini di reputazione e credibilità istituzionale, qualità e continuità amministrativa, impatto economico ...) e sugli stakeholders (per il degrado del servizio reso a causa del verificarsi dell'evento corruttivo), declinando la scala crescente su due valori soltanto: alto e altissimo, in considerazione del fatto che qualunque evento di natura corruttiva avrebbe per l'Azienda un impatto cruciale.

Poiché la metodologia di calcolo si basa sul prodotto dei valori dei due fattori: la Probabilità e l'Impatto, tale prodotto ha come possibile esito tre valori finali del livello di esposizione: medio, alto e altissimo, che richiedono un adeguato trattamento in termini di mitigazione del rischio con idonee misure preventive.

La fase relativa al trattamento del rischio è tesa a individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. Occorre, ora, individuare apposite misure di prevenzione della corruzione che sono efficaci nell'azione di mitigazione del rischio, che sono sostenibili da un punto di vista economico ed organizzativo e che sono, infine, adattate alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

### **La progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio**

Individuati i rischi corruttivi le amministrazioni programmano le misure sia generali che specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati, privilegiando le misure volte a raggiungere più finalità, prime fra tutte quelli di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità.

Sia in fase di mappatura dei processi, che in fase di individuazione dei comportamenti potenzialmente a rischio è stata analizzata in ogni sua parte l'attività amministrativa svolta, comportandone una rappresentazione di alcune misure di prevenzione di carattere specifico riconducibili alle diverse specificità dell'Unità operative.

Infatti, le matrici di mappatura contengono un numero significativo di misure di carattere specifico, progettate in modo adeguato rispetto allo specifico rischio, valutandone il miglior rapporto costi benefici e la sostenibilità dal punto di vista economico e organizzativo.

In tale contesto, seguendo le indicazioni di cui al PNA 2019, è stato ritenuto razionalizzare e mettere a sistema le misure al fine di rispettare gli obiettivi programmati, avvalendosi, in primis, degli esiti del monitoraggio del Piano dell'anno precedente per la definizione della programmazione per il triennio successivo.

Gli esiti del monitoraggio consentono di identificare l'elemento organizzativo di base (processo) dell'attività dell'amministrazione da sottoporre a maggiore attenzione. La rilevazione e l'analisi prima e il monitoraggio poi dei processi non appesantiscono il sistema, ma rappresentano strumenti attraverso il quale l'amministrazione misura, controlla e migliora se stessa.

Il PTPC 2021-2023 dell'ASP di Enna è stato oggetto di rendicontazione semestrale, al fine di verificare la corretta applicazione delle misure predisposte e la reale efficacia delle stesse in termini di prevenzione del rischio di fenomeni corruttivi o di mala gestio ed attraverso l'attuazione di condizioni che ne rendano più difficile la realizzazione. Le operazioni di monitoraggio si sono svolte in forma partecipata, con la supervisione del RPCT, grazie al contributo dei Dirigenti referenti, Responsabili delle Unità Operative. Il sistema di monitoraggio si è avvalso del monitoraggio delle UPD sui procedimenti disciplinari e dell'applicazione concreta, statisticamente significativa, degli articoli del Codice di Comportamento maggiormente violati.

Per l'anno 2021 sono state predisposte le "Schede di rendicontazione delle misure specifiche dell'ASP di Enna Monitoraggio semestrale: Gennaio – Giugno 2021" per una maggiormente percepibile lettura, in termini di immediatezza, di facilità di riscontro e con la finalità di semplificare e di ottimizzare il sistema di gestione e monitoraggio del rischio. Le nuove Schede sono collegate alla Scheda di mappatura e con colonne, contenenti nello specifico, la colonna denominata "Attuazione", volta ad acquisire le informazioni relative alla rendicontazione dello stato dei processi, utili anche a manifestare nella colonna successiva le possibili e diverse cause di mancata adozione delle misure specifiche da attuare.

La struttura della Scheda di rendicontazione citata è completata infine con una domanda volta a comprendere come le misure specifiche, se attuate, abbiano inciso sull'impatto-effetto positivo-negativo-neutrale delle misure stesse.

Sono state, altresì, predisposte le "Schede di rendicontazione delle misure generali" (All.D), indirizzate all'applicazione delle misure generali per le quali il Dirigente Referente ha indicato l'effettuazione degli adempimenti delle stesse, nel rispetto delle fasi e dei tempi di attuazione nonché del risultato atteso ed il giudizio positivo, negativo o neutrale, dell'incidenza delle suesposte misure. Gli esiti dei monitoraggi sono stati analizzati dal RPCT che ha ravvisato, talvolta, la necessità di un affinamento, in particolare in riferimento alle modalità di rendicontazione, mentre in altri casi la documentazione trasmessa non è stata completa o non è pervenuta; le summenzionate criticità sono state evidenziate dal RPCT con apposite note.

Dal monitoraggio del primo semestre 2021 risulta che lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione è buono, in quanto su 297 di target di misure specifiche rendicontate, risultano 284 in attuazione e 11 misure non ancora in corso di adozione, ma che lo saranno nei tempi previsti. Dal monitoraggio del secondo semestre 2021 risulta che lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione è buono, in quanto su 195 di target di misure specifiche rendicontate, risultano 180 in attuazione e 13 misure non ancora in corso di adozione.

Da una lettura comparativa dei documenti di rendicontazione è da rilevare una costante e continua attività di prevenzione della corruzione svolta; in alcuni casi le misure si presentano ben strutturate e recepite, in altri, sebbene non ancora realizzate compiutamente, risultano in via di progressiva definizione.

Un punto di debolezza è stato, invece, riscontrato in particolar modo alla assenza di rendicontazione del I° semestre del PTPCT 21/23 da parte di alcuni referenti del monitoraggio, un'oggettiva frammentarietà in alcuni casi delle misure specifiche ed alla maggiore difficoltà nella rendicontazione delle stesse.

E' stata svolta l'attività di impulso e di coordinamento rispetto alla messa in atto del processo di gestione del rischio da parte dell'RPCT attraverso una continua e costante azione orientata a sollecitare ed ad organizzare in tal senso i referenti aziendali, responsabili delle misure specifiche.

La verifica sulla corretta compilazione delle schede e delle informazioni inerenti le misure di prevenzione programmate, ha permesso di implementare inoltre un costante coordinamento, tra il RPCT e i referenti delle Unità Operative, intervenendo con note scritte nelle ipotesi di non conformità alla schede di monitoraggio delle misure specifiche e generali e nei casi di sollecitare la rendicontazione semestrale. Altresì, è stata effettuata anche attività di coordinamento nel mettere in atto l'attività formativa continua nei confronti dei referenti delle Unità Operative, volta ad una corretta comprensione degli adempimenti relativi la rendicontazione semestrale del PTPCT 21/22 ed ai processi di gestione del rischio.

Tenuto conto dell'impatto organizzativo, l'identificazione e la programmazione delle misure sono avvenute con il più ampio coinvolgimento dei soggetti cui spetta la responsabilità della loro attuazione, anche al fine di individuare le modalità più adeguate in tal senso. La programmazione delle misure consente così di creare una rete di responsabilità diffusa rispetto alla definizione e attuazione della strategia di prevenzione della

corruzione, principio chiave perché tale strategia diventi parte integrante dell'organizzazione e non diventi fine a se stessa.

Sulla base del principio che la pianificazione anticorruzione delle amministrazioni devono consentire la personalizzazione della strategia di prevenzione le "Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche dell'ASP di Enna", allegate alla presente sezione, contengono un numero significativo di misure specifiche, proprio in quanto tali misure costituiscono il rimedio ritenuto più efficace ai fini del contrasto alla corruzione.

Si è svolta una attenta verifica in merito alla loro idoneità a neutralizzare i fattori abilitanti degli eventi a rischio descritti all'interno delle summenzionate Schede. Inoltre al fine di evitare che le misure programmate rimanessero una previsione astratta e garantire che fossero opportunamente progettate e scadenzate a seconda delle priorità rilevate e delle risorse a disposizione, ne stata effettuata la predisposizione delle stesse in una matrice elaborata nelle sopracitate Schede, secondo quanto suggerito nel paragrafo "5.2 PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE", dell'ALLEGATO 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" del PNA 2019 dell'ANAC.

Inoltre, la specifica mission istituzionale dell'ASP di Enna ha comportato la necessità di focalizzare una particolare attenzione all'interno dell'Amministrazione su alcune delle misure di carattere generale volte alla realizzazione degli obiettivi strategici.

E' da rilevare, intanto, che una misura posta in essere al fine di garantire la tutela del buon andamento della pubblica amministrazione e nella specie la costante implementazione delle strategie volte alla prevenzione della corruzione e dell'illegalità è stata la predisposizione di un applicativo informatico accessibile in evidenza sulla home page del sito istituzionale aziendale "Segnalazione illeciti" che consente di incentivare le segnalazioni relative a fenomeni corruttivi, tutelando i dipendenti che segnalano condotte illecite delle quali vengono a conoscenza in ragione della propria attività lavorativa, garantendo la riservatezza dell'identità e la protezione da eventuali misure ritorsive adottate dalle amministrazioni a causa della segnalazioni. Infatti, è necessario che la stessa segnalazione sia effettuata nell'interesse all'integrità della pubblica amministrazione che sta alla base del rispetto del principio di cui all'art. 97 della Costituzione, ratio tipica dello stesso sistema del whistleblowing, e che sia effettuata allorchè il dipendente ritenga ragionevolmente sussistenti i presupposti dell'ipotetica violazione.

Al fine di evitare di effettuare elaborazioni che rimanessero una previsione astratta, sono state predisposte "Schede di programmazione delle misure generali" su una matrice elaborata secondo quanto suggerito nel paragrafo "5.2 PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE", dell'ALLEGATO 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" del PNA 2019 dell'ANAC, opportunamente progettate e scadenzate a seconda delle priorità rilevate e delle risorse a disposizione e che riportano le seguenti informazioni:

- tipologia misure;
- fasi e tempi di attuazione;
- indicatori di attuazione, necessari per misurare il livello di realizzazione della misura;
- valore target: ovvero l'obiettivo che è prefisso nell'applicazione della misura;
- soggetto responsabile: ovvero colui che è responsabile dell'attuazione.

È stata, poi, dedicata una particolare attenzione alla definizione degli indicatori di attuazione previsti per ciascuna misura e sono stati poi individuati i corrispondenti valori target; in conclusione si è proceduto, quindi, a redigere Schede di programmazione delle misure generali che contengono la ricognizione delle misure di prevenzione appunto di carattere generale.

Le misure di carattere generale, esposte nelle allegate "Schede di programmazione delle misure generali" e presentate di seguito, hanno una natura di strumenti ad applicazione generalizzata e di governo di sistema ed incidono trasversalmente sull'apparato complessivo della prevenzione della corruzione.

Il Codice di comportamento

Tra le misure di prevenzione della corruzione i Codici di comportamento rivestono nella strategia delineata dalla l. 190/2012 un ruolo importante, costituendo lo strumento che, più di altri, si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico. È noto come la corruzione sia spesso

causata da un problema culturale, o da assenze di conoscenze delle regole di comportamento, pertanto per incidere su tali tipologie di fattori è utile adoperare misure di sensibilizzazione e di promozione.

Il Codice si caratterizza per un approccio concreto tale da consentire al dipendente di comprendere con facilità il comportamento eticamente e giuridicamente adeguato nelle diverse situazioni critiche, individuando modelli comportamentali per i vari casi e fornendo i riferimenti ai soggetti interni all'amministrazione per un confronto nei casi di dubbio circa il comportamento da seguire.

La presente misura di prevenzione non può essere considerata come compito esclusivo del RPCT, ma è principale responsabilità di ogni Dirigente che, in quanto competente nella vigilanza della applicazione del Codice di comportamento (art. 15 D.P.R. 62/13) ed essendo a conoscenza dei processi e delle rispettive attività della propria Unità, è il soggetto idoneo ad individuare obiettivi individuale volti a prevenire e a contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto del codice da parte dei dipendenti della struttura cui sono preposti.

### **La Trasparenza**

A seguito dell'entrata in vigore del Decreto legislativo n. 33/2013, così come modificato dal Decreto Legislativo n. 97 del 2016, recante norme in materia di "*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*", questa amministrazione ha posto in essere tutte le misure idonee al fine di adeguarsi alla normativa riformata, cui si rimanda in toto.

Ai sensi del disposto dell'art. 10 del d.lgs. n. 33/2013, si è provveduto a rappresentare nella Tabella Obblighi di pubblicazione i flussi per la pubblicazione dei dati, dove sono stati individuati gli obblighi di trasparenza sull'organizzazione e sull'attività dell'ASP di Enna previsti dal d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii., sono identificati gli uffici responsabili dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati, sono definite le tempistiche per la pubblicazione.

Relativamente agli obblighi di pubblicazione, in ossequio con le disposizioni ANAC, è stata allegata alla presente sezione una griglia "Tabella obblighi di pubblicazione", contenente l'individuazione dei Responsabili della pubblicazione di tutte le informazioni oggetto di obbligo di pubblicazione, questa viene effettuata da ciascun Responsabile di Struttura mediante specifiche credenziali che gli consentono di accedere all'Amministrazione Trasparente del sito aziendale e, dunque, di dare attuazione agli obblighi di pubblicazione che afferiscono alla relativa unità operativa di cui è responsabile.

A tale riguardo, con riferimento ad un particolare obbligo di pubblicazione è da riportare che la Sent. della C. Cost. n. 20 del 23.01.2019 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del comma 1-bis dell'art.14 del D.Lgs.33/2013 nella parte in cui prevede che "le P.P.AA. pubblicano i dati di cui all'art.14, co. 1 lett.f) del citato decreto, anche dei titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione", al fine di invitare i Responsabili dell'Unità Operativa ad adottare i provvedimenti conseguenti di propria competenza.

Il sistema organizzativo volto ad assicurare la trasparenza dell'Autorità, ai sensi del d.lgs. n. 33/2013, si basa sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi Dirigenti cui compete:

- a) l'individuazione e/o elaborazione/trasmissione dei dati e delle informazioni;
- b) la pubblicazione dei dati e delle informazioni.

Al RPCT è assegnato un ruolo di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non sostituisce gli uffici, come individuati nell'Allegata Tabella Obblighi di pubblicazione, nell'elaborazione, nella trasmissione e nella pubblicazione dei dati.

I Dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge. Le Unità cui compete l'elaborazione dei dati e delle informazioni sono stati individuati nella citata Tabella allegata e generalmente coincidono con quelli tenuti alla trasmissione dei dati per la pubblicazione.

## **L'inconferibilità ed incompatibilità per incarichi dirigenziali**

Le disposizioni in materia relative al Decreto Legislativo 39/13 tengono conto dell'esigenza di evitare che lo svolgimento di certe attività possa agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali ed incarichi di funzione e, quindi, comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita.

Nel PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019 è esposto: "...Si raccomanda alle amministrazioni/enti di prevedere già nel PTPCT adeguate modalità di acquisizione, conservazione e verifica delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013 e di effettuare il monitoraggio delle singole posizioni soggettive, rivolgendo particolare attenzione alle situazioni di inconferibilità legate alle condanne per reati contro la pubblica amministrazione."

L'art. 15 del d.lgs. 39/2013 stabilisce che il RPCT «... cura, anche attraverso le disposizioni del piano anticorruzione, che nell'amministrazione, ente pubblico e ente di diritto privato in controllo pubblico siano rispettate le disposizioni del presente decreto sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi. A tale fine il responsabile contesta all'interessato l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità di cui al presente decreto».

Tenuto conto dell'importanza di presidiare l'attività di conferimento degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni, è stato ritenuto necessario individuare una specifica misura generale tale da garantire l'acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità da parte del destinatario dell'incarico e la successiva verifica.

## **Il conferimento e l'autorizzazione incarichi ai dipendenti**

La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolata dalle disposizioni dell'art. 53 del D.lgs. 165/01 che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali.

Nel PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019 è esposto che: "La l. 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 in ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione ove si consideri che lo svolgimento di incarichi extraistituzionali può determinare situazioni idonee a compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa per favorire interessi contrapposti a quelli pubblici affidati alla cura del dirigente o funzionario.

È stato pertanto aggiunto ai criteri per il rilascio dell'autorizzazione quello volto a escludere espressamente situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che possano pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite (art. 53, co. 5 e 7)."

Presso questa Azienda è vigente il "Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali", che disciplina in merito agli incarichi normativamente vietati e ai criteri per l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra istituzionali comprendente anche la procedura per la presentazione della richiesta e il rilascio dell'autorizzazione.

## **La rotazione straordinaria**

L'istituto è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) d.lgs. n. 165/2001, che stabilisce che i dirigenti: "provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva."

Nel PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019 è esposto che: "L'istituto della rotazione c.d. straordinaria è misura di prevenzione della corruzione, da disciplinarsi nel PTPCT o in sede di autonoma regolamentazione cui il PTPCT deve rinviare."

E' stato ritenuto necessario, pertanto, individuare tale specifica misura generale tale da garantire la verifica di eventuali procedimenti penali o disciplinari nei confronti del dipendente per condotte qualificabili come corruttive.

### **La rotazione ordinaria**

L'istituto generale della rotazione disciplinata nella legge 190/2012, (c.d. rotazione ordinaria) va distinto dall'istituto della c.d. rotazione straordinaria, previsto dal d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165 (c.d. Testo Unico sul pubblico-impiego) all'art. 16, co. 1, lett. l-quater<sup>28</sup>.

Nei PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019 è esposto che: "...La rotazione "ordinaria" del personale è 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 e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate e l'assunzione di decisioni non imparziali."

La programmazione della rotazione richiede soprattutto il forte coinvolgimento di tutti i dirigenti presenti all'interno dell'Azienda e la supervisione del RPCT. Infatti, è fondamentale che la rotazione sia programmata dopo che siano state individuate le aree a rischio corruzione e al loro interno le unità maggiormente esposte a fenomeni corruttivi, tenendo in considerazione la doverosa pluriennalità e gradualità della misura.

In particolare, tenuto conto dell'importanza della rotazione del personale presso le pubbliche amministrazioni, è stato ritenuto necessario individuare tale specifica misura generale tale da garantire l'individuazione degli uffici da sottoporre a rotazione e di un trasparente processo di rotazione.

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro o divieti post-employment (pantouflage)

Il comma 16-ter dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001 dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

L'esercizio di poteri autoritativi e negoziali è da riferire in primo luogo ai soggetti che esercitano per conto della pubblica amministrazione tali poteri, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'ente.

Rientrano, però, in tale ambito tutti quei dipendenti per i quali sussiste il rischio di preconstituersi situazioni lavorative favorevoli al configurarsi della fattispecie in esame. In tale senso nel PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019 è esposto che: "...Si è ritenuto, inoltre, che il rischio di preconstituersi situazioni lavorative favorevoli possa configurarsi anche in capo al dipendente che ha comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio, attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione (cfr. parere AG/74 del 21 ottobre 2015 e orientamento n. 24/2015). Pertanto, il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

L'Autorità ha avuto modo di chiarire che nel novero dei poteri autoritativi e negoziali rientrano sia i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la p.a. sia i provvedimenti che incidono unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari.

Tenuto conto della finalità della norma, può ritenersi che fra i poteri autoritativi e negoziali sia da ricomprendersi l'adozione di atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere (cfr. parere ANAC AG 2/2017 approvato con delibera n. 88 dell'8 febbraio 2017)."

Considerata, quindi, l'importanza dell'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, è stato ritenuto necessario individuare tale specifica misura generale per prevenire il preconstituirsi di situazioni lavorative favorevoli all'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro in violazione dei citati divieti post-employment (pantouflage).

## **Il Conflitto di interessi**

Occorre tener presente che le disposizioni sul conflitto di interessi fanno riferimento, sia a situazioni palesi di conflitto di interessi reale e concreto, sia a qualsiasi posizione che potenzialmente possa minare l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale.

La materia del conflitto di interessi è trattata nel Codice Aziendale di Comportamento che stabilisce al comma 3 dell'art. Articolo 9. "Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse" un importante obbligo di verifica delle dichiarazioni in ordine agli eventuali profili di conflitto di interessi in capo al dirigente responsabile dell'unità operativa o struttura di appartenenza del dipendente.

Nel PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019 è previsto che nel PTPCT è opportuno evidenziare in quale modo le citate verifiche devono essere svolte ed è portata ad esempio, altresì, la misura dell'individuazione del soggetto competente ad effettuare la verifica delle suddette dichiarazioni.

Tenuto conto, quindi, dell'importanza dell'individuazione del soggetto competente ad effettuare la verifica delle dichiarazioni relative il conflitto di interessi, è stato ritenuto necessario individuare tale specifica misura generale di controllo atta a verificare le dichiarazioni rese dal personale e dai collaboratori/ consulenti in servizio presso l'U.O..

La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici: l'art. 35-bis del d.lgs. 165 del 2001

Nel PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019 è esposto che: "...Ai fini dell'applicazione dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e dell'art. 3 del d.lgs. 39/2013 sopra riportati, le pubbliche amministrazioni, gli enti pubblici economici e gli enti di diritto privato in controllo pubblico sono tenuti a prevedere nei PTPCT o nelle misure di prevenzione della corruzione integrative del "modello 231", le verifiche della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o di commissioni di concorso, anche al fine di evitare le conseguenze della illegittimità dei provvedimenti di nomina e degli atti eventualmente adottati (cfr. Tar Lazio, Sez. I, n. 7598/2019, cit.);
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi specificati all'art. 3 del d.lgs. 39/2013."

Considerata l'importanza della prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici, è stato ritenuto necessario individuare tale specifica misura generale di acquisizione delle dichiarazioni di inesistenza di condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, previamente alla formazione di commissioni e alle assegnazioni agli uffici, previste alle lettere a), b) e c dell'art. 35 – bis del D.lgs. 165.

## **I patti d'integrità**

Le pubbliche amministrazioni, in attuazione dell'art. 1, co. 17, della l. 190/2012, possono inserire negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia secondo cui il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

Visto che i protocolli di legalità o patti di integrità hanno la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e a garantire il pieno rispetto del buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici, è stato ritenuto necessario individuare tale specifica misura generale con la quale prevedere che il 100 % delle procedure bandite devono essere corredate da documentazione contenente i protocolli di legalità o patti d'integrità

## La formazione

Tra le misure di prevenzione della corruzione da disciplinare e programmare nell'ambito della sezione anticorruzione rientra la formazione in materie inerenti il rischio corruttivo.

L'art. 1, co. 9, lett. b) e c) della L. 190/2012 stabilisce, infatti, che il Piano debba prevedere, per le attività a più elevato rischio di corruzione: "... b) prevedere, per le attività individuate ai sensi della lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione; c) prevedere, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del responsabile, individuato ai sensi del comma 7, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano; ...".

E' stato ritenuto fondamentale individuare tale specifica misura generale, con la quale prevedere in caso di richiesta di supporto lo svolgimento da parte dell'ufficio del RPCT di un'attività di formazione rivolta ai Dirigenti-Referenti per la prevenzione della corruzione per l'area di rispettiva competenza, avente ad oggetto sia la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione ed il loro monitoraggio, che gli obblighi di pubblicazione di cui al D.lgs. 33/13, allo scopo di rafforzare la collaborazione delle unità operative nell'attuazione della strategia anticorruzione.

Misure di regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari

Tra le misure generali che le amministrazioni è opportuno adottino, l'Anac ha individuato quelle volte a garantire una corretta interlocuzione tra i decisori pubblici e i portatori di interesse, rendendo conoscibili le modalità di confronto e di scambio di informazioni.

Nel PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019 è esposto che: "...L'Autorità auspica sia che le amministrazioni e gli enti regolamentino la materia, prevedendo anche opportuni coordinamenti con i contenuti dei codici di comportamento; sia che la scelta ricada su misure, strumenti o iniziative che non si limitino a registrare il fenomeno da un punto di vista formale e burocratico ma che siano in grado effettivamente di rendere il più possibile trasparenti eventuali influenze di portatori di interessi particolari sul processo decisionale."

A tale riguardo è da evidenziare che il RPCT ha predisposto di concerto con Il Direttore della Farmacia protempore la proposta di Deliberazione opportuno "Regolamento per l'accesso degli informatori scientifici e fornitori di presidi sanitari" e predisposto la relativa Delibera di approvazione.

Visto che le misure di regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari non devono limitarsi a regolare il fenomeno da un punto di vista formale e burocratico ma devono essere in grado effettivamente di rendere il più possibile trasparenti eventuali influenze di portatori di interessi particolari, è stato ritenuto necessario individuare tale specifica misura generale con la quale prevedere un adempimento relativamente all'obbligo di non accettare compensi sotto qualsiasi forma, omaggi o altre utilità da società farmaceutiche, informatori o da chiunque produca, o promuova farmaci o dispositivi medici o ausili prescrivibili agli utenti dell'Azienda, ex articolo 28, comma 1, lettera i) del codice di comportamento .

## Il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

Il monitoraggio sull'idoneità e l'attuazione delle misure di prevenzione è una fase fondamentale nel ciclo di gestione del rischio, infatti il monitoraggio ha il ruolo di nodo cruciale del processo di gestione del rischio, volto sia a verificare l'attuazione delle misure di prevenzione programmate, sia a controllare che la strategia programmata abbia un'effettiva capacità di contenimento del rischio corruttivo. Questa attività mette, inoltre, nelle condizioni l'amministrazione di introdurre azioni correttive e di adeguare la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

Una prima fase del monitoraggio riguarda l'attuazione delle misure di prevenzione e la verifica della loro idoneità, ciò consente di valutare se mantenere o meno le misure di prevenzione programmate o addirittura di aggiungerne di nuove in relazione alla loro effettività, sostenibilità e adeguatezza. Un monitoraggio effettivo consente di verificare i casi in cui le misure, pur se attuate, in realtà sono perfezionabili e possono essere rese più sostenibili, concrete, chiare, utili e non superflue.



Il monitoraggio è progettato e poi attuato nel corso dell'anno dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza con il supporto dell'Ufficio del RPCT ed in particolare con il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei Dirigenti-referenti. Ciò nella prospettiva di superare l'autoreferenzialità nella valutazione dell'idoneità della strategia di prevenzione della corruzione elaborata, anche, sotto il profilo della pianificazione del monitoraggio.

Particolare attenzione merita la figura del Dirigente-referente, infatti la complessità dell'organizzazione aziendale ha fatto ritenere opportuno l'affiancamento al Responsabile della prevenzione della corruzione di referenti – dirigenti, responsabili di struttura, in modo da assicurare un supporto al RPCT nella gestione generale che diventa più incisivo negli ambiti a più alto rischio di corruzione.

Lo sviluppo e l'applicazione delle misure previste nella presente sezione sono il risultato di un'azione sinergica del RPCT e dei singoli Referenti, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggio della fase di applicazione.

Resta inteso che i Referenti agiscono anche quali referenti per la Trasparenza che fa parte integrante della presente sezione.

I Referenti concorrono con il Responsabile anticorruzione e trasparenza a:

- a) individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- b) prevedere, per le attività individuate ai sensi della lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) assicurare, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza della sezione anticorruzione;
- d) monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti e l'accesso civico generalizzato;
- e) 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;
- f) individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;
- g) contribuire al monitoraggio dell'idoneità e l'attuazione delle misure di prevenzione.

I Referenti del RPCT concorrono con il Responsabile della prevenzione della corruzione, a verificare l'efficace attuazione della sezione e della sua idoneità e ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione. Tali Referenti sono tenuti a curare, mediante un sistema articolato "a cascata", il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dipendenti delle strutture cui sono rispettivamente preposti.

Tutti i dirigenti dell'Azienda, a prescindere dal livello di responsabilità dei Referenti, per l'area di rispettiva competenza:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) propongono le misure di prevenzione della corruzione;
- d) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- e) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- f) osservano le misure contenute nella sezione anticorruzione e trasparenza.

Il monitoraggio è previsto su tutti i processi delle misure programmate e su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad attuare le misure e il secondo è in capo al RPCT. Essendo pianificato il monitoraggio su più livelli, è previsto nel corso dell'anno una modalità di confronto tra il RPCT (e la struttura di supporto) e i responsabili dell'attuazione delle misure, mediante l'uso di un sistema di rendicontazione.

Il responsabile del monitoraggio di primo livello informa il RPCT sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio, dando anche una valutazione dell'utilità delle stesse rispetto ai rischi corruttivi da contenere. Il monitoraggio di primo livello è accompagnato da verifiche successive del RPCT e dal suo Ufficio, svolte

attraverso il controllo degli indicatori e dei target attesi previsti per l'attuazione delle misure all'interno della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

A tal fine, sono stati concepiti un modulo di rendicontazione semestrale la "Scheda di rendicontazione delle misure specifiche" e le "Schede di rendicontazione delle misure generali", che richiedono due step di rendicontazione da parte dei Dirigenti-referenti: nel primo e nel secondo semestre dell'anno. Nelle summenzionate Schede di monitoraggio sono indicate, per ciascuna misura, gli elementi e i dati da monitorare, al fine di verificare il grado di realizzazione delle misure riportate all'interno delle mappature, parametrato al target prefissato, nonché gli eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi. Per ciascuna misura, si indicano lo stato di attuazione, le fasi e i tempi di attuazione, il risultato raggiunto in rapporto all'indicatore di monitoraggio e al target, definiti in fase di programmazione delle misure e il soggetto responsabile. Si sottolinea inoltre che le summenzionate Schede di rendicontazione sono state predisposte con colonne contenenti domande già formulate per le quali è richiesto di esprimere una scelta, mediante esposizione di lettere e spunte sulla risposta confacente. Nello specifico, la colonna relativa la rendicontazione dell'attuazione è volta ad acquisire le informazioni relative all'effettiva realizzazione delle misure, utili anche a manifestare le possibili e diverse cause di mancata adozione delle misure specifiche e generali da attuare. La struttura delle Schede di rendicontazione citate sono completate infine con una domanda volta a comprendere come le misure, se attuate, abbiano inciso sull'impatto-effetto positivo-negativo-neutrale delle misure stesse.

In una logica di gradualità progressiva e di apertura della sezione anticorruzione i processi e le misure da monitorare potranno essere individuati in processi di attività non pianificate, di cui però si è venuto a conoscenza in corso d'anno, come per esempio nella prospettiva della valutazione del rischio l'attuazione di eventuali progettualità relativi il PNRR.

Infine, per la ricognizione dei procedimenti amministrativi si sottolinea che il processo di attuazione della Legge n. 190/2012 richiede inoltre il monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti. L'adempimento a tal riguardo avviene mediante le compilazioni da parte dei Dirigenti referenti di apposite "Schede di monitoraggio trimestrale dei termini procedimenti amministrativi e di quelli conclusi con ritardo", predisposte dall'Ufficio del RPCT che richiedono per ogni U.O. le seguenti informazioni.

DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROCEDIMENTO	FONTI NORMATIVE	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	INIZIO PROCEDIMENTO (D'UFFICIO, SU ISTANZA, ECC.)	ATTO CONCLUSIVO (DELIBERAZIONE, DETERMINAZIONE, ORDINE, ecc.)	TERMINI DEL PROCEDIMENTO

Denominazione dei Procedimenti Amministrativi Conclusi con Ritardo	Problematiche/Motivazioni Giustificative del Ritardo	Correttivi Adottati per il Miglioramento

### **La programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato**

Relativamente agli obblighi di pubblicazione, in ossequio con le disposizioni ANAC, è stata allegata alla presente sezione una griglia "Tabella obblighi di pubblicazione", contenente l'individuazione dei Responsabili della pubblicazione di tutte le informazioni oggetto di obbligo di pubblicazione che viene effettuata da ciascun Responsabile di Struttura mediante specifiche credenziali che gli consentono di accedere all'Amministrazione Trasparente del sito aziendale e, dunque, di dare attuazione agli obblighi di pubblicazione che afferiscono alla relativa unità operativa di cui è responsabile.

Il RPCT ha un ruolo di coordinamento nel monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, il sistema organizzativo per assicurare la trasparenza ai sensi del d.lgs. n. 33/2013 si fonda sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti. Infatti, ai sensi del disposto dell'art. 10 del d.lgs. n. 33/2013, si è provveduto a rappresentare nella sopracitata Tabella Obblighi di pubblicazione i flussi per la pubblicazione dei dati, dove sono stati individuati gli obblighi di trasparenza sull'organizzazione e sull'attività dell'ASP di Enna previsti dal d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii., sono identificati gli uffici responsabili dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati, sono definite le tempistiche per la pubblicazione.

Alla programmazione dell'attuazione degli obblighi di pubblicazione segue la verifica circa la corretta attuazione degli obblighi previsti dal d.lgs. n. 33/2013. L'art. 6, co 1, del d.lgs. n. 33/2013 dispone che: "Le pubbliche amministrazioni garantiscono la qualità delle informazioni riportate nei siti istituzionali nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità secondo quanto previsto dall'articolo 7."

Il monitoraggio sulle misure di trasparenza consente al RPCT di verificare il livello di adempimento degli obblighi di trasparenza, indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate e le cause che rallentano l'adempimento.

Tale monitoraggio è altresì volto ad accertare la corretta attuazione della disciplina sull'accesso civico semplice e generalizzato, nonché la capacità di rilevare le richieste di accesso e i loro esiti all'interno del registro degli accessi.

I risultati dei monitoraggi sulle misure di trasparenza adottate e sulle richieste di accesso civico, semplice e generalizzato, sono funzionali alla verifica del conseguimento degli obiettivi strategici dell'amministrazione e, in particolare, di quelli orientati al raggiungimento del valore pubblico.

Le risultanze del monitoraggio sono rilevanti sia ai fini della programmazione delle attività e dei servizi erogati dall'amministrazione che per verificare quanto si sia effettivamente tenuto conto degli interessi conoscitivi della collettività e degli stakeholders. Al fine di evitare che il monitoraggio sulla trasparenza assuma un aspetto formale, è stato concepito un modulo di rendicontazione semestrale sulla "Trasparenza" tra le "Schede di rendicontazione delle misure generali" con due step di rendicontazione da parte dei Dirigenti-referenti: nel primo e nel secondo semestre dell'anno. Nella summenzionata Scheda è indicata con riferimento alle procedure volte all'adempimento degli obblighi di pubblicazione, a seconda delle tipologie di dati, come, indicate nell'Allegata "Tabella obblighi di pubblicazione", di effettuare una informativa al RPCT da parte del 100% dei Dirigenti-referenti responsabili della trasmissione/pubblicazione dei dati, sul compiuto adempimento degli obblighi di pubblicazione dei dati di loro competenza in Amministrazione Trasparente, al fine di verificare il grado di realizzazione della misura in esame, nonché gli eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi. Per la misura da monitorare, sono indicati lo stato di attuazione, le fasi e i tempi di attuazione, il risultato raggiunto in rapporto all'indicatore di monitoraggio e al risultato atteso ed il soggetto responsabile. Si sottolinea inoltre che la summenzionata Scheda di rendicontazione è completata infine con una domanda volta a comprendere come la misura, se attuata, abbia inciso sull'impatto-effetto positivo-negativo-neutrale delle misure stesse.

Alla realizzazione di un monitoraggio costante contribuisce anche il ricorso da parte delle amministrazioni ad un sistema di controllo di gestione informatizzato in cui la mappatura dei processi, che costituiscono l'unità di analisi del controllo di gestione, è allineata a quella dei processi che rilevano in sede di monitoraggio della presente sezione. Con riferimento a questa Azienda, in particolare, è da considerare l'allineamento delle due sopracitate mappature relative all'evoluzione della trasparenza all'interno del sito aziendale, che consente e consentirà così di svolgere congiuntamente l'attività di monitoraggio del RPCT e dell'Unità che si occupa del controllo di gestione.

Le amministrazioni monitorano la corretta attuazione dell'accesso civico semplice e generalizzato. A ciò concorre l'adozione di una disciplina specifica interna nella quale sono individuati gli uffici competenti a decidere sulle richieste di accesso o la procedura per la valutazione delle richieste. Altra modalità con cui dare attuazione al monitoraggio sugli accessi è la verifica sulla pubblicazione e la corretta tenuta del registro degli accessi. Per l'accesso civico generalizzato, in particolare, tale strumento consente di dar conto su quali documenti, dati o informazioni è stato consentito l'accesso.

Questa Azienda ha adottato la Delibera n. 166/18 con la quale ha approvato la "Disciplina e misure organizzative del diritto di accesso a atti e documenti amministrativi e del diritto di accesso civico", disciplinante le forme di accesso ai documenti e agli atti amministrativi dell'Azienda, con allegata la relativa modulistica per l'esercizio concreto del diritto d'accesso.

Inoltre, è stata prevista la Scheda semestrale "Registro Accessi" nella quale ciascun Dirigente referente annovera tutte le richieste che pervengono alla struttura di relativa competenza. E' da evidenziare che tra gli obblighi di monitoraggio, permane la trasmissione da parte dei Dirigenti Referenti della sopracitata Scheda semestrale "Registro Accessi", nella quale è necessario indicare le istanze di accesso civico generalizzato ai dati o i documenti, ai sensi dell'art. 5 co. 2 del D.LGS. 33/2013, fornendo le informazioni nel rispetto della seguente matrice.

N. ordine	N. Prot.	Data richiesta	Soggetto richiedente	Oggetto	Ufficio destinatario	Data di trasmissione e PEC	Protocollo Ufficio destinatario	Data del provvedimento e di pubblicazione (ove prevista)	Esito e/o conclusione dell'istanza

Al fine di offrire maggiore facilità di utilizzo dello strumento dell'accesso civico l'Ufficio del RPTC ha provveduto alla riorganizzazione della Sezione Amministrazione trasparente, Altri contenuti-Accesso civico, al fine di fornire compiute informazioni sul procedimento da seguire e sulla relativa modulistica in materia di Accesso civico semplice e generalizzato ed altresì esporre il registro degli accessi suddivisi per annualità e contenenti l'elenco delle richieste di accesso presentate, aggiornato semestralmente, come indicato nell'Allegato 1 delle Linee Guida A.N.AC. - Delibera n. 1309/2016.

## Sezione 3 Organizzazione e capitale umano

### 3.1 Struttura organizzativa

La struttura organizzativa è stata sviluppata in base alle linee guida regionali e in considerazione delle esigenze espresse dal territorio e dalla comunità relativamente alla domanda di salute.

L'architettura è di tipo gerarchico-funzionale e strutturata per aree di attività:

1. Servizi generale e di supporto
2. Servizi dell'assistenza territoriale – distrettuale
3. Servizi dell'assistenza territoriale – dipartimentale
4. Servizi dell'assistenza ospedaliera.

La precedente struttura consente di avere una visione con riferimento ai rispettivi macro-livelli LEA con l'idea di correlare, quanto più possibile, l'apporto delle attività e delle interdipendenze funzionali al soddisfacimento degli standard LEA. Ciò si traduce, in una prospettiva di soddisfacimento della domanda caratterizzata dai LEA, in un'azione mirata a orientare più efficacemente un'offerta strutturata quanto più vicino possibile all'effettivo bisogno espresso.

Quanto sopra risponde alla logica di realizzare un "**sistema orientato al valore pubblico**" con una visione equilibrata tra il perseguimento del benessere sociale equo e sostenibile e le esigenze di coordinamento, organizzazione ed erogazione delle attività che tuttavia rispondono, attualmente, a una logica di governo condizionata da un consistente carattere burocratico-normativo.

Di seguito si rappresenta graficamente la struttura organizzativa.



### 3.2 Organizzazione del lavoro agile

Con la Legge 7 agosto 2015, n.124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" – c.d. riforma Madia – entra nell'ordinamento giuridico italiano il cosiddetto lavoro agile quale forma alternativa e flessibile di rapporto di lavoro nella Pubblica Amministrazione, con obiettivo iniziale di conciliare i tempi di vita ed i tempi di lavoro, anche al fine di tutelare le cure parentali. Infatti, l'articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n.124 prevede che le amministrazioni "adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e del lavoro agile ...".

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

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

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

A seguito dell'emergenza pandemica connessa al COVID-19, le pubbliche amministrazioni hanno adottato repentinamente una serie di misure efficaci a contenere la diffusione del virus. Con lo stravolgimento dell'intero sistema delle relazioni sociali e con l'imposizione del distanziamento sociale e fisico, è nata la necessità di apportare profonde modifiche anche alle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa e, pertanto, al fine di garantire la tutela della salute dei cittadini e dei lavoratori, dal mese di marzo 2020 il lavoro agile nella Pubblica Amministrazione subisce una brusca accelerata.

Il DPCM 8 marzo 2020, all'art. 2-lett. r) prevede esplicitamente il ricorso alle modalità del lavoro agile per la durata dello stato di emergenza.

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

a) limitano la presenza del personale negli uffici per assicurare esclusivamente le attività che ritengono indispensabili e che richiedono necessariamente la presenza sul luogo di lavoro, anche in ragione della gestione dell'emergenza;

b) prescindono dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dagli articoli da 18 a 23, della legge 22 maggio 2017, n. 81". La norma prevede che la prestazione lavorativa in lavoro agile può essere svolta anche attraverso strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall'amministrazione.

Il Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID19", convertito con modificazioni con Legge 17 luglio 2020 n.77, ha disposto all'art. 263 comma 4-bis che "entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1 lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. L'obiettivo del Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) è la definizione delle modalità attuative del lavoro agile quale modalità ordinaria del lavoro all'interno delle amministrazioni pubbliche con il coinvolgimento dei lavoratori, per tutte quelle attività che possono essere svolte nella modalità a distanza.

Inoltre, il legislatore con decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126 avente ad oggetto "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia" all'art. 21-bis e 21-ter ha disciplinato rispettivamente il lavoro agile e il congedo straordinario per i genitori durante il periodo di quarantena obbligatoria del figlio convivente per contatti scolastici nonché il lavoro agile per genitori con figli con disabilità.

Nell'ottica di disciplinare a regime il lavoro agile nell'ambito delle amministrazioni pubbliche il Ministro per la Pubblica Amministrazione in data 19 ottobre 2020 ha emanato un apposito decreto col quale sono state impartite ulteriori disposizioni attuative in applicazione della normativa sopra indicata.

Successivamente, al fine di fornire specifiche direttive uniformi alle Pubbliche Amministrazioni, in ordine all'organizzazione e alla programmazione del lavoro agile, sono state emanate con decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione datato 9 dicembre 2020, le Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA).

### **Obiettivi del lavoro agile**

Con il lavoro agile l'ASP di Enna intende perseguire i seguenti obiettivi principali:

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



## **Livello di attuazione e sviluppo**

A causa del protrarsi dell'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del Covid-19 fino al 31 marzo 2022, l'ASP di Enna non ha ancora adottato un proprio Piano Organizzativo per il Lavoro Agile (POLA), così come previsto dall'art. 14, comma 1, legge 7 agosto 2015 n. 124, modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77. Tale adempimento è comunque in fase di definizione, atteso anche il necessario coinvolgimento delle organizzazioni sindacali al riguardo. Nonostante ciò, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna ha posto in essere gli adempimenti necessari al fine di adeguarsi alla normativa vigente, tenendo conto delle misure organizzative e del raggiungimento degli obiettivi oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa, in quanto tenuta al rispetto dei limiti imposti nell'ambito delle risorse finanziarie, umane e strumentali disponibili a legislazione vigente. Il ricorso all'attività di smart working è avvenuto, come per tutte le altre Pubbliche Amministrazioni, in coincidenza con l'insorgere dell'emergenza pandemica legata alla diffusione del Covid-19. Con nota protocollo n. 26765 dell'1.4.2020 la direzione aziendale ha emanato la direttiva in materia di lavoro agile da seguire per autorizzare i dipendenti a svolgere tale modalità lavorativa durante l'emergenza pandemica escludendo le attività indifferibili da rendere in presenza con l'obiettivo primario volto a garantire il necessario supporto ai servizi di assistenza sia di tipo sanitario che socio sanitario.

La gestione del lavoro agile è rimessa al Dirigente responsabile della struttura che deve:

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

## **Modalità attuative**

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna sta provvedendo a disciplinare il lavoro agile secondo le linee guida del POLA, mediante una graduale elaborazione di un programma di sviluppo articolato in più fasi e tenendo conto delle esperienze fatte sino ad oggi.

## **Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile**

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

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

Prioritario è il processo di mappatura e reingegnerizzazione dei processi di lavoro compatibili con il lavoro agile al fine di individuare le attività che debbano essere escluse in toto o in parte dallo smart working.

Sono coinvolti anche alcuni organismi aziendali quali Comitato Unico di Garanzia, per gli aspetti relativi alla utilizzazione del lavoro agile come strumento di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata, l'OIV per la valutazione della performance, ed Responsabile della Transizione digitale con riferimento alle infrastrutture digitali a consentire e favorire lo sviluppo dello smart working.

### **Programma di sviluppo del lavoro agile: fattori abilitanti.**

Gli step del programma di sviluppo della modalità lavorativa in argomento saranno articolati nel seguente modo:

- Una prima fase di avvio, che nella sostanza è già stata parzialmente testata nel periodo pandemico mediante l'utilizzo di basilari misure organizzative;
- Una seconda fase di sviluppo intermedio, con redazione di un apposito regolamento che preveda le specifiche azioni per la fattispecie sanitaria non contemplate nelle linee guida ministeriali;
- Una terza fase di sviluppo avanzato, con l'implementazione della modalità lavorativa in smart working.

Occorre tener conto che la modalità applicativa del lavoro agile in un'Azienda Sanitaria ha delle caratteristiche ovviamente differenti rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, non soltanto per la tipologia di attività che, nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, ma anche, nel caso specifico, per le dimensioni del territorio e per la complessità organizzativa dell'Azienda che naturalmente condizionano le modalità di applicazione.

In linea di massima si ritiene che possono essere svolte in regime di lavoro agile le attività che:

1. siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;
2. possano essere svolte da remoto e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore presso la sede di servizio;
3. prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;
4. richiedano una concentrazione o una creatività particolare per la loro esecuzione;
5. siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati.

Il che presuppone una mappatura dei processi, dei procedimenti amministrativi e delle attività di competenza dei diversi Settori che possono essere svolti in modalità agile.

### 3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

A seguito del D.A. n. 22/2019 con il quale l'Assessorato della Salute ha adottato la Nuova Rete Ospedaliera Siciliana, questa Azienda ha proceduto, per ultimo con deliberazione n. 902 del 19.6.2020, a prendere atto del D.A. n. 483 del 4.6.2020 di approvazione del proprio Atto Aziendale.

Con successivo D.A. n. 2201/2019, integrato con nota n. 5462 del 29/1/2021 al fine di aggiornare le stesse agli interventi normativi adottati a seguito dell'emergenza pandemica da COVID-19, l'Assessorato della Salute ha emanato le Linee guida per la rideterminazione dei Piani del Fabbisogno e Dotazioni Organiche stabilendo precise metodologie, criteri e standard nonché lo schema tipo Assessoriale da adottare.

Con deliberazione n. 708 del 10.5.2021, parzialmente rettificata con deliberazione n. 1516 del 21.10.2021, si è proceduto ad adottare il Piano Triennale del Fabbisogno 2021/2023 e la Dotazione Organica che sono stati approvati con D.A. n. 1499/2021 del 31.12.2021 di cui si è preso atto con deliberazione n. 5 del 5.1.2022.

Tabella riepilogo 2021-2023 - Piano dei Fabbisogni del Personale Dipendente									
MACROPROFILI	2021			2022			2023		
	Personale dipendente								
	Posti Vacanti	Piano del Fabbisogno (Teste)	Costo piano del fabbisogno (€/mg)	Posti Vacanti	Piano del Fabbisogno (Teste)	Costo piano del fabbisogno (€/mg)	Posti Vacanti	Piano del Fabbisogno (Teste)	Costo piano del fabbisogno (€/mg)
<b>PERSONALE DIRIGENTE</b>									
di cui Medici	462	462	46.898.172	53	520	52.887.120	29	543	55.836.594
di cui Veterinari	4	26	2.750.828	2	28	2.982.428	-	28	2.982.428
di cui Altri Dirigenti Sanitari	27	55	4.427.583	3	58	4.700.111	2	60	4.884.249
di cui Dirigenti PIA	17	35	2.742.316	7	42	3.375.844	-	42	3.375.844
<b>TOTALE DIRIGENTE</b>	<b>510</b>	<b>578</b>	<b>56.908.897</b>	<b>70</b>	<b>648</b>	<b>63.925.303</b>	<b>31</b>	<b>679</b>	<b>67.058.915</b>
<b>PERSONALE COMPARTO</b>									
di cui Infermiere	56	780	33.598.285	28	808	34.802.582	6	814	35.061.002
di cui Altro Comparto Sanitario	39	143	6.308.239	16	159	7.004.607	6	165	7.265.011
di cui OSS-OTA-ASA	100	279	8.191.099	50	329	9.725.429	30	359	10.657.099
di cui Personale della riabilitazione e Fisioterapia	16	45	1.758.724	8	53	2.084.792	5	58	2.282.762
di cui Comparto Amministrativo e Professionale	71	245	8.439.104	17	262	9.103.149	4	266	9.258.569
di cui Altro Comparto Tecnico	39	157	5.694.523	4	161	5.850.563	-	161	5.850.563
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>321</b>	<b>1.649</b>	<b>63.977.974</b>	<b>123</b>	<b>1.772</b>	<b>68.571.122</b>	<b>51</b>	<b>1.823</b>	<b>70.375.026</b>
<b>TOTALE FABBISOGNO PERSONALE</b>	<b>831</b>	<b>2.227</b>	<b>120.886.871</b>	<b>193</b>	<b>2.420</b>	<b>132.496.425</b>	<b>82</b>	<b>2.502</b>	<b>137.433.941</b>

Tabella riepilogo 2021-2023 - Piano dei Fabbisogni del Personale Concorrenti													
MACROPROFILI	2021				2022				2023				
	Emergenza Territoriale		Guardia Medica		Specialisti Ambulatoriali		Emergenza Territoriale		Guardia Medica		Specialisti Ambulatoriali		
	Incarichi Vacanti	Piano del Fabbisogno (FTE)	Incarichi Vacanti	Piano del Fabbisogno (FTE)	Incarichi Vacanti	Piano del Fabbisogno (FTE)	Incarichi Vacanti	Piano del Fabbisogno (FTE)	Incarichi Vacanti	Piano del Fabbisogno (FTE)	Incarichi Vacanti	Piano del Fabbisogno (FTE)	
<b>PERSONALE DIRIGENTE</b>													
di cui Medici	-	35	-	67	34	33	7	19	14	1	-	35	33
di cui Veterinari	-	-	-	-	1	31	-	-	-	1	12	-	33
di cui Altri Dirigenti Sanitari	-	-	-	-	5	5	-	-	5	-	5	-	5
di cui Dirigenti PIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTALE FABBISOGNO 2021</b>	-	35	-	67	38	71	7	19	19	1	32	-	71

Per quanto concerne le strategie di copertura del fabbisogno, l'Azienda metterà in campo le diverse modalità di assunzione previste dalla normativa vigente.

Al fine di valorizzare le professionalità interne e nei limiti delle vigenti capacità assunzionali, prevede di avvalersi della facoltà prevista dall'articolo 22, comma 15, del d.lgs. n. 75 del 2017, per attivare le procedure selettive per la progressione verticale del personale interno.

Al fine di superare il precariato e ridurre il ricorso ai contratti a termine si continuerà a fare ricorso alle procedure di stabilizzazione del personale con contratto a tempo determinato previste dall'articolo 20 del decreto legislativo n. 75/2017.

Si continuerà, inoltre, a garantire il rispetto delle assunzioni obbligatorie di cui alla legge 12 marzo 1999 n. 68;

Per le assunzioni a tempo indeterminato si procederà ad espletare le seguenti procedure previste dalle disposizioni di legge:

- Mobilità volontaria 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 l'utilizzazione delle graduatorie dei concorsi pubblici in corso di validità approvate da altre Aziende ed Enti del SSN;
- Procedure concorsuali.

L'Azienda ricorrerà all'assunzione di personale a tempo determinato solamente nei seguenti casi:

- nelle more della conclusione delle relative procedure di copertura dei posti a tempo indeterminato;
- per esigenze di carattere straordinario e temporaneo;
- per la sostituzione di dipendenti assenti per periodi per i quali possono essere attivati incarichi di supplenza e ove ciò risulti indispensabile.

Nella redazione del PTFP si è tenuto conto anche dell'andamento delle cessazioni del personale (annuali e nell'arco del triennio). A seguito della rideterminazione del piano di fabbisogno ed ai fini del monitoraggio e della verifica del rispetto del tetto di spesa, l'Azienda si riserva, anche in connessione con l'andamento dei processi di riorganizzazione, razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, di predisporre un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato, determinato ed altre tipologie di lavoro flessibile.

## **FORMAZIONE DEL PERSONALE**

La Formazione nella Pubblica Amministrazione deve avere come obiettivo la capacità di fare acquisire saperi utili, applicabili e verificabili nella quotidianità del lavoro e della relazione, che diano competenze tecniche e relazionali utili al prendersi cura del cittadino, a costruire e gestire percorsi assistenziali adeguati sia ai bisogni degli utenti che dei familiari e degli stakeholder in genere; oggi più di ieri in una logica di attenzione ai servizi territoriali e domiciliari ed alla digitalizzazione.

Se è necessario dare senso a ciò che facciamo, è necessario individuare il ruolo che ciascun livello di responsabilità deve dare alla programmazione aziendale della formazione. Per avere una progettazione condivisa è necessaria la partecipazione attiva, sin dalla fase di ideazione e progettazione, dei diversi livelli di responsabilità a partire dalla direzione strategica, investita dei macroobiettivi di salute nel territorio, proseguendo poi con i diversi ruoli di management ed organizzativi quali i Dipartimenti, le UU.OO. e gli operatori.

Una progettazione condivisa non può che accrescere l'interesse, la motivazione e la partecipazione al percorso

formativo di tutto il personale coinvolto.

Tale logica si ritrova anche nel sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM) e specificamente nel "Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM" e nel "Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario", frutto della Commissione nazionale formazione continua e dei lavori prodotti dalle altre commissioni presso l'AGENAS per il sistema ECM.

Tali strumenti non hanno solo una valenza normativa, formale, ma si pongono un obiettivo di senso, di significato da attribuire al percorso formativo sotto aspetti diversi: tecnico- professionale, procedurale e di sistema, intendendo con ciò l'ampliamento delle competenze del professionista in una logica di qualità, intesa come la capacità del prendersi cura, del costruire comunità di pratica fondate su valori condivisivi e su un concetto di etica intesa come "cura della propria dimora".

L'ASP di Enna con DDG 01380/12 del Luglio 2012 è stata accreditata provvisoriamente in qualità di Provider ECM con il numero identificativo ID 401.

Nell'anno in corso ha rinnovato il suo Piano Qualità in data 30/03/2022 ed il Comitato Scientifico adeguandolo ai requisiti di accreditamento ECM con Delibera n. 428 del 24/03/2022.

### **Il Piano Formativo Aziendale**

Il sistema di Formazione aziendale, segue non solo le direttive del sistema di formazione continua in medicina (ECM) trattandosi di azienda sanitaria, ma anche gli adempimenti relativi alla Pubblica Amministrazione prioritariamente attraverso la costruzione del Piano Formativo Aziendale (PAF), a valenza annuale ma con possibile riferimento ad obiettivi triennali.

La prima fase per la costruzione del PAF è quella della rilevazione dei bisogni formativi. Essa è una delle azioni che rientrano in una logica di programmazione aziendale, in stretta connessione con la programmazione dello sviluppo dei servizi, delle competenze utili a tale sviluppo, del miglioramento organizzativo, della crescita della sicurezza per il cittadino e per gli operatori, rapportata alle risorse assegnate.

In sintesi è un vero atto di programmazione che vede il coinvolgimento di tutte le strutture sanitarie, tecniche, professionali ed amministrative nelle fasi di analisi e progettazione dei percorsi formativi.

Il sistema è in fase di crescita ma non di maturità, in considerazione dei continui aggiornamenti degli organigrammi aziendali e delle complessità organizzative che tuttora permangono a seguito della pandemia che ha mostrato e continua a mostrare la debolezza del sistema. Tale complessità coinvolge anche quegli ambiti che debbono sostenere lo sviluppo dell'innovazione, del cambiamento, della motivazione quale è la Formazione.

La responsabilità è stata posta in capo ai Dipartimenti e alle strutture afferenti direttamente alle Direzioni, richiedendo con nota della Direzione Generale la programmazione di progettualità a valenza dipartimentale, con il coinvolgimento di tutte le strutture interessate.

Quest'anno si è comunque rilevato, una maggiore attenzione da parte di alcune strutture, che lascia sperare ad un ritorno alla "normalità".

I bisogni sono stati rilevati con delle apposite schede predisposte a tal fine.

### **I soggetti coinvolti**

La formazione è una funzione di sistema, che opera nella definizione dei bisogni formativi in stretta connessione con soggetti diversi.

- Le Direzioni aziendali portatrici delle esigenze, dell' "epidemiologia" e dell'organizzazione del territorio su cui possono tracciare una propria vision: quali gli ambiti di sviluppo, di innovazione, di mantenimento. Le direzioni curano lo sviluppo, anche, degli obiettivi del macrosistema loro assegnati dall' Assessorato per la Salute quali la prevenzione con i progetti del Piano Aziendale di Prevenzione (PAP), la garanzia dei servizi essenziali con i LEA, la garanzia della accessibilità al sistema e della qualità professionale, relazionale, alberghiera.

- Le strutture Dipartimentali e le strutture complesse che, trovano una sintesi nel Collegio di Direzione, quale consesso deputato a individuare tempi, modi, luoghi, risorse ove dare attuazione ai macro-obiettivi con la ricchezza della conoscenza dei "territori" dei "cittadini" che ad essi accedono. Tale conoscenza permette di studiare il bisogno formativo nella triplice logica che gli è consona: la prospettiva dell'operatore - professionista, la prospettiva dell'organizzazione, la prospettiva del cittadino. Le direzioni hanno il compito di coinvolgere gli operatori nel rispetto delle diverse professionalità e della diversa percezione nel percorso di assistenza.
- Le Unità Operative di Staff che hanno un mandato di supporto sia alla Direzione che ai servizi ed agli operatori tutti, in quanto luogo di sintesi, osservatorio permanente delle attività in una logica non solo numerica, ma di buona produttività, di supporto ai processi, di creazione di reti, di comunità professionale.
- Le reti professionali esterne all'Azienda che danno la vitalità di esperienze diverse, nuove, che permettono di leggere il proprio operato e scoprire tutto ciò in cui si crede, per cui ci si batte, per cui non ci si arrende davanti alla complessità.
- Il cittadino, il sofferente, i familiari, gli stakeholder tutti coloro che pur senza saperlo quando li incontriamo ci insegnano qualcosa, ci permettono di comprendere quali sono i loro e dunque i nostri bisogni.

### **I valori del Piano Formativo**

Anche la Commissione Nazionale Formazione Continua dell'AGENAS, nel presentare i nuovi manuali nel 2017 ha attenzionato molto l'aspetto etico della formazione continua.

In Azienda sin dal 2010 si è lavorato, ponendo l'etica a fondamento del sistema aziendale e formativo, pertanto si rileva perfetta sintonia. Ma l'etica, come già riportato nella Carta Etica Aziendale, non può essere un valore solo personale ma lo deve essere del sistema tutto.

La formazione viene considerata quale elemento importante nella creazione di logiche nuove, "solidaristiche", integrate in una rete di connessioni tra i vari livelli e non solo intraistituzionali, ma anche interistituzionali.

Ciò richiede un riconoscimento, in ambito di peso di obiettivi dati dal Ministero a cascata alle Regioni, da queste alle Aziende sanitarie, dalle Direzioni alle UU.OO. Formazione. Se tale peso non viene attribuito le dichiarazioni di principio decadono.

E' necessario che si dia spazio alle opportunità di incontro tra esperienze e sperimentazioni diverse uscendo dalla logica di una formazione solo intraaziendale, con risorse interne.

E' tempo di porre attenzione non solo alla quantità di corsi realizzati e di crediti assegnati, ma soprattutto alla qualità di processi formativi attivati, di processi organizzativi e di cura innovativi sperimentati.

Allora in attuazione ai valori contenuti nei principi di cui sopra: innovazione, sperimentazione, diffusione di buone pratiche, redazione ed applicazione di percorsi clinico assistenziali, l'obiettivo del Piano Formativo Aziendale deve essere quello di costruire un numero minore di attività formative, in cui trovino giusto spazio obiettivi ben formati, metodologie interattive più rispondenti all'apprendimento dell'adulto, verifiche che misurino non solo gli apprendimenti teorici, ma soprattutto gli apprendimenti sperimentati, applicati, le ricadute sul sistema organizzativo e relazionale, la percezione dell'utenza, e ove possibile le ricadute cliniche.

E' chiaro che bisogna dare sempre maggiore attenzione allo sviluppo dei dossier formativi dei professionisti attraverso la promozione della formazione individuale extraaziendale con comandi e frequenze presso centri di alta specializzazione e forme di tutoraggio di esperti nelle attività cliniche.

Entrambe queste formule hanno trovato attuazione in Azienda.

### **I destinatari**

I destinatari della formazione aziendale non possono che essere tutte le componenti di una Azienda, tutte le professioni in essa operanti, trovando spazi di condivisione con i fruitori del sistema.

Un piano aziendale dà, indiscutibilmente, spazio maggiore alle professioni sanitarie, ma non può negare l'importanza dell'apporto dato alla qualità del servizio e dell'assistenza dai professionisti ed operatori del ruolo

tecnico, amministrativo e professionale.

Il personale aziendale è costituito da n. 1834 unità di personale sanitario, tecnico, amministrativo e professionale, da n. 131 Medici di Medicina Generale (MMG), da n. 23 Pediatri di Libera Scelta (PLS).

## **Gli ambiti e progetti formativi**

Gli ambiti individuati per l'anno 2022 sono stati cinque.

### 1. Area management - miglioramento organizzativo / gestionale e della qualità dei servizi

- Reclutamento della popolazione target ai tre programmi di screening
- Educazione digitale e buone pratiche
- Disostruzione delle vie aeree

### 2. Area tecnico professionale

- Antibiotico-resistenza: un'emergenza da contrastare
- Progetto formativo di utilizzo della tecnica laparoscopica per proctectomia radicale
- La sicurezza dei pazienti e la riduzione degli errori in terapia farmacologica
- Integrazione ospedale territorio" assistenza ostetrica in autonomia alle gravidanze e parto a basso rischio ostetrico (BRO)
- L'équipe multidisciplinare nel consultorio familiare
- Basi di PNL (Programmazione Neurolinguistica)
- La componente psicomotoria nell'approccio olistico in riabilitazione

### 3. Area comunicazione / relazione / benessere organizzativo

- Servizi sociali dell'ASP di Enna a confronto
- la classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute

### 4. Area emergenza – urgenza

- La nutrizione artificiale quale strumento terapeutico per i pazienti
- Emergenza-urgenza in pediatria
- Corso di formazione rianimazione neonatale

### 5. Area sicurezza dei lavoratori

- Apprecchiatura a risonanza magnetica per uso medico. Sicurezza e imaging
- La radioprotezione nelle attività sanitarie ai sensi del d.lgs 101/2020 art 111
- Norme di radioprotezione e contaminazione radioattiva in un reparto di medicina nucleare
- Formazione di base per lavoratori rischio medio ex d.lgs.81/08
- Formazione di base per i lavoratori rischio alto ex d.lgs 81/08
- Corso dirigenti
- Progetto formativo per i dipendenti individuati preposti per la sicurezza dell'ASP di Enna
- Squadre primo soccorso
- Squadre di emergenza

## **Sezione 4 - Monitoraggio**

### **4.1 Valore Pubblico**

Il monitoraggio del valore pubblico, è stato strutturato conferendo maggiore enfasi alla prospettiva degli stakeholder, pertanto, verrà monitorato sulla scorta di una selezione di obiettivi strategici che, si ritiene, siano più significativi a tal fine.

Gli obiettivi di cui sopra che verranno monitorati secondo le modalità stabilite dagli artt. 6 e 10, comma1, lette b) del D,Lgs, 150/2009 e smi , sono i seguenti:

- Coperture vaccinali
- Esiti
- Fascicolo Sanitario Elettronico
- Sovraffollamento nei Pronto Soccorso
- Garantire gli standard e requisiti nei Punti Nascita
- Screening
- Liste d'Attesa
- Livello della qualità percepita interna ed esterna.

Gli indicatori inerenti agli obiettivi sopraelencati verranno monitorati dal Controllo di Gestione nell'ottica unitaria aziendale e direttamente dai Responsabili delle Unità Organizzative per le rispettive competenze, con una cadenza trimestrale, al fine di attuare azioni correttive e di miglioramento in corso di esercizio nell'eventuale rilevazione di significative deviazioni dal risultato atteso.

La fase propedeutica del monitoraggio, ossia la rilevazione dei dati, è assicurata mediante la produzione di flussi informativi da parte dei Sistemi informatici gestionali delle aree operative del cui corretto utilizzo è incaricato il responsabile delle unità operative preposte.

La fase strumentale del monitoraggio, ossia la rendicontazione, è assicurata entro le tempistiche previste dal Controllo di Gestione con un cruscotto informatico direzionale web che acquisisce i suddetti flussi informativi e li rappresenta sotto forma di informazioni grafiche e letterali.

Per limitare l'autoreferenzialità, la performance dell'Azienda nel contesto del Valore pubblico deve essere valutata anche secondo la prospettiva degli utenti, integrando tale prospettiva nella strategia di realizzazione del valore pubblico che incorpora la visione orientata al benessere sociale equo e sostenibile.

### **4.2 Performance**

Gli obiettivi di performance verranno monitorati secondo le modalità stabilite dagli artt. 6 e 10, comma 1, lett. b) del D,Lgs, 150/2009 e smi.

Il relativo processo di monitoraggio e valutazione è riportato nella sezione 2.2. Performance

### **4.3 Rischi corruttivi e Trasparenza**

Il monitoraggio avviene secondo le indicazioni ANAC, le attività sono dettagliatamente riportate nella sezione 2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza – Il Monitoraggio sull' idoneità e sull'attuazione delle misure.

### **4.4 Organizzazione e capitale umano**

Il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale dall'OIV.



## **Nota metodologica**

Il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione è stato redatto facendo riferimento allo schema tipo di cui al DM del 30/06/2022.

La redazione del presente PIAO, in questa fase di prima attuazione, risente di una pianificazione e programmazione già compiuta e definita in appositi provvedimenti già adottati con le logiche normative-funzionali previste.

Di conseguenza, secondo il principio della continuità logica degli atti amministrativi, questa prima stesura riconfigura e integra gli atti già emessi con la previsione di adottare un nuovo modello che integra la pianificazione, il monitoraggio e la valutazione delle attività che ineriscono ai quattro ambiti del PIAO e che determina la necessità di riorganizzare le attività finora oggetto di pianificazione e rendicontazione settorializzata, in una unica visione di governance orientata al management del valore pubblico.

Si riporta l'elenco dei funzionari che hanno costituito il gruppo di lavoro che è stato individuato dalla Direzione strategica e che ha elaborato il presente PIAO:

- UOC Controllo di gestione e SIS: D.ssa Lorenza Garofalo;
- UOC Coordinamento degli staff aziendali: Avv. Giuseppe Capizzi;
- UOS Formazione: D.ssa Gabriella Emma;
- UOS URP: D.ssa Antonella Santarelli;
- UOC Risorse Umane: Dott. Salvatore Lombardo;
- Ufficio del RPCT: Dott. Davide Mingrino;
- UOS Gestione reti e dati: Dott. Ciro Viscuso.

## Allegato A

### Gerarchia degli obiettivi

Livello 1: Linea strategica (LS)

Livello 2: Obiettivo strategico (OS)

Livello 3: Obiettivo operativo (OB)

Livello 4: Strutture organizzative assegnatarie

Si omettono gli indicatori per esigenze di sintesi

### Obiettivi 2022

Obiettivi	Strutture organizzative assegnatarie
<b>L.S. OBIETTIVI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE</b>	
La linea sviluppa gli obiettivi strategici assegnati dall'Assessorato della Salute, nel rispetto dei valori attesi indicati nel documento "Obiettivi di Salute e Funzionamento delle Aziende Sanitarie Siciliane 2019 e successivi aggiornamenti"	
<b>LISTE D'ATTESA</b>	
L'Azienda ha adottato il proprio piano di governo delle liste d'Attesa al fine di monitorare i tempi di erogazione di alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali (69) e altre in regime di ricovero (17) per garantire l'aderenza alle indicazioni di attesa massima stabilite a livello regionale.	
<b>Ampliare l'offerta delle prestazioni di diagnostica</b>	(AH16007) UOC Cardiologia P.O. Umberto I (AH16021) UOSD Medicina Nucleare P.O. Umberto I (AH16022) UOC Radiologia P.O. Umberto I (AH33004) UOSD Radiologia P.O. Basilotta
<b>Ampliare l'offerta delle prestazioni in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale</b>	(AH16001) UOC Chirurgia Generale P.O. Umberto I (AH16002) UOC Oculistica P.O. Umberto I (AH16005) UOSD Otorino P.O. Umberto I (AH16011) UOSD Nefrologia ed Emodialisi P.O. Umberto I e servizi di Emodialisi P.O. Chiello e P.O. Basilotta  (AH16012) UOC Neurologia P.O. Umberto I (AH27003) UOS Chirurgia Generale P.O. FBC (AH33016) UOSD Chirurgia Generale Basilotta (AH40001) UOSD Chirurgia Generale P.O. Chiello
<b>Ottimizzare i tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali</b>	(ATS031) UOC Cure primarie
<b>GARANTIRE GLI STANDARD E I REQUISITI NEI PUNTI NASCITA</b>	
Al fine di migliorare il livello di appropriatezza e di sicurezza delle prestazioni erogate dai punti nascita sono stati previsti indicatori di misurazione e monitoraggio dedicati. I punti nascita senza UTIN rappresentano una criticità per la sicurezza della madre e del nascituro. In questi contesti è evidente la necessità di limitare i rischi accettando casi che non presentano complicazioni e dirottando i casi complicati in strutture adeguatamente attrezzate	
<b>Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri in Terapia Intensiva Neonatale (cod. 730) Punti Nascita con UTIN</b>	(AH16015) UOC Terapia Intensiva Neonatale P.O. Umberto I
<b>Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali nei punti nascita senza UTIN</b>	(AH33011) UOS Ostetricia e Ginecologia P.O. Basilotta
<b>EQUILIBRIO DI BILANCIO</b>	
Con la legge costituzionale n. 1 del 2012, il legislatore nazionale ha novellato gli articoli 81, 97, 117 e 119 Cost., introducendo nell'ordinamento un principio di carattere generale, secondo il quale tutte le amministrazioni pubbliche devono assicurare l'equilibrio tra entrate e spese del bilancio e la sostenibilità del debito, nell'osservanza delle regole dell'Unione europea in materia economico-finanziaria. L'Assessorato ha assegnato al Direttore Generale il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio quale obiettivo di mandato. Per il raggiungimento di tale obiettivo, che già nel triennio passato è stato raggiunto, le unità operative che gestiscono risorse finanziarie devono monitorare e rispettare i limiti di spesa indicati nella tabella di assegnazione delle risorse	
<b>Efficienza: Riduzione rimanenze finali di magazzino dei farmaci</b>	
La necessità di controllare e monitorare la spesa pubblica anche nella sanità impone di tenere sotto controllo i consumi a tal fine necessario monitorare le scorte dei farmaci allocati in magazzino e nei reparti evitando acquisti sovradimensionati, con conseguente eccessivo immobilizzo di scorte e con il rischio di obsolescenza	
	(AF001) UOC Farmacia Ospedaliera (AF003) UOS Farmacia P.O. Basilotta
<b>Ottimizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera: riduzione dello scaduto</b>	

## Allegato A

### Gerarchia degli obiettivi

Livello 1: Linea strategica (LS)

Livello 2: Obiettivo strategico (OS)

Livello 3: Obiettivo operativo (OB)

Livello 4: Strutture organizzative assegnatarie

Si omettono gli indicatori per esigenze di sintesi

### Obiettivi 2022

La Farmacia Ospedaliera ha formalizzato in apposita procedura le modalità operative per garantire la rotazione delle scorte e la minimizzazione dei farmaci scaduti. La valorizzazione dei farmaci scaduti deve essere rilevata sia a livello del magazzino farmaceutico, sia a livello di armadio di reparto. Una corretta rotazione delle scorte consente anche una migliore programmazione degli acquisti.

(AF001) UOC Farmacia Ospedaliera

(AF003) UOS Farmacia P.O. Basilotta

Ottimizzazione della spesa farmaceutica territoriale

(AF002) UOC Farmacia Territoriale

Riscossione dei crediti

(AMM002) UOC Servizio Legale

Rispetto del Negoziato con l'Assessorato

(AMM019) UOC Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale

Rispetto del tetto di spesa del personale a tempo determinato

Rispetto del tetto di spesa del personale negoziato con l'Assessorato

(AMM016) UOC Risorse Umane

(AMM027) UOS Trattamento Economico

Rispetto del tetto di spesa dell'assistenza farmaceutica

(AF001) UOC Farmacia Ospedaliera

(AF002) UOC Farmacia Territoriale

(AF003) UOS Farmacia P.O. Basilotta

### ESITI

L'Assessorato Regionale della Salute ha assegnato alle aziende sanitarie obiettivi misurabili tramite indicatori di Esito previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE), stabilendo indicatori e valori target al fine di consentire una valutazione comparativa tra aziende a livello nazionale e regionale sulla sicurezza, efficienza, efficacia e qualità delle cure erogate

**ESITI: Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun progresso cesareo)**

Il parto con taglio cesareo rispetto al parto vaginale comporta maggiori rischi per la donna e per il bambino. L'obiettivo tende a rendere sempre più appropriata e allineata a parametri ed evidenze nazionali ed internazionali la pratica clinica di assistenza riferita al momento del parto.

(AH16004) UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Umberto I

(AH33011) UOS Ostetricia e Ginecologia P.O. Basilotta

**ESITI: Colectomia laparoscopica. Degenza post operatoria 0-3 giorni incluso il giorno di intervento**

La colecistectomia per via laparoscopica è oggi considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati, rispetto all'intervento a cielo aperto è associata ad una degenza ospedaliera e ad una convalescenza significativamente più breve

(AH16001) UOC Chirurgia Generale P.O. Umberto I

(AH33016) UOSD Chirurgia Generale Basilotta

(AH40001) UOSD Chirurgia Generale P.O. Chiello

**ESITI: Frattura femore assicurare l'intervento chirurgico entro 2 giorni dal giorno del ricovero incluso**

L'intervento tempestivo sulla frattura del collo del femore nell'anziano, riduce la mortalità e l'insorgenza di complicanze post operatorie, determina una minore durata del dolore e migliora il recupero degli outcome funzionali. Per assicurare l'intervento entro 2 giorni dal ricovero l'Azienda ha redatto una procedura aziendale che esplicita tempi e modalità operative per tutte le strutture coinvolte.

(AH16003) UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Umberto I

(AH33003) UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Basilotta

(AH40010) UOSD Ortopedia e Traumatologia P.O. Chiello

**ESITI: Frattura femore garantire la disponibilità della sala operatoria per consentire l'intervento entro la tempistica prevista**

Come stabilito nella procedura aziendale per la gestione degli interventi di frattura femore, i reparti di Anestesia devono assicurare la disponibilità delle sale operatorie entro la tempistica prevista (<=12 ore dalla richiesta)

(AH16023) UOC Terapia Intensiva Umberto I

(AH33015) UOSD Anestesia P.O. Basilotta

## Allegato A

### Gerarchia degli obiettivi

Livello 1: Linea strategica (LS)

Livello 2: Obiettivo strategico (OS)

Livello 3: Obiettivo operativo (OB)

Livello 4: Strutture organizzative assegnatarie

Si omettono gli indicatori per esigenze di sintesi

### Obiettivi 2022

(AH40012) UOSD Anestesia P.O. Chiello

**ESITI: Frattura femore tempestività interventi su pazienti over 65**

Come stabilito nella procedura aziendale per la gestione degli interventi di frattura femore, i Pronto Soccorso devono, al momento dell'accesso dei pazienti over 65, attivare il protocollo assistenziale per consentire il trasferimento presso uno dei reparti di Ortopedia dell'Azienda entro 4 ore

(AH16034) UOS Pronto Soccorso P.O. Umberto I

(AH27005) UOS Pronto Soccorso P.O. F.B.C

(AH33012) UOS Pronto Soccorso P.O. Basilotta

(AH40006) UOS Pronto Soccorso P.O. Chiello

**ESITI: PTCA tempestività nell'effettuazione nei casi di IMA STEMI entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero**

La tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica su pazienti con diagnosi di I.M.A. STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente stesso. L'indicatore ha lo scopo di valutare la qualità del percorso assistenziale complessivo che coinvolge i diversi centri di responsabilità operativi nell'articolazione di una rete integrata territorio-ospedale.

(AH16007) UOC Cardiologia P.O. Umberto I

#### FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

È lo strumento digitale attraverso il quale il cittadino può consultare e gestire i propri documenti clinici. Il decreto rilancio all'art. 11 ha previsto l'alimentazione automatica del FSE per tutti i cittadini, mentre necessita acquisire il consenso dell'interessato per la consultazione agli operatori sanitari autorizzati. Per raggiungere i valori attesi richiesti dall'Assessorato, in ambito ospedaliero è necessario:

- che vengano acquisiti i consensi alla consultazione in una percentuale del 5% del numero dei ricoverati del 2020;
- che le strutture che erogano prestazioni di laboratorio inviino a regime i referti in formato CDA2-HL7 nei FSE;
- che il FSE del Paziente venga alimentato a regime con i verbali di Pronto Soccorso; che i Pronto Soccorso possano consultare il FSE dei pazienti ed in particolare il Profilo Sanitario Sintetico.

**FSE: Acquisizione del consenso alla consultazione da parte degli utenti che accedono alle strutture territoriali**

(ATD001) UOC Distretto sanitario di Agira

(ATD002) UOC Distretto sanitario di Enna

(ATD003) UOC Distretto sanitario di Nicosia

(ATD004) UOC Distretto sanitario di Piazza Armerina

(ATD006) UOS Assistenza Distrettuale e dell'integrazione socio sanitaria Distretto sanitario di Piazza Armerina

(ATD008) UOS Assistenza Distrettuale e dell'integrazione socio sanitaria Distretto sanitario di Enna

(ATD010) UOS Assistenza Distrettuale e dell'integrazione socio sanitaria Distretto sanitario di Agira

(ATD012) UOS Assistenza Distrettuale e dell'integrazione socio sanitaria Distretto sanitario di Nicosia

**FSE: Acquisizione del consenso alla consultazione da parte dei pazienti che accadono alla struttura ospedaliera**

(AH16019) UOC Direzione Medica di Presidio P.O. Umberto I

(AH27006) UOS Direzione Medica di Presidio P.O. F.B.C

(AH33007) UOSD Direzione Medica di Presidio P.O. Basilotta

(AH40008) UOSD Direzione Medica di Presidio P.O. Chiello

**FSE: Adeguamento dei gestionali aziendali secondo le indicazioni regionali.**

(AMM015) UOC Servizio Tecnico

(AMM025) UOS Gestione rete e dati

**FSE: Alimentazione del FSE con i referti di specialistica (escluso Branca 11), anche in formato PDF rilevate dal flusso C**

(ATD001) UOC Distretto sanitario di Agira

(ATD002) UOC Distretto sanitario di Enna

(ATD003) UOC Distretto sanitario di Nicosia

(ATD004) UOC Distretto sanitario di Piazza Armerina

(ATS031) UOC Cure primarie

**FSE: Alimentazione del FSE con i referti di specialistica (escluso Branca 11), anche in formato PDF rilevate dal flusso C**

(AH16019) UOC Direzione Medica di Presidio P.O. Umberto I

## Allegato A

### Gerarchia degli obiettivi

Livello 1: Linea strategica (LS)

Livello 2: Obiettivo strategico (OS)

Livello 3: Obiettivo operativo (OB)

Livello 4: Strutture organizzative assegnatarie

Si omettono gli indicatori per esigenze di sintesi

### Obiettivi 2022

(AH27006) UOS Direzione Medica di Presidio P.O. F.B.C  
(AH33007) UOSD Direzione Medica di Presidio P.O. Basilotta  
(AH40008) UOSD Direzione Medica di Presidio P.O. Chiello

**FSE: Invio a regime dei referti di laboratorio per prestazioni esterne, da parte dei laboratori aziendali**

(AH16020) UOC Laboratorio Analisi P.O. Umberto I  
(AH27007) UOS Laboratorio Analisi P.O. FBC  
(AH33001) UOSD Laboratorio Analisi P.O. Basilotta  
(AH40009) UOS Laboratorio Analisi P.O. Chiello

**FSE: Invio a regime dei verbali di pronto soccorso, nel FSE e consultazione del Profilo Sanitario Sintetico (PSS)**

(AH16034) UOS Pronto Soccorso P.O. Umberto I  
(AH27005) UOS Pronto Soccorso P.O. F.B.C  
(AH33012) UOS Pronto Soccorso P.O. Basilotta  
(AH40006) UOS Pronto Soccorso P.O. Chiello

#### PERCORSO ATTUATIVO CERTIFICABILITA' (PAC)

L'Assessorato della Salute ha stilato un programma di azioni volti a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili per ottenere la certificazione dei bilanci aziendali dagli Enti a ciò preposti. Le strutture aziendali devono adottare le misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse nei rapporti ispettivi redatti dall'Internal Audit

**Implementare le azioni PAC: revisione dei regolamenti e procedure del PAC area amministrativa**

(AMM002) UOC Servizio Legale  
(AMM004) UOC Controllo Di Gestione E Sis  
(AMM009) UOS Audit - PAC  
(AMM015) UOC Servizio Tecnico  
(AMM017) UOC Affari Generali  
(AMM018) UOC Servizio Provveditorato  
(AMM019) UOC Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale

#### PIANO ATTUATIVO AZIENDALE

E' l'atto di programmazione sanitaria locale di durata triennale nel quale l'Azienda esplicita gli obiettivi di natura sanitaria da realizzare. Le linee strategiche ed i relativi obiettivi sono definiti nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Regione in linea con gli obiettivi degli atti di programmazione nazionale (PSN, POCS, Piani di Prevenzione etc..)

**Realizzare le azioni del P.A.A. previste per l'ambito territoriale**

(AMM005) UOS Educazione e Promozione Della Salute  
(ATD001) UOC Distretto sanitario di Agira  
(ATD002) UOC Distretto sanitario di Enna  
(ATD003) UOC Distretto sanitario di Nicosia  
(ATD004) UOC Distretto sanitario di Piazza Armerina  
(ATM003) UOC Neuropsichiatria infantile  
(ATP001) UOC Laboratorio di Sanità pubblica  
(ATP003) UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro  
(ATP004) UOC Servizio Epidemiologia e statistica sanitaria  
(ATP005) UOC Servizio Igiene degli alimenti e nutrizione  
(ATP006) UOC Servizio Igiene degli ambienti di vita  
(ATV002) UOC Servizio igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione conservazione e  
(ATV003) UOC Servizio Sanità animale

**Realizzare le azioni del P.A.A. previste per l'ambito ospedaliero**

(AH16019) UOC Direzione Medica di Presidio P.O. Umberto I  
(AH27006) UOS Direzione Medica di Presidio P.O. F.B.C

## Allegato A

### Gerarchia degli obiettivi

Livello 1: Linea strategica (LS)

Livello 2: Obiettivo strategico (OS)

Livello 3: Obiettivo operativo (OB)

Livello 4: Strutture organizzative assegnatarie

**Si omettono gli indicatori per esigenze di sintesi**

### Obiettivi 2022

(AH33007) UOSD Direzione Medica di Presidio P.O. Basilotta
(AH40008) UOSD Direzione Medica di Presidio P.O. Chiello
<b>PRESCRIZIONI DEMATERIALIZZATE</b>
Il D.A. 2234/2015 ha imposto l'obbligo di assolvere alla prescrizione dematerializzata per le prescrizioni di visite e di farmaci a carico del SSN. L'obiettivo
Assicurare le prescrizioni di farmaci e visite specialistiche in modalità dematerializzata
(ATD001) UOC Distretto sanitario di Agira
(ATD002) UOC Distretto sanitario di Enna
(ATD003) UOC Distretto sanitario di Nicosia
(ATD004) UOC Distretto sanitario di Piazza Armerina
(ATS031) UOC Cure primarie
<b>SCREENING</b>
Nell'ambito della Prevenzione della Salute l'obiettivo degli screening oncologici tendono ad identificare le malattie presenti in una comunità in una fase precoce, permettendo così di giungere ad interventi terapeutici tempestivi in modo da ridurre la mortalità e/o i disturbi legati alla malattia o gli effetti dannosi dei trattamenti somministrati in una fase di malattia avanzata. L'Assessorato della Salute ha assegnato all'Azienda obiettivi specifici di screening per la prevenzione del cervico carcinoma, del tumore del colon retto e del tumore della mammella. Gli Screening in Azienda vengono gestiti e monitorati dalla UOS Centro Gestionale Screening che si avvale delle strutture aziendali sia ospedaliere che territoriali per un incremento delle performance raggiunte.
Migliorare i processi di screening oncologico da parte delle strutture ospedaliere
(AH16016) UOC Anatomia e Istologia Patologica P.O. Umberto I
(AH16038) UOSD Citologia e biologia molecolare P.O. Umberto I
Migliorare i processi di screening oncologico da parte delle strutture territoriali
Il miglioramento dei servizi offerti dalle strutture territoriali di screening si focalizza prioritariamente sulla tempistica dei tempi di refertazione e successiva comunicazione ai pazienti.
(SAN006) UOS Screening mammografico e di integrazione ospedale-territoriale
(SAN007) UOS Screening colon-retto e di integrazione ospedale-territoriale
(SAN008) UOS Screening cervico.carcinoma e di integrazione ospedale-territoriale
Migliorare l'estensione e l'adesione della popolazione target e coinvolgere i MMG
Al fine di raggiungere i valori attesi regionali è necessario migliorare l'efficienza organizzativa, coinvolgere i MMG, e garantire che la copertura delle agende soddisfi le percentuali della popolazione target richieste.
(ATP007) UOS Centro Gestionale Screening
Potenziamento Screening oncologici: cervico carcinoma 1° livello
(SAN008) UOS Screening cervico.carcinoma e di integrazione ospedale-territoriale
Potenziare lo Screening oncologico: cervico carcinoma 2° livello
(AH16004) UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Umberto I
Potenziare lo Screening oncologico: Tumore Colonretto 1°liv
(AH16020) UOC Laboratorio Analisi P.O. Umberto I
Potenziare lo Screening oncologico: Tumore Colonretto 2°liv
(SAN007) UOS Screening colon-retto e di integrazione ospedale-territoriale
Potenziare lo Screening oncologico: Tumore della mammella
(SAN006) UOS Screening mammografico e di integrazione ospedale-territoriale
Revisione PDTA per ogni screening oncologico
I Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) sono uno strumento di gestione clinica per definire il migliore processo assistenziale nel contesto locale. Le azioni di miglioramento organizzativo che nel corso degli anni si sono realizzate e si intendono realizzare impongono una revisione dei PDTA esistenti.
(ATP007) UOS Centro Gestionale Screening
<b>SORVEGLIANZA DEI FLUSSI</b>

## Allegato A

### Gerarchia degli obiettivi

Livello 1: Linea strategica (LS)

Livello 2: Obiettivo strategico (OS)

Livello 3: Obiettivo operativo (OB)

Livello 4: Strutture organizzative assegnatarie

Si omettono gli indicatori per esigenze di sintesi

### Obiettivi 2022

I flussi informativi trascendono la formalità del debito informativo, rivestendo, oggi più che in passato, un ruolo importante per la definizione dell'offerta sanitaria in termini quantitativi ed economici. La corretta e tempestiva rendicontazione delle attività aziendali deve essere garantita a tutti i livelli e il monitoraggio e la sorveglianza qualitativa, oltre che la tempistica, dei flussi informativi riveste un ruolo strategico anche per la consapevolezza della gestione, essendo tali flussi la linfa del Controllo di Gestione.

#### Coerenza e tempestività dei flussi informativi Regionali e Ministeriali

I flussi informativi trascendono la formalità del debito informativo, rivestendo, oggi più che in passato, un ruolo importante per la definizione dell'offerta sanitaria in termini quantitativi ed economici. La corretta e tempestiva rendicontazione delle attività aziendali deve essere garantita a tutti i livelli e il monitoraggio e la sorveglianza qualitativa, oltre che la tempistica, dei flussi informativi riveste un ruolo strategico anche per la consapevolezza della gestione, essendo tali flussi la linfa del Controllo di Gestione.

(AMM004) UOC Controllo Di Gestione E Sis

(AMM014) UOS S.I.S. E Gestione Flussi

#### SOVRAFFOLLAMENTO PRONTO SOCCORSO

Per contrastare e gestire il fenomeno del sovrappollamento e prevenire le conseguenze negative in termini di outcome e potenziali eventi avversi, la Regione Sicilia ha emanato il D.A. 1584/2018 prevedendo indicatori di misurazione (il fattore K e l'Indice di Efficienza) che consentono il monitoraggio continuo. Oggi la gestione del sovrappollamento del PS è entrata a pieno titolo tra le procedure standard aziendali orientate al miglioramento dell'assistenza ospedaliera a vantaggio dell'assistito, ma l'obiettivo continua ad essere attribuito e monitorato al fine di garantire continuità e non disperdere il patrimonio assunto, in termini qualitativi, a vantaggio non solo dell'utenza ma anche degli operatori

#### Sovrappollamento del Pronto Soccorso: ottimizzare la gestione dei 4 Pronto Soccorso Aziendali secondo gli indicatori regionali

(AH16034) UOS Pronto Soccorso P.O. Umberto I

(AH27005) UOS Pronto Soccorso P.O. F.B.C

(AH33012) UOS Pronto Soccorso P.O. Basilotta

(AH40006) UOS Pronto Soccorso P.O. Chiello

#### EFFICIENZA ASSISTENZA OSPEDALIERA

Definisce obiettivi operativi identificati a livello aziendale al fine di :- migliorare il benessere psico-fisico dell'assistiti - ridurre i costi di degenza non direttamente collegati al trattamento del caso in acuzia - ridurre i tempi di attesa per i ricoveri programmati garantendo contestualmente le urgenze - ottimizzare le risorse correlando all'effettiva esigenza di trattamento del caso acuto limitando i costi sterili (sprechi) - aumentare l'appropriatezza dei ricoveri correlata alla natura dell'attività ospedaliera in regime di acuzia (medica/chirurgica)

#### ASSICURARE LA PREVENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO

La corretta gestione delle risorse umane consente l'ottimale utilizzo del capitale umano disponibile al fine di garantire che ogni unità dia il proprio contributo nel modo più efficace secondo le esigenze aziendali. L'Azienda, pertanto, intende garantire il benessere lavorativo dei dipendenti anche con l'applicazione agli istituti contrattuali (attribuzione incarichi, graduazione etc.) L'obiettivo sviluppa obiettivi operativi di prevenzione riguardanti attività di vitale importanza per i cittadini che si riflette direttamente sulla domanda di salute e sul ridimensionamento dell'offerta. Anche le strutture ospedaliere svolgono un ruolo significativo in materia di prevenzione. Un'adeguata prevenzione è un fattore ottimizzante delle risorse in termini di cura in quanto concorre a prevenire malattie croniche e lunghi e costosi piani di cura.

#### Antibiotico resistenza: Attuazione ed implementazione delle linee operative previste dalPNCAR 2017/2020

L'obiettivo impegna le UU.OO. alla stesura del protocollo aziendale e a realizzare le attività ivi pianificate con riferimento al Piano nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico- resistenza

(AF001) UOC Farmacia Ospedaliera

(AH16009) UOC Malattie Infettive e Tropicali P.O. Umberto I

(AH16020) UOC Laboratorio Analisi P.O. Umberto I

(AH33001) UOSD Laboratorio Analisi P.O. Basilotta

#### O.S. GARANTIRE L'ASSISTENZA A DOMICILIO DEL PAZIENTE

La telemedicina è la modalità assistenziale che consente agli attori del processo assistenziale, medici, infermieri e paziente, di realizzare fin da subito un contatto visivo che umanizza e migliora la gestione della malattia e la compliance alle cure prescritte in ospedale. l'azienda ha già avviato un percorso, seppure in fase sperimentale, di telemedicina, l'obiettivo intende implementare tale fase sperimentale in altri reparti e servizi ospedalieri.

#### Sviluppo progetti di telemedicina

(AH16004) UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Umberto I

(AH16010) UOC Medicina Generale P.O. Umberto I

## Allegato A

### Gerarchia degli obiettivi

Livello 1: Linea strategica (LS)

Livello 2: Obiettivo strategico (OS)

Livello 3: Obiettivo operativo (OB)

Livello 4: Strutture organizzative assegnatarie

Si omettono gli indicatori per esigenze di sintesi

#### Obiettivi 2022

(AH16011) UOSD Nefrologia ed Emodialisi P.O. Umberto I e servizi di Emodialisi P.O. Chiello e P.O. Basilotta  
(AH16012) UOC Neurologia P.O. Umberto I  
(AH16013) UOC Oncologia P.O. Umberto I  
(AH16017) UOC Astanteria P.O. Umberto I  
(AH16022) UOC Radiologia P.O. Umberto I  
(AH16027) UOS Recupero e Riabilitazione Funzionale P.O. Umberto I

#### MIGLIORARE L'EFFICIENZA DEI SERVIZI DI SUPPORTO E DEI REPARTI DI DEGENZA

Garantire il miglioramento delle prestazioni di diagnostica e la tempistica delle refertazioni per i ricoverati rappresenta un anello del processo assistenziale non solo per una diagnosi precoce ma anche ai fini della riduzione della degenza media

##### Migliorare l'efficienza dell'assistenza erogata

(AH16004) UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Umberto I  
(AH16011) UOSD Nefrologia ed Emodialisi P.O. Umberto I e servizi di Emodialisi P.O. Chiello e P.O. Basilotta  
(AH16019) UOC Direzione Medica di Presidio P.O. Umberto I  
(AH27006) UOS Direzione Medica di Presidio P.O. F.B.C  
(AH33007) UOSD Direzione Medica di Presidio P.O. Basilotta  
(AH33011) UOS Ostetricia e Ginecologia P.O. Basilotta  
(AH40008) UOSD Direzione Medica di Presidio P.O. Chiello

##### Omogeneizzare i profili di laboratorio richiesti in urgenza

(AH16020) UOC Laboratorio Analisi P.O. Umberto I  
(AH16034) UOS Pronto Soccorso P.O. Umberto I  
(AH27005) UOS Pronto Soccorso P.O. F.B.C  
(AH27007) UOS Laboratorio Analisi P.O. FBC  
(AH33001) UOSD Laboratorio Analisi P.O. Basilotta  
(AH33012) UOS Pronto Soccorso P.O. Basilotta  
(AH40006) UOS Pronto Soccorso P.O. Chiello  
(AH40009) UOS Laboratorio Analisi P.O. Chiello

##### Ottimizzare i tempi di utilizzo del blocco operatorio

L'obiettivo è stato già attribuito negli anni precedenti e la rilevazione ha consentito di verificare un miglioramento. In tale contesto è emersa la necessità di una corretta alimentazione del registro operatorio informatizzato in tutte le fasi previste, dall'ingresso all'uscita del blocco operatorio. L'obiettivo anche nel 2022 consentirà di consolidare ed implementare i risultati raggiunti. Inoltre l'obiettivo coinvolge il personale medico e sanitario non medico e pertanto si auspica che venga assegnato quale obiettivo individuale ai dipendenti coinvolti nel percorso assistenziale in argomento.

(AH16001) UOC Chirurgia Generale P.O. Umberto I  
(AH16003) UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Umberto I  
(AH16004) UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Umberto I  
(AH16005) UOSD Otorino P.O. Umberto I  
(AH16006) UOC Urologia P.O. Umberto I  
(AH16023) UOC Terapia Intensiva Umberto I  
(AH27003) UOS Chirurgia Generale P.O. FBC  
(AH33003) UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Basilotta  
(AH33011) UOS Ostetricia e Ginecologia P.O. Basilotta  
(AH33015) UOSD Anestesia P.O. Basilotta  
(AH33016) UOSD Chirurgia Generale Basilotta  
(AH40001) UOSD Chirurgia Generale P.O. Chiello  
(AH40010) UOSD Ortopedia e Traumatologia P.O. Chiello  
(AH40012) UOSD Anestesia P.O. Chiello  
(AH40030) UOS Ostetricia e Ginecologia P.O. Chiello



## Allegato A

### Gerarchia degli obiettivi

Livello 1: Linea strategica (LS)

Livello 2: Obiettivo strategico (OS)

Livello 3: Obiettivo operativo (OB)

Livello 4: Strutture organizzative assegnatarie

Si omettono gli indicatori per esigenze di sintesi

### Obiettivi 2022

#### Pleno utilizzo dei sistemi Informativi

La rilevazione dei dati di attività è fondamentale per la misurazione oggettiva delle performance e deve essere coerente con i processi svolti. Inoltre deve essere tempestiva e accurata, pertanto l'obiettivo assume valore strategico. In particolare nell'ambito ospedaliero le Direzioni Mediche sono chiamate a verificare la puntuale chiusura delle SDO/SDAO da parte dei reparti al fine di poter trasmettere il flusso A e Day Service al Ministero ed all'Assessorato della Salute.

- (AH16001) UOC Chirurgia Generale P.O. Umberto I
- (AH16002) UOC Oculistica P.O. Umberto I
- (AH16003) UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Umberto I
- (AH16004) UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Umberto I
- (AH16005) UOSD Otorino P.O. Umberto I
- (AH16006) UOC Urologia P.O. Umberto I
- (AH16007) UOC Cardiologia P.O. Umberto I
- (AH16008) UOSD Dermatologia P.O. Umberto I
- (AH16009) UOC Malattie Infettive e Tropicali P.O. Umberto I
- (AH16010) UOC Medicina Generale P.O. Umberto I
- (AH16011) UOSD Nefrologia ed Emodialisi P.O. Umberto I e servizi di Emodialisi P.O. Chiello e P.O. Basilotta
- (AH16012) UOC Neurologia P.O. Umberto I
- (AH16013) UOC Oncologia P.O. Umberto I
- (AH16014) UOSD Pediatria P.O. Umberto I
- (AH16019) UOC Direzione Medica di Presidio P.O. Umberto I
- (AH16027) UOS Recupero e Riabilitazione Funzionale P.O. Umberto I
- (AH16028) UOS Neonatologia P.O. Umberto I
- (AH16032) UOS Terapia del dolore P.O. Umberto I
- (AH27001) UOSD Medicina Generale P.O. FBC
- (AH27002) UOC Recupero e Riabilitazione Funzionale P.O. F.B.C.
- (AH27003) UOS Chirurgia Generale P.O. FBC
- (AH27006) UOS Direzione Medica di Presidio P.O. F.B.C
- (AH33002) UOC Medicina Generale P.O. Basilotta
- (AH33003) UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Basilotta
- (AH33007) UOSD Direzione Medica di Presidio P.O. Basilotta
- (AH33011) UOS Ostetricia e Ginecologia P.O. Basilotta
- (AH33016) UOSD Chirurgia Generale Basilotta
- (AH33018) UOSD Cardiologia P.O. Basilotta
- (AH33019) UOSD Pediatria P.O. Basilotta
- (AH40001) UOSD Chirurgia Generale P.O. Chiello
- (AH40002) UOC Medicina Generale P.O. Chiello
- (AH40005) UOS Recupero e Riabilitazione Funzionale P.O. Chiello
- (AH40008) UOSD Direzione Medica di Presidio P.O. Chiello
- (AH40010) UOSD Ortopedia e Traumatologia P.O. Chiello
- (AH40018) UOSD Pediatria P.O. Chiello
- (AH40030) UOS Ostetricia e Ginecologia P.O. Chiello

#### MIGLIORARE L'EFFICIENZA DEI SERVIZI DIAGNOSTICI

Garantire il miglioramento delle prestazioni di diagnostica e la tempestività delle refertazioni per i ricoverati rappresenta un anello del processo assistenziale non solo per una diagnosi precoce ma anche i fini della riduzione della degenza media.

Autosufficienza degli emocomponenti labili nei quantitativi previsti dai Decreti Assessoriali ( DDG 51/2019 e successive modifiche ed integrazioni)

## Allegato A

### Gerarchia degli obiettivi

Livello 1: Linea strategica (LS)

Livello 2: Obiettivo strategico (OS)

Livello 3: Obiettivo operativo (OB)

Livello 4: Strutture organizzative assegnatarie

Si omettono gli indicatori per esigenze di sintesi

### Obiettivi 2022

L'efficienza ed il miglioramento dell'erogazione dei servizi afferenti ai centri trasfusionali e tra questi l'autosufficienza all'interno dell'Azienda ed a livello regionale rappresenta un indice di efficienza nonché requisito per l'accreditamento del centro trasfusionali, già raggiunta e che deve essere mantenuta.

(AH16018) UOC Centro Trasfusionale P.O. Umberto I

(AH33006) UOS Centro Trasfusionale P.O. Basilotta

(AH40007) UOS Centro Trasfusionale P.O. Chiello

**Garantire la tempestività delle refertazioni per prestazioni per Interni in regime di urgenza e programmato**

L'indice di tempestività delle refertazione degli esami di laboratorio e di diagnostica per i ricoverati rappresenta un anello del processo assistenziale dei ricoveri non solo per una diagnosi precoce ma anche i fini della riduzione della degenza media

(AH16020) UOC Laboratorio Analisi P.O. Umberto I

(AH16021) UOSD Medicina Nucleare P.O. Umberto I

(AH16022) UOC Radiologia P.O. Umberto I

(AH27007) UOS Laboratorio Analisi P.O. FBC

(AH27008) UOS Radiologia P.O. FBC

(AH33001) UOSD Laboratorio Analisi P.O. Basilotta

(AH33004) UOSD Radiologia P.O. Basilotta

(AH40009) UOS Laboratorio Analisi P.O. Chiello

(AH40011) UOSD Radiologia P.O. Chiello

**Ottimizzare il percorso riabilitativo in post acuzia**

L'obiettivo mira a migliorare in un clima collaborativo e di consapevolezza il percorso riabilitativo post ricovero affinché la condizione di squilibrio funzionale del paziente possa essere ricondotta ad uno stato di maggiore benessere possibile. Il percorso utilizzato un progetto individuale all'inizio delle cure riabilitative e uno alle dimissioni al fine di fornire al paziente una indicazione sulle terapie utili dopo la dimissione. Nell'ottica del miglioramento continuo si chiede una revisione del percorso per superare alcune criticità.

(AH16003) UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Umberto I

(AH16012) UOC Neurologia P.O. Umberto I

(AH16019) UOC Direzione Medica di Presidio P.O. Umberto I

(AH16027) UOS Recupero e Riabilitazione Funzionale P.O. Umberto I

(AH27002) UOC Recupero e Riabilitazione Funzionale P.O. F.B.C.

(AH27006) UOS Direzione Medica di Presidio P.O. F.B.C.

(AH33003) UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Basilotta

(AH33007) UOSD Direzione Medica di Presidio P.O. Basilotta

(AH40005) UOS Recupero e Riabilitazione Funzionale P.O. Chiello

(AH40008) UOSD Direzione Medica di Presidio P.O. Chiello

(AH40010) UOSD Ortopedia e Traumatologia P.O. Chiello

**Validazione da remoto degli esami in urgenza eseguiti da tutti i laboratori Analisi dell'Azienda**

(AH16020) UOC Laboratorio Analisi P.O. Umberto I

(AH27007) UOS Laboratorio Analisi P.O. FBC

**OTTIMIZZARE LA CORRELAZIONE TRA ATTIVITA' DI REPARTO E LA REALE ESIGENZA CLINICA**

Definisce obiettivi operativi identificati a livello aziendale al fine di:

- migliorare il benessere psico-fisico dell'assistito;
- ridurre i costi di degenza non direttamente collegati al trattamento del caso in acuzia;
- ridurre i tempi di attesa per i ricoveri programmati garantendo contestualmente le urgenze;
- ottimizzare le risorse correlandole all'effettiva esigenza di trattamento del caso acuto limitando i costi sterili (sprechi).
- aumentare l'appropriatezza dei ricoveri correlata alla natura dell'attività ospedaliera in regime di acuzia (medica/chirurgica).

**Migliorare gli indicatori di performance delle attività ospedaliere**

(AH16001) UOC Chirurgia Generale P.O. Umberto I

(AH16002) UOC Oculistica P.O. Umberto I

(AH16003) UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Umberto I

## Allegato A

### Gerarchia degli obiettivi

Livello 1: Linea strategica (LS)

Livello 2: Obiettivo strategico (OS)

Livello 3: Obiettivo operativo (OB)

Livello 4: Strutture organizzative assegnatarie

Si omettono gli indicatori per esigenze di sintesi

### Obiettivi 2022

(AH16004) UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Umberto I  
(AH16005) UOSD Otorino P.O. Umberto I  
(AH16006) UOC Urologia P.O. Umberto I  
(AH16007) UOC Cardiologia P.O. Umberto I  
(AH16008) UOSD Dermatologia P.O. Umberto I  
(AH16011) UOSD Nefrologia ed Emodialisi P.O. Umberto I e servizi di Emodialisi P.O. Chiello e P.O. Basilotta  
(AH16012) UOC Neurologia P.O. Umberto I  
(AH16013) UOC Oncologia P.O. Umberto I  
(AH16014) UOSD Pediatria P.O. Umberto I  
(AH16017) UOC Astanteria P.O. Umberto I  
(AH16027) UOS Recupero e Riabilitazione Funzionale P.O. Umberto I  
(AH16028) UOS Neonatologia P.O. Umberto I  
(AH27001) UOSD Medicina Generale P.O. FBC  
(AH27002) UOC Recupero e Riabilitazione Funzionale P.O. F.B.C.  
(AH27003) UOS Chirurgia Generale P.O. FBC  
(AH33002) UOC Medicina Generale P.O. Basilotta  
(AH33003) UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Basilotta  
(AH33011) UOS Ostetricia e Ginecologia P.O. Basilotta  
(AH33016) UOSD Chirurgia Generale Basilotta  
(AH33018) UOSD Cardiologia P.O. Basilotta  
(AH33019) UOSD Pediatria P.O. Basilotta  
(AH40001) UOSD Chirurgia Generale P.O. Chiello  
(AH40002) UOC Medicina Generale P.O. Chiello  
(AH40005) UOS Recupero e Riabilitazione Funzionale P.O. Chiello  
(AH40010) UOSD Ortopedia e Traumatologia P.O. Chiello  
(AH40018) UOSD Pediatria P.O. Chiello

#### QUALITA' E RISCHIO CLINICO

Per Qualità dell'assistenza sanitaria si intende il continuo miglioramento di tutto quello che il sistema sanitario realizza per la persona assistita. Il miglioramento dei livelli di qualità è dunque centrale nel mondo sanitario e tende a garantire la sussistenza di presupposti, di requisiti e criteri prestabiliti al fine di accertarne l'idoneità all'utilizzo.

#### Assicurare il tracciamento e la sicurezza del sangue trasfuso

L'obiettivo è finalizzato al tracciamento del sangue trasfuso che in Azienda è assicurato attraverso l'utilizzo del sistema Securblood da parte del centro trasfusionale e dei reparti

(AH16001) UOC Chirurgia Generale P.O. Umberto I  
(AH16003) UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Umberto I  
(AH16004) UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Umberto I  
(AH16006) UOC Urologia P.O. Umberto I  
(AH16007) UOC Cardiologia P.O. Umberto I  
(AH16009) UOC Malattie Infettive e Tropicali P.O. Umberto I  
(AH16010) UOC Medicina Generale P.O. Umberto I  
(AH16011) UOSD Nefrologia ed Emodialisi P.O. Umberto I e servizi di Emodialisi P.O. Chiello e P.O. Basilotta  
(AH16012) UOC Neurologia P.O. Umberto I  
(AH16013) UOC Oncologia P.O. Umberto I  
(AH16014) UOSD Pediatria P.O. Umberto I  
(AH16015) UOC Terapia Intensiva Neonatale P.O. Umberto I  
(AH16017) UOC Astanteria P.O. Umberto I

## Allegato A

### Gerarchia degli obiettivi

Livello 1: Linea strategica (LS)

Livello 2: Obiettivo strategico (OS)

Livello 3: Obiettivo operativo (OB)

Livello 4: Strutture organizzative assegnatarie

Si omettono gli indicatori per esigenze di sintesi

### Obiettivi 2022

(AH16018) UOC Centro Trasfusionale P.O. Umberto I  
(AH16023) UOC Terapia Intensiva Umberto I  
(AH16034) UOS Pronto Soccorso P.O. Umberto I  
(AH27001) UOSD Medicina Generale P.O. FBC  
(AH27003) UOS Chirurgia Generale P.O. FBC  
(AH27005) UOS Pronto Soccorso P.O. F.B.C  
(AH33002) UOC Medicina Generale P.O. Basilotta  
(AH33003) UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Basilotta  
(AH33006) UOS Centro Trasfusionale P.O. Basilotta  
(AH33011) UOS Ostetricia e Ginecologia P.O. Basilotta  
(AH33012) UOS Pronto Soccorso P.O. Basilotta  
(AH33015) UOSD Anestesia P.O. Basilotta  
(AH33016) UOSD Chirurgia Generale Basilotta  
(AH33018) UOSD Cardiologia P.O. Basilotta  
(AH33019) UOSD Pediatria P.O. Basilotta  
(AH40001) UOSD Chirurgia Generale P.O. Chiello  
(AH40002) UOC Medicina Generale P.O. Chiello  
(AH40006) UOS Pronto Soccorso P.O. Chiello  
(AH40007) UOS Centro Trasfusionale P.O. Chiello  
(AH40010) UOSD Ortopedia e Traumatologia P.O. Chiello  
(AH40018) UOSD Pediatria P.O. Chiello  
(AH40030) UOS Ostetricia e Ginecologia P.O. Chiello

#### Redazione di procedure volte al miglioramento continuo della Qualità.

La redazione di nuove procedure, la revisione di quelle esistenti e la condivisione tra tutti gli attori del processo rappresentano una garanzia per gli operatori sanitari e danno trasparenza del modus operandi all'interno dell'Azienda.

(AH16001) UOC Chirurgia Generale P.O. Umberto I  
(AH16002) UOC Oculistica P.O. Umberto I  
(AH16004) UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Umberto I  
(AH16005) UOSD Otorino P.O. Umberto I  
(AH16006) UOC Urologia P.O. Umberto I  
(AH16007) UOC Cardiologia P.O. Umberto I  
(AH16008) UOSD Dermatologia P.O. Umberto I  
(AH16010) UOC Medicina Generale P.O. Umberto I  
(AH16011) UOSD Nefrologia ed Emodialisi P.O. Umberto I e servizi di Emodialisi P.O. Chiello e P.O. Basilotta  
(AH16012) UOC Neurologia P.O. Umberto I  
(AH16013) UOC Oncologia P.O. Umberto I  
(AH16014) UOSD Pediatria P.O. Umberto I  
(AH16015) UOC Terapia Intensiva Neonatale P.O. Umberto I  
(AH16016) UOC Anatomia e Istologia Patologica P.O. Umberto I  
(AH16017) UOC Astanteria P.O. Umberto I  
(AH16018) UOC Centro Trasfusionale P.O. Umberto I  
(AH16019) UOC Direzione Medica di Presidio P.O. Umberto I  
(AH16021) UOSD Medicina Nucleare P.O. Umberto I  
(AH16022) UOC Radiologia P.O. Umberto I  
(AH16023) UOC Terapia Intensiva Umberto I  
(AH16025) UOS Gastroenterologia P.O. Umberto I

## Allegato A

### Gerarchia degli obiettivi

Livello 1: Linea strategica (LS)

Livello 2: Obiettivo strategico (OS)

Livello 3: Obiettivo operativo (OB)

Livello 4: Strutture organizzative assegnatarie

Si omettono gli indicatori per esigenze di sintesi

### Obiettivi 2022

(AH16034) UOS Pronto Soccorso P.O. Umberto I  
(AH27001) UOSD Medicina Generale P.O. FBC  
(AH27003) UOS Chirurgia Generale P.O. FBC  
(AH27005) UOS Pronto Soccorso P.O. F.B.C  
(AH27006) UOS Direzione Medica di Presidio P.O. F.B.C  
(AH27008) UOS Radiologia P.O. FBC  
(AH33002) UOC Medicina Generale P.O. Basilotta  
(AH33004) UOSD Radiologia P.O. Basilotta  
(AH33007) UOSD Direzione Medica di Presidio P.O. Basilotta  
(AH33012) UOS Pronto Soccorso P.O. Basilotta  
(AH33015) UOSD Anestesia P.O. Basilotta  
(AH33016) UOSD Chirurgia Generale Basilotta  
(AH33018) UOSD Cardiologia P.O. Basilotta  
(AH33019) UOSD Pediatria P.O. Basilotta  
(AH40001) UOSD Chirurgia Generale P.O. Chiello  
(AH40002) UOC Medicina Generale P.O. Chiello  
(AH40006) UOS Pronto Soccorso P.O. Chiello  
(AH40008) UOSD Direzione Medica di Presidio P.O. Chiello  
(AH40011) UOSD Radiologia P.O. Chiello  
(AH40012) UOSD Anestesia P.O. Chiello  
(AH40018) UOSD Pediatria P.O. Chiello  
(AH40030) UOS Ostetricia e Ginecologia P.O. Chiello

### SVILUPPARE PERCORSI FORMATIVI E DI AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE

Promuovere e assicurare la partecipazione a incontri/ corsi formativi

(AH16001) UOC Chirurgia Generale P.O. Umberto I  
(AH16003) UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Umberto I  
(AH16004) UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Umberto I  
(AH16005) UOSD Otorino P.O. Umberto I  
(AH16006) UOC Urologia P.O. Umberto I  
(AH16010) UOC Medicina Generale P.O. Umberto I  
(AH16012) UOC Neurologia P.O. Umberto I  
(AH16014) UOSD Pediatria P.O. Umberto I  
(AH16015) UOC Terapia Intensiva Neonatale P.O. Umberto I  
(AH16016) UOC Anatomia e Istologia Patologica P.O. Umberto I  
(AH16020) UOC Laboratorio Analisi P.O. Umberto I  
(AH16021) UOSD Medicina Nucleare P.O. Umberto I  
(AH16022) UOC Radiologia P.O. Umberto I  
(AH16023) UOC Terapia Intensiva Umberto I  
(AH27001) UOSD Medicina Generale P.O. FBC  
(AH27003) UOS Chirurgia Generale P.O. FBC  
(AH27007) UOS Laboratorio Analisi P.O. FBC  
(AH33001) UOSD Laboratorio Analisi P.O. Basilotta  
(AH33002) UOC Medicina Generale P.O. Basilotta  
(AH33003) UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Basilotta  
(AH33004) UOSD Radiologia P.O. Basilotta  
(AH33011) UOS Ostetricia e Ginecologia P.O. Basilotta

## Allegato A

### Gerarchia degli obiettivi

Livello 1: Linea strategica (LS)

Livello 2: Obiettivo strategico (OS)

Livello 3: Obiettivo operativo (OB)

Livello 4: Strutture organizzative assegnatarie

Si omettono gli indicatori per esigenze di sintesi

#### Obiettivi 2022

(ATD001) UOC Distretto sanitario di Agira  
(ATD002) UOC Distretto sanitario di Enna  
(ATD003) UOC Distretto sanitario di Nicosia  
(ATD004) UOC Distretto sanitario di Piazza Armerina  
(ATD006) UOS Assistenza Distrettuale e dell'integrazione socio sanitaria Distretto sanitario di Piazza Armerina  
(ATD008) UOS Assistenza Distrettuale e dell'integrazione socio sanitaria Distretto sanitario di Enna  
(ATD010) UOS Assistenza Distrettuale e dell'integrazione socio sanitaria Distretto sanitario di Agira

## Allegato A

### Gerarchia degli obiettivi

Livello 1: Linea strategica (LS)

Livello 2: Obiettivo strategico (OS)

Livello 3: Obiettivo operativo (OB)

Livello 4: Strutture organizzative assegnatarie

Si omettono gli indicatori per esigenze di sintesi

#### Obiettivi 2022

(AH33015) UOSD Anestesia P.O. Basilotta  
(AH33016) UOSD Chirurgia Generale Basilotta  
(AH33019) UOSD Pediatria P.O. Basilotta  
(AH40001) UOSD Chirurgia Generale P.O. Chiello  
(AH40002) UOC Medicina Generale P.O. Chiello  
(AH40009) UOS Laboratorio Analisi P.O. Chiello  
(AH40010) UOSD Ortopedia e Traumatologia P.O. Chiello  
(AH40011) UOSD Radiologia P.O. Chiello  
(AH40012) UOSD Anestesia P.O. Chiello  
(AH40018) UOSD Pediatria P.O. Chiello  
(AH40030) UOS Ostetricia e Ginecologia P.O. Chiello

#### EFFICIENZA ASSISTENZA TERRITORIALE

La Linea strategica intende migliorare l'efficienza dell'erogazione dell'assistenza territoriale a vantaggio dell'assistito e promuovere la "prevenzione" riconosciuta quale investimento per la sostenibilità del SSN

#### MIGLIORARE I PERCORSI ASSISTENZIALI E L'EROGAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI PREVENZIONE ED ASSISTENZA

L'obiettivo tende a migliorare l'offerta dei servizi territoriali extra ospedalieri anche al fine di ridurre l'ospedalizzazione.

**Accreditamento: Ottimizzare tempistiche e procedure di accreditamento**

L'Azienda ha il compito di accreditare le strutture sanitarie esterne ma anche l'onere di ottenere l'accREDITAMENTO di taluni servizi interni territoriali. Occorre che l'attività di accreditamento istituzionale sia aderente per tempistica e processo alla normativa regionale vigente sul rilascio dell'accREDITAMENTO che richiede alti livelli di qualità.

(ATP001) UOC Laboratorio di Sanità pubblica  
(ATP008) UOSD AccREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie

#### Attività di consulenza medico legale con relazione del CTP su richiesta del CAVS

Il Comitato aziendale valutazione sinistri (CAVS) è un gruppo di lavoro multidisciplinare dedicato a migliorare e velocizzare la gestione dei sinistri e quindi delle richieste di risarcimento per presunta professione medica o conseguenti ad altri eventi avversi. Il servizio di Medicina Legale assicura la consulenza medico legale ai fini di una corretta valutazione da parte del CAS

(ATS016) UOC Medicina legale, fiscale e necroscopica  
(ATS021) UOS Medicina legale, fiscale e necroscopica area nord  
(ATS022) UOS Medicina legale, fiscale e necroscopica area sud

#### Convenzioni con strutture di riabilitazione ex art. 26

(ATS020) UOS Assistenza riabilitativa e protesica  
(ATS030) UOC Assistenza territoriale tutela della fragilità

D.S.M: Assicurare la continuità terapeutica tramite la dimissione protetta per i residenti e l'integrazione-ospedale territorio

## Allegato A

### Gerarchia degli obiettivi

Livello 1: Linea strategica (LS)

Livello 2: Obiettivo strategico (OS)

Livello 3: Obiettivo operativo (OB)

Livello 4: Strutture organizzative assegnatarie

Si omettono gli indicatori per esigenze di sintesi

### Obiettivi 2022

(ATV001) UOC Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche
<b>Realizzazione delle azioni previste dal Piano Nazionale Alimentazione animale (P.N.A.A.)</b>
Il Piano Nazionale Alimentazione Animale è finalizzato, così come prevede la normativa comunitaria e nazionale, alla tutela della salute pubblica, e a garantire, tramite il controllo ufficiale dei mangimi, la salubrità, sicurezza e qualità degli stessi e conseguentemente dei prodotti di origine animale. Il piano è inoltre finalizzato a garantire la salute ed il benessere animale tramite l'uso di mangimi adeguati dal punto di vista igienico-sanitario e prevede un'attività di verifica ispettiva e un'attività di campionamento a sua volta distinta in monitoraggio e sorveglianza.
(ATV004) UOS Benessere animale, sicurezza e valorizzazione delle produzioni zootecniche
<b>Realizzazione delle azioni previste dal Piano Nazionale Benessere Animale (PNBA)</b>
Il Piano Nazionale Benessere Animale consente un sistema di controlli uniforme a livello nazionale, come checklist, categorizzazione degli allevamenti, indicatori di rischio e modalità di collegamento con i sistemi informatici più diffusi. Per ogni specie o categoria animale viene definita una percentuale da sottoporre a controllo annuale in base agli indicatori di rischio individuati e sono stati introdotti dei criteri per categorizzare il rischio e per uniformare il controllo nel corso degli anni. Nel piano sono inoltre considerate alcune differenze di carattere regionale, in base alla diffusione più o meno accentuata di specifiche tipologie di allevamento. L'obiettivo è quello di uniformare le modalità di controllo su tutto il territorio nazionale così da prevenire possibili danni alla salute pubblica.
(ATV004) UOS Benessere animale, sicurezza e valorizzazione delle produzioni zootecniche
<b>Realizzazione delle azioni previste nel Piano Nazionale Residui (PNR)</b>
Il Piano dei controlli predisposto dal Ministero della Salute ai sensi del D.Lgs. 158/2006 e dell'art. 150 del regolamento (U:E) n. 625/2017, definisce le specie e le categorie di animali da sottoporre a campionamento, la categoria dei residui e delle sostanze da ricercare, le strategie, i livelli e le frequenze di campionamento. La programmazione Regionale sui controlli da effettuare viene trasmessa al Dipartimento Veterinario dell'ASP per l'attuazione e la trasmissione dei dati
(ATV001) UOC Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche
<b>Verifiche di efficacia per il biennio 2022/2023</b>
(ATV001) UOC Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (ATV002) UOC Servizio igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione conservazione e trasformazione degli alimenti di origine animale e dei relat (ATV008) UOSD Programmazione e verifica piani di sorveglianza ed eradicazione
<b>PREVENZIONE MEDICA E PROMOZIONE DELLA SALUTE IN AMBITO TERRITORIALE</b>
La prevenzione è un'attività di vitale importanza che si riflette direttamente sulla domanda di salute e sul ridimensionamento dell'offerta. Inoltre un'adeguata prevenzione è un fattore ottimizzante delle risorse in termini di cura in quanto da un lato concorre a prevenire malattie croniche e lunghi e costosi piani di cura, dall'altro promuove il benessere in senso lato e concorre all'aumento del grado di salute pubblica e del livello di benessere psicofisico, che si riflette positivamente anche sulla produttività e positiva partecipazione alla vita sociale dei cittadini.
<b>Garantire la prevenzione nell'ambito della Medicina Scolastica: Avvio attività ambulatoriale di Pediatria preventiva</b>
(ATS017) UOC Servizio Materno Infantile (ATS024) UOS Medicina Scolastica
<b>Garantire l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci biologici</b>
Verifiche, in coordinamento con la UOC Farmacia Ospedaliera, sull'appropriatezza dei farmaci biologici erogati dalla farmacia ospedaliera
(AF002) UOC Farmacia Territoriale
<b>Implementare la prevenzione per le aree più sensibili o che presentano maggiori rischi</b>
(AMM003) UOC Servizio Psicologia (ATP001) UOC Laboratorio di Sanità pubblica (ATP005) UOC Servizio Igiene degli alimenti e nutrizione (ATP006) UOC Servizio Igiene degli ambienti di vita
<b>Mantenere l'Offerta sanitaria sulle sostanze d'abuso nelle matrici biologiche (sangue, urina, capelli e saliva)</b>
(ATP001) UOC Laboratorio di Sanità pubblica
<b>Predisporre il nuovo Piano Aziendale di Prevenzione</b>
Con Decreto Assessoriale 1438 del 23/12/2021 l'Assessorato della Salute ha approvato il Piano Regionale della Prevenzione 2020/2025 che riporta in allegato le azioni a supporto dei Programmi predefiniti e dei Programmi Liberi. L'azienda in aderenza alle suddette linee programmatiche sta sviluppando gli obiettivi aziendali da assegnare.
(AMM005) UOS Educazione e Promozione Della Salute

## Allegato A

### Gerarchia degli obiettivi

Livello 1: Linea strategica (LS)

Livello 2: Obiettivo strategico (OS)

Livello 3: Obiettivo operativo (OB)

Livello 4: Strutture organizzative assegnatarie

Si omettono gli indicatori per esigenze di sintesi

### Obiettivi 2022

Regolamento Reach: incremento del numero analisi chimiche per la determinazione dei coloranti azoici sui capi di abbigliamento.

(ATP001) UOC Laboratorio di Sanità pubblica

Verifiche c/o Enti di formazione accreditati dei requisiti per i Corsi di formazione in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro

(ATP003) UOC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro

#### Prevenzione nei luoghi di lavoro

Formazione obbligatoria a favore dei dipendenti

(AMM006) UOS Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale

Sorveglianza sanitaria D.Lgs. 81/2008 e sml

(AMM006) UOS Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale

#### QUALITA' E RISCHIO CLINICO

Per Qualità dell'assistenza sanitaria si intende il continuo miglioramento di quello che il sistema sanitario realizza per la persona assistita. Il miglioramento dei livelli di qualità è dunque centrale nel mondo sanitario e tende a garantire la sussistenza di presupposti, di requisiti e criteri prestabiliti al fine di accertarne l'idoneità all'utilizzo.

OB01T Redazione di procedure volte al miglioramento continuo della qualità

(ATM002) UOC Salute mentale

(ATM003) UOC Neuropsichiatria infantile

(ATM006) UOS CSM Piazza Armerina

(ATM007) UOS CSM Leonforte

(ATM008) UOS CSM Enna

(ATM009) UOS CSM Nicosia

(ATM011) UOS S.P.D.C.

(ATM014) UOSD Gestione Integrata dei disturbi del comportamento alimentare

(ATS016) UOC Medicina legale, fiscale e necroscopica

(ATS020) UOS Assistenza riabilitativa e protesica

(ATS021) UOS Medicina legale, fiscale e necroscopica area nord

(ATS022) UOS Medicina legale, fiscale e necroscopica area sud

#### EFFICIENZA PROCESSI AMMINISTRATIVI

La Linea raggruppa gli obiettivi strategici volti a migliorare i processi aziendali di natura tecnico-amministrativa per una maggiore efficienza gestionale ed economico finanziaria a supporto dei servizi sanitari e un razionale impiego delle risorse a garanzia dell'equilibrio di bilancio.

#### AGGIORNAMENTO DELL'INVENTARIO

L'aggiornamento dell'inventario dei beni mobili è operazione alla base della tenuta della contabilità economico patrimoniale, è attività propedeutica alla redazione dello stato patrimoniale e consente il monitoraggio e la razionale gestione del patrimonio immobiliare e mobiliare degli Enti.

Aggiornare l'inventario dei beni mobili

(AMM019) UOC Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale

(AMM028) UOS Gestione del Patrimonio

(AH16001) UOC Chirurgia Generale P.O. Umberto I

(AH16002) UOC Oculistica P.O. Umberto I

(AH16003) UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Umberto I

(AH16004) UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Umberto I

(AH16005) UOSD Otorino P.O. Umberto I

(AH16006) UOC Urologia P.O. Umberto I

(AH16007) UOC Cardiologia P.O. Umberto I

(AH16008) UOSD Dermatologia P.O. Umberto I

(AH16009) UOC Malattie Infettive e Tropicali P.O. Umberto I

(AH16010) UOC Medicina Generale P.O. Umberto I



## Allegato A

### Gerarchia degli obiettivi

Livello 1: Linea strategica (LS)

Livello 2: Obiettivo strategico (OS)

Livello 3: Obiettivo operativo (OB)

Livello 4: Strutture organizzative assegnatarie

Si omettono gli indicatori per esigenze di sintesi

#### Obiettivi 2022

(AH16011) UOSD Neurologia ed Emodialisi P.O. Umberto I e servizi di Emodialisi P.O. Chiello e P.O. Basilotta  
(AH16012) UOC Neurologia P.O. Umberto I  
(AH16013) UOC Oncologia P.O. Umberto I  
(AH16014) UOSD Pediatria P.O. Umberto I  
(AH16015) UOC Terapia Intensiva Neonatale P.O. Umberto I  
(AH16016) UOC Anatomia e Istologia Patologica P.O. Umberto I  
(AH16017) UOC Astanteria P.O. Umberto I  
(AH16018) UOC Centro Trasfusionale P.O. Umberto I  
(AH16019) UOC Direzione Medica di Presidio P.O. Umberto I  
(AH16020) UOC Laboratorio Analisi P.O. Umberto I  
(AH16021) UOSD Medicina Nucleare P.O. Umberto I  
(AH16022) UOC Radiologia P.O. Umberto I  
(AH16023) UOC Terapia Intensiva Umberto I  
(AH16027) UOS Recupero e Riabilitazione Funzionale P.O. Umberto I  
(AH16028) UOS Neonatologia P.O. Umberto I  
(AH16032) UOS Terapia del dolore P.O. Umberto I  
(AH16034) UOS Pronto Soccorso P.O. Umberto I  
(AH16038) UOSD Citologia e biologia molecolare P.O. Umberto I  
(AH27001) UOSD Medicina Generale P.O. FBC  
(AH27002) UOC Recupero e Riabilitazione Funzionale P.O. F.B.C.  
(AH27003) UOS Chirurgia Generale P.O. FBC  
(AH27005) UOS Pronto Soccorso P.O. F.B.C  
(AH27006) UOS Direzione Medica di Presidio P.O. F.B.C  
(AH27007) UOS Laboratorio Analisi P.O. FBC  
(AH27008) UOS Radiologia P.O. FBC  
(AH33001) UOSD Laboratorio Analisi P.O. Basilotta  
(AH33002) UOC Medicina Generale P.O. Basilotta  
(AH33003) UOC Ortopedia e Traumatologia P.O. Basilotta  
(AH33004) UOSD Radiologia P.O. Basilotta  
(AH33006) UOS Centro Trasfusionale P.O. Basilotta  
(AH33007) UOSD Direzione Medica di Presidio P.O. Basilotta  
(AH33011) UOS Ostetricia e Ginecologia P.O. Basilotta  
(AH33012) UOS Pronto Soccorso P.O. Basilotta  
(AH33015) UOSD Anestesia P.O. Basilotta  
(AH33016) UOSD Chirurgia Generale Basilotta  
(AH33018) UOSD Cardiologia P.O. Basilotta  
(AH33019) UOSD Pediatria P.O. Basilotta  
(AH40001) UOSD Chirurgia Generale P.O. Chiello  
(AH40002) UOC Medicina Generale P.O. Chiello  
(AH40005) UOS Recupero e Riabilitazione Funzionale P.O. Chiello  
(AH40006) UOS Pronto Soccorso P.O. Chiello  
(AH40007) UOS Centro Trasfusionale P.O. Chiello  
(AH40008) UOSD Direzione Medica di Presidio P.O. Chiello  
(AH40009) UOS Laboratorio Analisi P.O. Chiello  
(AH40010) UOSD Ortopedia e Traumatologia P.O. Chiello  
(AH40011) UOSD Radiologia P.O. Chiello

## Allegato A

### Gerarchia degli obiettivi

Livello 1: Linea strategica (LS)

Livello 2: Obiettivo strategico (OS)

Livello 3: Obiettivo operativo (OB)

Livello 4: Strutture organizzative assegnatarie

Si omettono gli indicatori per esigenze di sintesi

### Obiettivi 2022

	(AH40012) UOSD Anestesia P.O. Chiello (AH40018) UOSD Pediatria P.O. Chiello (AH40030) UOS Ostetricia e Ginecologia P.O. Chiello
<b>Aggiornare l'inventario dei beni mobili delle strutture area territoriale</b>	(AF001) UOC Farmacia Ospedaliera (AF003) UOS Farmacia P.O. Basilotta (AMM003) UOC Servizio Psicologia (ATD001) UOC Distretto sanitario di Agira (ATD003) UOC Distretto sanitario di Nicosia (ATD004) UOC Distretto sanitario di Piazza Armerina (ATP004) UOC Servizio Epidemiologia e statistica sanitaria (ATP008) UOSD Accredimento istituzionale delle strutture sanitarie (ATS020) UOS Assistenza riabilitativa e protesica
<b>ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA</b>	
L'ANAC nel PNA ha rimarcato che "Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione è necessario che i P.T.P.C.T. siano coordinati rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione". IL P.T.P.C.T. Aziendale ha fissato gli obiettivi che, in armonia con quanto previsto dall'ANAC, devono essere inseriti nel Piano della Performance, sotto la duplice forma di obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale da assegnare a tutti i dipendenti. In particolare è previsto che venga assicurato il riscontro ai moduli di rendicontazione trasmessi dal RPCT, che venga assegnato a tutti i dipendenti il rispetto del codice di Comportamento quale obiettivo individuale, che vengano pubblicati i dati di pertinenza di ogni U.O. sul sito istituzionale/ Amministrazione Trasparente	
<b>Attuazione delle azioni individuate nel Piano Aziendale Anticorruzione</b>	Tutte le Unità Operative aziendali
<b>O.S. APPLICAZIONE NORME CONTRATTUALI</b>	
Il nuovo CCNL della Dirigenza Medica e Sanitaria prevede l'attribuzione di un incarico professionale a tutti i Dirigenti. L'Azienda procederà a definire il "Piano di Organizzazione Strategico Aziendale" ossia il modello che definisce la denominazione e la tipologia degli incarichi professionali, oltre a quelli gestionali (UOC, UOSD, UOS), e relativa graduazione.	
<b>Definizione Incarichi professionali dirigenziali area sanitaria</b>	(AMM004) UOC Controllo Di Gestione E Sis (AMM016) UOC Risorse Umane
<b>EFFICIENZA DELLA PROGRAMMAZIONE DELLE RISORSE UMANE</b>	
La corretta gestione delle risorse umane consente l'ottimale utilizzo del capitale umano disponibile al fine di garantire che ogni unità dia il proprio contributo nel modo più efficace secondo le esigenze aziendali. L'Azienda, pertanto, intende garantire il benessere lavorativo dei dipendenti anche con l'applicazione agli istituti contrattuali (attribuzione incarichi, graduazione etc.)	
<b>Smaltimento residuo ferie anni pregressi</b>	Tutte le Unità Operative aziendali
<b>GARANTIRE L'EFFICIENZA DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI NEGLI STANDARD RICHIESTI DALLA NORMATIVA E DAI REGOLAMENTI INTERNI</b>	
Lavorare per processi rappresenta un elemento indispensabile al fine di migliorare la produttività. Attraverso la interconnessione delle attività gestite dai vari servizi si riesce meglio a raggiungere gli obiettivi strategici pianificati.	
<b>Accreditamento standard ECM: predisposizione della documentazione richiesta da Agenas</b>	(AMM001) UOC Coordinamento Staff Aziendale (AMM013) UOS Formazione
<b>Cartella Clinica Informatizzata</b>	(AMM015) UOC Servizio Tecnico
<b>Circularizzazione dei debiti e dei crediti</b>	(AMM019) UOC Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale (AMM029) UOS Ciclo passivo (AMM030) UOS Ciclo attivo

## Allegato A

### Gerarchia degli obiettivi

Livello 1: Linea strategica (LS)

Livello 2: Obiettivo strategico (OS)

Livello 3: Obiettivo operativo (OB)

Livello 4: Strutture organizzative assegnatarie

Si omettono gli indicatori per esigenze di sintesi

### Obiettivi 2022

<b>PNRR. Missione 6 componente 1: Ricognizione Piano Strategico degli interventi</b>
(AMM015) UOC Servizio Tecnico (AMM024) UOS Facility management
<b>Predisposizione di un Piano operativo per ottimizzare il processo degli acquisti</b>
(AMM018) UOC Servizio Provveditorato (AMM022) UOS Gare beni
<b>Proposta progettuale per l'utilizzo di fonti rinnovabili</b>
(AMM001) UOC Coordinamento Staff Aziendale (AMM037) UOS Energy Management
<b>Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture</b>
(AMM002) UOC Servizio Legale (AMM020) UOC Amministrativa Area Sud PP.OO. Umberto I e Chiello e Distretti Sanitari Enna e Piazza (AMM021) UOC Amministrativa Area Nord PP.OO. Basilotta e FBC e Distretti Sanitari Agira e Nicosia (AMM036) UOS Attività amministrative ospedaliere PP.OO.Basilotta-F.B.C.
<b>PIANO DI MIGLIORAMENTO DEI FLUSSI GESTITI DAI SERVIZI AMMINISTRATIVI</b>
L'Assessorato ha redatto il Piano di Miglioramento per il consolidamento delle competenze aziendali al fine di consentire il funzionamento del "Modello di controllo di gestione regionale" introducendo gli obiettivi aziendali volti al miglioramento dei principali flussi informativi ex art. 79 che alimentano il flusso COA di Contabilità Analitica (flusso Personale Dipendente, flusso Personale Convenzionato, flusso Beni, flusso Servizi: mensa, rifiuti e pulizia, ORESO, ORESA, SPI etc..). In tale contesto l'azienda ha sviluppato anche un flusso interno per rilevare le attività del Dipartimento di Prevenzione. I dati vengono trasmessi al Controllo di gestione che elabora i dati e redige un report di attività.
<b>Ottimizzare i processi interni per la produzione del flusso Pilastro personale dipendente riferito al trattamento giuridico</b>
(AMM016) UOC Risorse Umane (AMM026) UOS Stato Giuridico del Personale
<b>Produzione e trasmissione del flusso dei servizi appaltati nel rispetto delle specifiche tecniche e delle tempistiche previste</b>
(AMM018) UOC Servizio Provveditorato (AMM023) UOS Gare servizi e lavori pubblici
<b>QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>Collaborazione ai responsabili strutture sanitarie per la stesura di Protocolli e PDTA</b>
(AMM001) UOC Coordinamento Staff Aziendale
<b>Interviste sulla Qualità e valutazione partecipativa</b>
(AMM001) UOC Coordinamento Staff Aziendale (AMM010) UOS URP Ufficio stampa e Comunicazione

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

# **Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche dell'ASP di Enna**

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.S.D. ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE								
N.	Processo	Area di rischio : Rapporti con soggetti erogatori	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile del processo e della misura	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
I	Verifica requisiti accreditamento strutture sanitarie pubbliche e private	Possibile evento rischioso: Abuso nel rilascio di pareri al fine di agevolare i soggetti richiedenti. Fattori abilitanti: Assenza di specifiche procedure per verbali e checklist	Non essendo stati registrati, sinora, casi del possibile evento rischioso indicato, è da ritenere che la probabilità sia bassa ma la possibilità che l'evento si verifichi porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Medio"	Regolamentazione - Adozione di procedure per verbali e checklist	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) I verbali relativi alle attività svolte debbono essere sottoscritti anche dall'utente ove specificatamente indicate da circolari assessoriali.	Sottoscrizione del 100% dei verbali.
							2) Utilizzo, in fase di verifica, delle checklist cartacee o informatizzate secondo gli aggiornamenti indicati dall'Ass. Regionale della Salute	Utilizzo delle checklist nel 100% delle pratiche.

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. ASSISTENZA TERRITORIALE E TUTELA DELLA FRAGILITA'								
N.	Processo	Area di rischio per tutti i processi: Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. I PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Gestione Strutture private accreditate	<b>Possibile evento rischioso:</b> Liquidazione fatture di importi non dovuti <b>Fattori abilitanti:</b> Assenza di procedure per gestioni sensibili. Carenza di etica e di standard di comportamento		Regolamentazione - Adozione di procedure per gestioni "sensibili"	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Previsione di più operatori per lo svolgimento della procedura "sensibile"	Presenza di più operatori nel 100% delle procedure
				Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento - N° di incontri			Svolgimento di incontri periodici tra dirigenti competenti	N° 1 incontro nell'anno
2	Attribuzione incarichi di medicina specialistica	<b>Possibile evento rischioso:</b> Attribuzione incarichi di medicina specialistica a non aventi diritto <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione di procedure per attribuzione incarichi	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Previsione di più operatori per lo svolgimento della procedura "sensibile"	Presenza di più operatori nel 100% delle procedure
				Controllo - N° di controlli sulle autocertificazioni			Implementazione dei controlli a campione sulle autocertificazioni	Controlli sul 50% autocertificazioni
3	Gestione liste d'attesa servizi ambulatoriali	<b>Possibile evento rischioso:</b> Improprio inserimento nelle liste d'attesa <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di controllo		Regolamentazione - Adozione di procedure per l'informatizzazione	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Informatizzazione della procedura	Informatizzazione del 100% delle prestazioni
				Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento - N° incontri			1) Riunioni con i responsabili interni ed esterni della procedura CUP	N° 2 Incontri
		Controllo - N° di controlli sulla documentazione presentata		2) Facoltà di visita e richiesta di ulteriori accertamenti			Nel 5% dei casi è richiesta ulteriore certificazione	

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. ASSISTENZA TERRITORIALE E TUTELA DELLA FRAGILITA'								
N.	Processo	Area di rischio per tutti i processi: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. I PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
4	Esecuzione eventuale di contratti	Possibile evento rischioso: Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali
5	Autorizzazioni per trattamenti riabilitativi	Possibile evento rischioso: Inosservanza delle liste di attesa Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli su autorizzazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica liste di attesa	Controllo sul 20 % delle pratiche

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA								
N.	Processo	Area di rischio processi da n. 1 a n. 5 : Controlli verifiche, ispezioni e sanzioni Area di rischio processo n. 6: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. I PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Registrazione attività produttive a piani di controllo delle malattie degli animali	Possibili eventi rischiosi: Falsa o omessa attestazione/registrazione con conseguente agevolazione per taluni soggetti all'accesso a fondi economici Fattore abilitante: Mancanza di controllo	Non essendo stati registrati, sinora, casi dei possibili eventi rischiosi indicati, è da ritenere che la probabilità sia bassa, ma la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Medio"	Controllo - N° di controlli su attestazione/registrazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Procedura interna di controllo incrociato	1 controllo al mese
2	Registrazione attività produttive e controlli sulla sicurezza alimentare	Possibili eventi rischiosi: Omesso o improprio controllo al fine di agevolare taluni soggetti - Fattore abilitante: Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulla sicurezza alimentare	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica a campione da parte del dirigente del servizio competente sugli interventi espletati dagli operatori	1 controllo al mese
3	Attività di controllo e conseguente rilascio della documentazione a seguito di richiesta di accesso documentale	Possibili eventi rischiosi: Mancanza di imparzialità nell'esercizio di controllo. Non esaustività nel rilascio della documentazione a seguito della richiesta di accesso agli atti Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulle segnalazioni.	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Dipartimento	Verifica delle segnalazioni	Verifica sul 100% delle segnalazioni.
4	Attività relativa i codici aziendali	Possibile evento rischioso: Anomalia nell'attribuzione della codifica delle aziende, con conseguente danno alle attività. Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La presenza di interessi, anche economici, rilevanti del processo determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulle segnalazioni.	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Dipartimento	Verifica delle segnalazioni	Verifica sul 100% delle segnalazioni.
5	Verbal di contestazione per l'accertamento di illeciti amministrativi ed irrogazione di eventuali sanzioni	Possibile evento rischioso: Eccesso discrezionalità nella disamina di fatti relativi l'accertamento Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La presenza nel processo di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulle segnalazioni.	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Dipartimento	Verifica dei verbali	Verifica sul 100% dei verbali.



All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA								
N.	Processo	Area di rischio processi da n. 1 a n. 5 : Controlli verifiche, ispezioni e sanzioni Area di rischio processo n. 6: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
6	Esecuzione eventuale di contratti	Possibile evento rischioso: Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore Dipartimento	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE								
N.	Processo	Area di rischio processi da n. 1 a n. 2: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato Area rischio processo n. 3: Liste di attesa Area rischio processo n. 4: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni Area di rischio processo n. 5: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (AIL 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Affido/ Adozioni	Possibile evento rischioso: Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto la valutazione delle capacità genitoriali a favore alcuni di soggetti Fattore abilitante: Mancanza di controllo	Non essendo stati registrati, sinora, casi dei possibili eventi rischiosi indicati, è da ritenere che la probabilità sia bassa, ma la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Medio"	Controllo - N° di controlli sulle procedure di valutazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controllo N° procedure di valutazione completate.	Controllo sul 100% delle procedure di valutazione
2	Inserimento minori in comunità	Possibile evento rischioso: Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto l'inserimento di minori in una comunità a favore di una rispetto ad un'altra Fattore abilitante: Mancanza di imparzialità		Regolamentazione - Adozione di una determinata procedura di inserimento	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Definizione dei criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter seguito per le proposte di inserimento in comunità	Il 100% delle proposte di inserimento deve contenere criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter seguito per le proposte di inserimento in comunità
3	Presa in carico gravidanza fisiologica	Possibile evento rischioso: Favorire l'accesso a visite ostetriche e/o orientamento della donna presso studi privati, per un gestione poco trasparente delle procedure di gestione delle prenotazioni Fattore abilitante: Mancanza di imparzialità	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione di una determinata procedura relativa il percorso di prenotazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Gestione trasparente dei tempi di attesa delle prestazioni	Tempi di attesa delle prestazioni entro 15 giorni
4	Corsi di accompagnamento alla nascita, puerperio, allattamento	Possibili eventi rischiosi: Orientare le scelte di acquisto di prodotti e/o servizi utile nel percorso nascita e post partum. Coinvolgere rappresentanti di case farmaceutiche. Coinvolgere relatori in conflitto d'interesse. Fattore abilitante: Mancanza di imparzialità		Regolamentazione - Adozione di una determinata procedura relativa i corsi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	N° CAN (Corsi di accompagnamento alla nascita), organizzati secondo le procedure aziendali e progettati uniformemente a livello aziendale	Il 100% dei corsi attivati devono essere organizzati secondo le procedure aziendali e progettati uniformemente a livello aziendale

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE								
N.	Processo	Area di rischio processi da n. 1 a n. 2: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato Area rischio processo n. 3: Liste di attesa Area rischio processo n. 4: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni Area di rischio processo n. 5: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) ~ Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
5	Esecuzione eventuale di contratti	Possibile evento rischioso: Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE								
N.	Processi	Area di rischio: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Inserimento pazienti in CTA da parte dell'UOC Salute Mentale	Possibile evento rischioso: "D" CSM - Indebita agevolazione nella scelta di una struttura rispetto ad un'altra Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sugli inserimenti	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Controllo delle procedure di inserimento da parte del Responsabile di U.O.C. e /o U.O.S.	Controllo sul 30% degli inserimenti
							2) Controllo delle procedure di inserimento da parte dei dirigenti referenti per la residenzialità	Controllo sul 30% degli inserimenti
							3) Visite ispettive da parte di un gruppo multidisciplinare	Almeno n. 1 ispezione/anno
2	Inserimento pazienti in CTA da parte dell'UOC Salute Mentale	Possibile evento rischioso: "C" CSM - Indebita agevolazione di un utente rispetto ad una possibile lista d'attesa Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sugli inserimenti	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Controllo delle procedure di inserimento da parte del Responsabile di U.O.C. e /o U.O.S.	Controllo sul 30% degli inserimenti
							2) Controllo delle procedure di inserimento da parte dei dirigenti referenti per la residenzialità	Controllo sul 30% degli inserimenti
							3) Visite ispettive da parte di un gruppo multidisciplinare	Almeno n. 1 ispezione/anno
3	Certificazione medico legale da parte dell'UOC Salute Mentale	Possibile evento rischioso: "D" CSM - Indebita riconoscimento di certificazione con conseguente agevolazione di un utente Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli su Certificazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Controllo delle procedure da parte del Responsabile di U.O.C. e /o U.O.S.	Controllo sul 30% dei certificati
							2) Controllo del rispetto dei tempi di osservazione clinica, per utenti non in carico, non inferiore a due mesi, con scheda anamnestica obbligatoria da parte del medico curante ad eccezione delle certificazioni per idoneità fisica al lavoro, iscrizione universitaria e pazienti allettati	Controllo sul 30% dei certificati
4	Inserimento pazienti in strutture residenziali da parte dell'UOC Dipendenze Patologiche	Possibile evento rischioso: "D" Area Dipartimentale Dipendenze Patologiche - Indebita agevolazione nella scelta di una struttura rispetto ad un'altra Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulle procedure	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Controllo delle procedure di inserimento da parte del Responsabile di U.O.C. e /o U.O.S.	Controllo sul 30% degli inserimenti
							2) Controllo delle procedure di da parte dei dirigenti referenti per la residenzialità	Controllo sul 30% degli inserimenti

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE								
N.	Processi	Area di rischio: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
5	Inserimento pazienti in strutture residenziali da parte dell'UOC Dipendenze Patologiche	Possibile evento rischioso: "C" Area Dipartimentale Dipendenze Patologiche - Indebita agevolazione di un utente rispetto ad una possibile lista d'attesa Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sugli inserimenti	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Controllo delle procedure di inserimento da parte del Responsabile di U.O.C. e /o U.O.S. 2) Controllo delle procedure di inserimento da parte dei dirigenti referenti per la residenzialità	Controllo sul 30% degli inserimenti Controllo sul 30% degli inserimenti
6	Certificazione medico legale da parte dell'UOC Dipendenze Patologiche	Possibile evento rischioso: "D" Area Dipartimentale Dipendenze Patologiche - Indebito riconoscimento di certificazione con agevolazione di un utente Fattore abilitante: Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulla certificazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Controllo delle procedure da parte del Responsabile di U.O.C. e /o U.O.S.	Controllo sul 30% dei certificati
7	Inserimento pazienti in strutture residenziali da parte dell'UOC NPI	Possibile evento rischioso: "D" NPI - Indebita agevolazione di un utente rispetto ad una possibile lista d'attesa Fattore abilitante: Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sugli inserimenti	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Controllo delle procedure di inserimento da parte del Responsabile di U.O.C. e /o U.O.S. 2) Controllo delle procedure di inserimento da parte dei dirigenti referenti per la residenzialità	Controllo sul 30% degli inserimenti Controllo sul 30% degli inserimenti
8	Certificazione medico legale da parte dell'UOC NPI	Possibile evento rischioso: "D" NPI - Indebita riconoscimento di certificazione con conseguente agevolazione di un utente Fattore abilitante: Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulla certificazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Controllo delle procedure da parte del Responsabile di U.O.C. e /o U.O.S. 2) Controllo del rispetto dei tempi di osservazione clinica, per utenti non in carico, non inferiore a due mesi	Controllo sul 30% dei certificati Controllo sul 30% dei certificati
9	PAL (Piano d'azione Locale per la Salute mentale) Educativa Domiciliare per l'inclusione sociale	Possibile evento rischioso: "D" DSM - Indebita agevolazione nella scelta di una cooperativa sociale rispetto ad un'altra. Fattore abilitante: Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulla scelta	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Controllo delle procedure di inserimento nei PTI da parte del Responsabile di UPC UOS 2) Controllo da parte dei Case Manager 3) Controllo sulla libera scelta da parte degli utenti delle cooperative eroganti il servizio 4) Equa distribuzione alle cooperative sociali di prestazioni di servizi a gruppi di utenti o di familiari	Controllo sul 30% degli inserimenti Controllo sul 30% degli inserimenti Controllo sul 30% degli inserimenti Controllo sul 30% degli inserimenti

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE								
N.	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicitori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
10	Inserimento nei centri diurni per l'autismo	<b>Possibile evento rischioso:</b> Indebita agevolazione delle strutture competenti <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sugli inserimenti	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Dipartimento	Controllo delle procedure di inserimento	Controllo sul 100% degli inserimenti
11	Esecuzione eventuale di contratti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. BASILOTTA									
N°	Processo	Area di rischio: Rapporti con soggetti erogatori	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)	
1	Accesso del personale esterno a strutture aziendale	<b>Possibile evento rischioso:</b> Attività tendente a favorire informatori ditte esterne (es. ditte farmaceutiche, presidi, dispositivi etc...) <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di controllo		Regolamentazione - Adozione procedure per accessi - Indicatori 1), 2)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	1) Direttore Medico P.O. Responsabili UU.OO.	1) Applicazione direttive sull'accesso alle varie UU.OO. del Direttore del Reparto con accessi limitati nei giorni e orari UU.OO..	SI/NO	
				Controllo - N° di controlli su applicazione procedure - Indicatore 3)			2 e 3) Responsabili UU.OO.	2) Applicazione procedure per registrazione degli accessi e richiesta di incontri programmati e collettivi, divieto per personale esterno di entrare nei reparti, registrazione accessi e verifica loro attività. 3) Monitoraggio su applicazione procedure	2) Adozione registrazione e verifica accessi 3) Monitoraggio semestrale
2	Decesso intraospedaliero	<b>Possibile evento rischioso:</b> Induzione all'utilizzazione di una specifica impresa di onoranze funebri nei confronti dei parenti del deceduto <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di imparzialità	La presenza nel processo di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: <b>"Alto"</b>	Regolamentazione - Adozione procedure in applicazione di Regolamento aziendale e di Direttive e per l'aggiornamento degli elenchi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Medico P.O.	1) Adozione e applicazione regolamento aziendale.	SI/NO	
								2) Direttive interne (consegna alle UU.OO. del Regolamento Aziendale).	SI/NO
								3) Aggiornamento annuale degli elenchi delle ditte di onoranze funebri operanti nel territorio di Enna e Provincia, esposti presso l'obitorio di ciascun Presidio Ospedaliero, a seguito di sorteggio della lettera alfabetica iniziale.	3) Aggiornamento annuale
3	Gestione lista di attesa / Sale Operatorie	<b>Possibili eventi rischiosi:</b> Governo scorretto delle liste di attesa per favorire particolari utenti. Scelte del paziente condizionate dagli operatori al fine di favorire un determinato specialista. <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di controllo		Regolamentazione - Adozione procedure per produzione schede - Indicatore 1)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	1) Responsabili UU.OO. Direttore Medico P.O.	1) Produzione da parte delle UU.OO. Chirurgiche di schede settimanali relative ai programmi operatori.	1) Produzione settimanale schede	
				Controllo - N° di controlli liste e tempi di attesa - Indicatori 2), 3)			2) e 3) Direttore Medico P.O.	2) Monitoraggio delle liste di attesa per i ricoveri e loro pubblicazione sul sito istituzionale aziendale. 3) Monitoraggio tempi di attesa tra prima visita chirurgica e intervento.	2) Monitoraggio semestrale 3) Monitoraggio semestrale

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. BASILOTTA								
N°	Processo	Area di rischio processo n. 4: Rapporti con soggetti erogatori Area di rischio processo n. 5: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
4	Trasporti Sanitari. Servizi di ambulanze private	<p><b>Possibili eventi rischiosi:</b> Chiamata esclusiva verso una ditta per il trasporto sanitario. Induzione all'utilizzazione di uno specifico servizio di ambulanze private nei confronti dei parenti del paziente dimesso</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di trasparenza, di imparzialità e di controllo</p>	<p>La presenza nel processo di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>1) Trasparenza - Presenza documentazione oggetto di pubblicazione - Indicatore 1)</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Medico P.O.	1) Pubblicazione avviso per predisposizione elenco ambulanze disponibili ad assicurare il trasporto sanitario dei pazienti ricoverati.	1) Pubblicazione annuale dell'Avviso.
				<p>Regolamentazione - Adozione procedure per calendario - Indicatori 2) e 4)</p>			2) Consegna calendario disponibilità ambulanze al Medico di Direzione Medica reperibile e/o al centralino.	2) Consegna calendario nel 100% dei casi.
				<p>Controllo - N° di controlli chiamate - Indicatore 3)</p>			3) Verifica e monitoraggio delle chiamate alle ditte preposte al servizio.	3) Verifica semestrale.
				<p>Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione</p>			4) Aggiornamento dell'elenco relativo alle ditte che offrono un servizio di ambulanze private, esposto presso i reparti.	4) Aggiornamento annuale dell'elenco.
5	Esecuzione di contratti	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara c/o in convenzione</p> <p><b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo</p>	<p>La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore Medico P.O.	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali



All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. CHIELLO								
N°	Processo	Area di rischio: Rapporti con soggetti erogatori	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Accesso del personale esterno a strutture aziendali	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Attività tendente a favorire informatori ditte esterne (es. ditte farmaceutiche, presidi, dispositivi etc...)</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di controllo</p>		Regolamentazione - Adozione procedure per accessi - Indicatori 1), 2)	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	1) Direttore Medico P.O. Responsabili UU.OO.	1) Applicazione direttive sull'accesso alle varie UU.OO. del Direttore del Reparto con accessi limitati nei giorni e orari UU.OO..	SI/NO
				Controllo - N° di controlli su applicazione procedure - Indicatore 3)		2 e 3) Responsabili UU.OO.	2) Applicazione procedure per registrazione degli accessi e richiesta di incontri programmati e collettivi, divieto per personale esterno di entrare nei reparti, registrazione accessi e verifica loro attività.	2) Adozione registrazione e verifica accessi
							3) Monitoraggio su applicazione procedure	3) Monitoraggio semestrale
2	Decesso intraospedaliero	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Induzione all'utilizzazione di una specifica impresa di onoranze funebri nei confronti dei parenti del deceduto</p> <p><b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di imparzialità</p>	<p>La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	Regolamentazione - Adozione procedure in applicazione di Regolamento aziendale e di Direttive e per l'aggiornamento degli elenchi	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Medico P.O.	1) Adozione e applicazione regolamento aziendale.	1) SI/NO
							2) Direttive interne (consegna alle UU.OO. del Regolamento Aziendale).	2) SI/NO
							3) Aggiornamento annuale degli elenchi delle ditte di onoranze funebri operanti nel territorio di Enna e Provincia, esposti presso l'obitorio di ciascun Presidio Ospedaliero, a seguito di sorteggio della lettera alfabetica iniziale.	3) Aggiornamento annuale
3	Gestione lista di attesa / Sale Operatorie	<p><b>Possibili eventi rischiosi:</b> Governo scorretto delle liste di attesa per favorire particolari utenti. Scelte del paziente condizionate dagli operatori al fine di favorire un determinato specialista.</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di controlli</p>		Regolamentazione - Adozione procedure per produzione schede - Indicatore 1)	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	1) Responsabili UU.OO. Direttore Medico P.O.	1) Produzione da parte delle UU.OO. Chirurgiche di schede settimanali relative ai programmi operatori.	1) Produzione settimanale schede
				Controllo - N° di controlli liste e tempi di attesa - Indicatori 2), 3)		2) e 3) Direttore Medico P.O.	2) Monitoraggio delle liste di attesa per i ricoveri e loro pubblicazione sul sito istituzionale aziendale.	2) Monitoraggio semestrale
							3) Monitoraggio tempi di attesa tra prima visita chirurgica e intervento.	3) Monitoraggio semestrale

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. CHIELLO								
N°	Processo	Area di rischio processo n. 4: Rapporti con soggetti erogatori Area di rischio processo n. 5: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. I PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
4	Trasporti Sanitari Servizi di ambulanze private	Possibili eventi rischiosi: Chiamata esclusiva verso una ditta per il trasporto sanitario. Induzione all'utilizzazione di uno specifico servizio di ambulanze private nei confronti dei parenti del paziente dimesso Fattori abilitanti: Mancanza di trasparenza, di imparzialità e di controllo	La presenza nel processo di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	1) Trasparenza - Presenza documentazione oggetto di pubblicazione - Indicatore 1)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Medico P.O.	1) Pubblicazione avviso per predisposizione elenco ambulanze disponibili ad assicurare il trasporto sanitario dei pazienti ricoverati.	1) Pubblicazione annuale dell'Avviso.
				Regolamentazione - Adozione procedure per calendario - Indicatori 2) e 4)			2) Consegna calendario disponibilità ambulanze al Medico di Direzione Medica reperibile e/o al centralino.	2) Consegna calendario nel 100% dei casi.
				Controllo - N° di controlli chiamate - Indicatore 3)			3) Verifica e monitoraggio delle chiamate alle ditte preposte al servizio.	3) Verifica semestrale.
							4) Aggiornamento dell'elenco relativo alle ditte che offrono un servizio di ambulanze private, esposto presso i reparti.	4) Aggiornamento annuale dell'elenco.
5	Esecuzione di contratti	Possibile evento rischioso: Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. UMBERTO I - U.O.S. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. FBC								
N°	Processo	Area di rischio: Rapporti con soggetti erogatori	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Accesso del personale esterno a strutture aziendale	<b>Possibile evento rischioso:</b> Attività tendente a favorire informatori ditte esterne (es. ditte farmaceutiche, presidi, dispositivi etc...) <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di controllo		Regolamentazione - Adozione procedure per accessi - Indicatori 1), 2)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	1) Direttore Medico P.O. Responsabili UU.OO.	1) Applicazione direttive sull'accesso alle varie UU.OO. del Direttore del Reparto con accessi limitati nei giorni e orari UU.OO..	SI/NO
				Controllo - N° di controlli su applicazione procedure - Indicatore 3)		2 e 3) Responsabili UU.OO.	2) Applicazione procedure per registrazione degli accessi e richiesta di incontri programmati e collettivi, divieto per personale esterno di entrare nei reparti, registrazione accessi e verifica loro attività.	2) Adozione registrazione e verifica accessi
							3) Monitoraggio su applicazione procedure	3) Monitoraggio semestrale
2	Decesso intraospedaliero	<b>Possibile evento rischioso:</b> Induzione all'utilizzazione di una specifica impresa di onoranze funebri nei confronti dei parenti del deceduto <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di imparzialità	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione procedure in applicazione di Regolamento aziendale e di Direttive e per l'aggiornamento degli elenchi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Medico P.O.	1) Adozione e applicazione regolamento aziendale.	SI/NO
							2) Direttive interne (consegna alle UU.OO. del Regolamento Aziendale).	SI/NO
							3) Aggiornamento annuale degli elenchi delle ditte di onoranze funebri operanti nel territorio di Enna e Provincia, esposti presso l'obitorio di ciascun Presidio Ospedaliero, a seguito di sorteggio della lettera alfabetica iniziale.	3) Aggiornamento annuale
3	Gestione lista di attesa / Sale Operatorie	<b>Possibili eventi rischiosi:</b> Governo scorretto delle liste di attesa per favorire particolari utenti. Scelte del paziente condizionate dagli operatori al fine di favorire un determinato specialista. <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di controllo		Regolamentazione - Adozione procedure per produzione schede - Indicatore 1)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	1) Responsabili UU.OO. Direttore Medico P.O.	1) Produzione da parte delle UU.OO. Chirurgiche di schede settimanali relative ai programmi operatori.	1) Produzione settimanale schede
				Controllo - N° di controlli liste e tempi di attesa - Indicatori 2), 3)		2) e 3) Direttore Medico P.O.	2) Monitoraggio delle liste di attesa per i ricoveri e loro pubblicazione sul sito istituzionale aziendale.	2) Monitoraggio semestrale
							3) Monitoraggio tempi di attesa tra prima visita chirurgica e intervento.	3) Monitoraggio semestrale

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. UMBERTO I - U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. FBC								
N°	Processo	Area di rischio processo n. 4: Rapporti con soggetti erogatori Area di rischio processo n. 5: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
4	Trasporti Sanitari Servizi di ambulanze private	Possibili eventi rischiosi: Chiamata esclusiva verso una ditta per il trasporto sanitario. Induzione all'utilizzazione di uno specifico servizio di ambulanze private nei confronti dei parenti del paziente dimesso <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di trasparenza, di imparzialità e di controllo	La presenza nel processo di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	1) Trasparenza - Presenza documentazione oggetto di pubblicazione - Indicatore 1)	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore Medico P.O.	1) Pubblicazione avviso per predisposizione elenco ambulanze disponibili ad assicurare il trasporto sanitario dei pazienti ricoverati.	1) Pubblicazione annuale dell'Avviso.
				Regolamentazione - Adozione procedure per calendario - Indicatori 2) e 4)			2) Consegna calendario disponibilità ambulanze al Medico di Direzione Medica reperibile e/o al centralino.	2) Consegna calendario nel 100% dei casi.
				Controllo - N° di controlli chiamate - Indicatore 3)			3) Verifica e monitoraggio delle chiamate alle ditte preposte al servizio.	3) Verifica semestrale.
							4) Aggiornamento dell'elenco relativo alle ditte che offrono un servizio di ambulanze private, esposto presso i reparti.	4) Aggiornamento annuale dell'elenco.
5	Esecuzione di contratti	Possibile evento rischioso: Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventive, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI AGIRA								
N.	Processo	Area di rischio: Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Allineamento variazioni anagrafiche dell'Anagrafe Assistiti	Possibile evento rischioso: Mancato allineamento e conseguente danno erariale Fattore abilitante: Mancanza di controllo	Non essendo stati registrati, sinora, casi del possibile evento rischioso indicato, è da ritenere che la probabilità sia bassa, ma la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno erariale, pertanto il giudizio sintetico è: "Medio"	Controllo - N° di controlli incrociati con anagrafe comunale	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controllo incrociato con anagrafe comunale, Agenzia delle entrate al fine di verificare l'allineamento	N.1 controllo mensile
2	Autorizzazioni: Assistenza protesica; Assistenza integrativa	Possibili eventi rischiosi: Autorizzazioni improprie Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli pratiche protesica	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli pratiche protesica da evadere entro 30 giorni	Controllo 100% Protesica
				Controllo - N° di controlli assistenza integrativa			Controlli assistenza integrativa per evadere autorizzazioni da 1 a 7 giorni, in presenza della documentazione sanitaria richiesta	Controllo sul 20 % delle pratiche assistenza integrativa
3	Rimborsi ad assistiti	Possibile evento rischioso: Inosservanza dei requisiti e dell'ordine cronologico di presentazione dell'istanza Fattore abilitante: Mancanza di controllo		Controllo - N° controlli su evasione richieste dei rimborsi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sull'evasione delle richieste dei rimborsi nel rispetto dell'ordine cronologico di presentazione dell'istanza	Controllo sul 20 % delle pratiche
4	Rilascio esenzione per: invalidità, patologia, reddito	Possibile evento rischioso: Riconoscimento indebito dell'esenzione dal pagamento di ticket sanitari al fine di agevolare determinati soggetti Fattore abilitante: Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulle autocertificazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli autocertificazioni sulle	Controllo sul 20 % delle pratiche

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI AGIRA								
N.	Processo	Arece di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
5	Gestione utenti RSA pubblica RSA privata	<b>Possibile evento rischioso:</b> Non aderenza dei requisiti d'accesso alla normativa <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° controlli requisiti d'accesso	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Valutazione da parte dell'UVM dei requisiti d'accesso per cui autorizza o nega e dimette	Controllo sul 100 % delle pratiche
6	Verifica prestazioni Specialisti ambulatoriali esterni	<b>Possibile evento rischioso:</b> Riconoscimento indebito di importi non dovuti <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo		Controllo - N° controlli su documentazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli delle documentazione attestante le prestazioni erogate	Controlli sul 100% delle pratiche
7	Esecuzione di contratti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI PIAZZA ARMERINA								
N.	Processo	Area di rischio processi da n. 1 a n. 7: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato Aree di rischio processo n. 8: - Rapporti con soggetti erogatori	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Allineamento variazioni anagrafiche dell'Anagrafe Assistiti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Mancato allineamento e conseguente danno erariale <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	Non essendo stati registrati, sinora, casi del possibile evento rischioso indicato, è da ritenere che la probabilità sia bassa, ma la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno erariale, pertanto il giudizio sintetico è: "Medio"	Controllo - N° di controlli su allineamento	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controllo incrociato con anagrafe comunale, Agenzia delle entrate al fine di verificare l'allineamento	N.1 controllo mensile
2	Autorizzazioni: Assistenza protesica; Assistenza integrativa	<b>Possibili eventi rischiosi:</b> Autorizzazioni improprie <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli su autorizzazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli pratiche protesica da evadere entro 30 giorni  Controlli assistenza integrativa per evadere autorizzazioni da 1 a 7 giorni, in presenza della documentazione sanitaria richiesta	Controllo sul 100% delle pratiche di protesica  Controllo sul 20 % delle pratiche di assistenza integrativa
3	Rimborsi ad assistiti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Inosservanza dei requisiti e dell'ordine cronologico di presentazione dell'istanza <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli su richieste	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sulla soddisfazione delle richieste dei rimborsi nel rispetto dell'ordine cronologico di presentazione dell'istanza	Controllo sul 20 % delle pratiche
4	Rilascio esenzione per: invalidità, patologia, reddito	<b>Possibile evento rischioso:</b> Riconoscimento indebito dell'esenzione dal pagamento di ticket sanitari per agevolare determinati soggetti <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sul rilascio esenzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sulle autocertificazioni	Controllo sul 20 % delle pratiche
5	Gestione utenti RSA	<b>Possibile evento rischioso:</b> Non aderenza dei requisiti d'accesso alla normativa <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo		Controllo - N° controlli sulla gestione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica valutazione da parte dell'UVM dei requisiti d'accesso per cui autorizza o nega e dimette	Controllo sul 100 % delle pratiche
6	Autorizzazioni per trattamenti riabilitativi	<b>Possibile evento rischioso:</b> Inosservanza dei requisiti. Inosservanza della lista d'attesa. <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulle autorizzazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica obbligo per gli utenti beneficiari di sottoscrivere attestazione di fruizione di servizio	Controllo sul 100% delle pratiche
								Verifiche liste d'attesa

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI PIAZZA ARMERINA								
N.	Processo	Aree di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
7	Verifica prestazioni Specialisti ambulatoriali esterni	<b>Possibile evento rischioso:</b> Riconoscimento indebito di importi non dovuti <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° controlli su prestazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli delle documentazione attestante le prestazioni erogate	Controlli sul 100% delle pratiche
8	Esecuzione di contratti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali



All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI ENNA								
N.	Processo	Area di rischio: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Autorizzazioni: Assistenza protesica; Assistenza integrativa	<b>Possibile evento rischioso:</b> Autorizzazioni improprie <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli su autorizzazioni	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli pratiche protesica da evadere entro 30 giorni  Controlli assistenza integrativa per evadere autorizzazioni da 1 a 7 giorni, in presenza della documentazione sanitaria richiesta	Controllo sul 100% delle pratiche di protesica  Controllo sul 20 % delle pratiche di assistenza integrativa
2	Rimborsi ad assistiti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Inosservanza dei requisiti e dell'ordine cronologico di presentazione dell'istanza <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulle richieste	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sulla soddisfazione delle richieste dei rimborsi nel rispetto dell'ordine cronologico di presentazione dell'istanza	Controllo sul 20 % delle pratiche di richiesta
3	Rilascio esenzione per invalidità e patologia	<b>Possibile evento rischioso:</b> Riconoscimento indebito dall'esenzione dal pagamento di ticket sanitari per agevolare determinati soggetti <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sul rilascio esenzione	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sulle autocertificazioni	Controllo sul 20 % delle pratiche
4	Autorizzazioni per trattamenti riabilitativi	<b>Possibile evento rischioso:</b> Inosservanza dei requisiti <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli su autorizzazioni	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica obbligo per gli utenti beneficiari di sottoscrivere attestazione di fruizione di servizio	Controllo sul 20 % delle pratiche
5	Verifica prestazioni Specialisti ambulatoriali esterni	<b>Possibile evento rischioso:</b> Riconoscimento indebito di importi non dovuti <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli su prestazioni	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli della documentazione attestante le prestazioni erogate	Controlli sul 100% delle pratiche

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI ENNA								
N.	Processo	Area di rischio: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
6	Esecuzione di contratti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI NICOSIA								
N.	Processo	Area di rischio: Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Allineamento variazioni anagrafiche dell'Anagrafe Assistiti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Mancato allineamento e conseguente danno erariale <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	Non essendo stati registrati, sinora, casi del possibile evento rischioso indicato, è da ritenere che la probabilità sia bassa, ma la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno erariale, pertanto il giudizio sintetico è: "Medio"	Controllo - N° di controlli su allineamento	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controllo incrociato con anagrafe comunale. Agenzia delle entrate al fine di verificare l'allineamento	N.1 controllo mensile
2	Autorizzazioni: Assistenza protesica; Assistenza integrativa	<b>Possibile evento rischioso:</b> Autorizzazioni improprie <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli su autorizzazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli pratiche protesica da evadere entro 30 giorni	Controllo sul 100% delle pratiche di protesica
							Controlli assistenza integrativa per evadere autorizzazioni da 1 a 7 giorni, in presenza della documentazione sanitaria richiesta	Controllo sul 20% delle pratiche assistenza integrativa
3	Rimborsi ad assistiti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Inosservanza dei requisiti e dell'ordine cronologico di presentazione dell'istanza <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulle richieste	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sull'evasione delle richieste dei rimborsi nel rispetto dell'ordine cronologico di presentazione dell'istanza	Controllo sul 20% delle pratiche di richiesta
4	Rilascio esenzione per: invalidità, patologia, reddito	<b>Possibile evento rischioso:</b> Riconoscimento indebito dell'esenzione dal pagamento di ticket sanitari al fine di agevolare determinati soggetti <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sul rilascio esenzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sulle autocertificazioni	Controllo sul 20% delle pratiche
5	Autorizzazioni per trattamenti riabilitativi	<b>Possibili eventi rischiosi:</b> Inosservanza dei requisiti. Inosservanza della lista d'attesa. <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli su autorizzazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica obbligo per gli utenti beneficiari di sottoscrivere attestazione di fruizione di servizio	Controllo sul 20% delle pratiche
							Verifiche liste d'attesa	Controllo sul 20% delle pratiche
6	Verifica prestazioni Specialisti ambulatoriali esterni	<b>Possibile evento rischioso:</b> Riconoscimento indebito di importi non dovuti <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	Controllo - N° di controlli su prestazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli delle documentazione attestante le prestazioni erogate	Controlli sul 100% delle pratiche	

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI NICOSIA								
N.	Processo	Area di rischio: Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
7	Contributo for. spese di viaggio	Possibile evento rischioso: Autorizzazione senza parere favorevole Commissione Sanitaria Reg. Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sui contributi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica ricezione parere Commissione Sanitaria Reg.	Controllo sul 100% delle pratiche
8	Trasporto emodializzati mezzo propri	Possibile evento rischioso: Liquidazione superiore alle giornate di viaggio Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sui viaggi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica date sedute emodializzati	Controllo del 100% delle date sedute emodializzati
9	Autorizzazioni per: Microinfusori Oss. terapia dom. Ventilatori polmonari	Possibile evento rischioso: Inosservanza dei requisiti. Fattore abilitante: Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli su autorizzazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica obbligo per gli utenti beneficiari di sottoscrivere attestazione di fruizione di servizio.	Controllo sul 100% delle pratiche
10	Verifica Prestazioni rendiconti relative ad ADI e ADI palliativa	Possibile evento rischioso: Mancata erogazione della prestazione Fattore abilitante: Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli su prestazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifica obbligo per gli utenti beneficiari di sottoscrivere attestazione di fruizione di servizio.	Controlli cartacei sul 100% e controlli con accessi domiciliari sul 5% delle pratiche
<b>Gestione OASI Maria S.S. Troina:</b>								
11	Verifica ricoveri ospedalieri	Possibile evento rischioso: Inosservanza dei DRG Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sui ricoveri	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Relazione verifica NOC	Controlli sul 30% dei ricoveri

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI NICOSIA								
N.	Processo	Area di rischio: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
12	Verifica Prestazioni Specialistiche Laboratorio Analisi Chimico Cliniche Territoriali	<b>Possibile evento rischioso:</b> Inosservanza degli accessi e della erogazione delle prestazioni <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulle prestazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Relazione verifica Sanitari Incaricati	Controlli sull'80% delle prestazioni
13	Esecuzione di contratti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. FARMACIA OSPEDALIERA P.O. UMBERTO I°								
N.	Processo	Area di rischio processi da n. 1 a n. 3: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie Aree di rischio processo n. 4: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Elaborazione dei fabbisogni da produrre al Servizio Provveditorato per i successivi acquisti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Mancata ponderazione quali/quantitativa del fabbisogni <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	Non essendo stati registrati, sinora, casi del possibile evento rischioso indicato, è da ritenere che la probabilità sia bassa, ma la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno erariale, pertanto il giudizio sintetico è: "Medio"	Controllo - N° di controlli sulle scadenze contrattuali	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	N° Controllo sulle scadenze contrattuali	Verifica Annuale
2	Gestione dei farmaci nei Reparti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Anomalie della giacenza <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulle giacenze	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifiche delle giacenze fisiche	N. 3 ispezioni annuali
3	Ordini reagenti specialistici	<b>Possibile evento rischioso:</b> Aumento della spesa farmaceutica <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli su richieste	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controllo richieste	Predisposizione di tabulato dei consumi semestrali
4	Esecuzione di contratti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. FARMACIA TERRITORIALE								
N.	Processo	Area di rischio processi da n. 1 a n. 3: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie Aree di rischio processo n. 4: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Controlli sulla spesa per Assistenza Integrativa erogata tramite farmacie private ed esercizi convenzionati	<b>Possibile evento rischioso:</b> Aumento della Spesa per Assistenza Integrativa <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	Non essendo stati registrati, sinora, casi del possibile evento rischioso indicato, è da ritenere che la probabilità sia bassa, ma la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno erariale, pertanto il giudizio sintetico è: "Medio"	Controllo - N° di controlli N. pratiche erogate	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controllo delle pratiche relative alla fornitura dei presidi per pazienti diabetici	Controllo mensile sul 100% delle erogazioni effettuate dalle farmacie convenzionate o dagli esercizi di vicinato abilitati
2	Consegna dei farmaci c/o Depositi DPC (Distribuzioni per conto)	<b>Possibile evento rischioso:</b> Disallineamento tra giacenze contabili e reali <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulle giacenze	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifiche delle giacenze fisiche presso i depositi DPC per conto ASP Capofila Palermo come da DDG del 27/01/2021	N. 1 ispezioni annuali
3	Controlli sui medici di MMG e PLS	<b>Possibile evento rischioso:</b> Aumento della spesa farmaceutica <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli su prescrizioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controllo prescrizioni	Controllo mensile sul 100% delle prescrizioni
4	Esecuzione eventuale di contratti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. MEDICINA LEGALE FISCALE E NECROSCOPICA								
N.	Processo	Area di rischio processi da n. 1 a n. 4: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato Area di rischio processo n. 5: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Erogazione di certificazioni di idoneità fisica e dello stato di salute	<b>Possibile evento rischioso:</b> Abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti al fini di agevolare determinati soggetti <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di imparzialità	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione di procedure per rilascio delle certificazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Rotazione del personale adibito al rilascio delle certificazioni	Rotazione nel 50% dei processi
2	Visite Fiscali	<b>Possibile evento rischioso:</b> Abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti al fini di agevolare determinati soggetti <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di imparzialità		Regolamentazione - Adozione di procedure per rilascio delle certificazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Rotazione del personale adibito al rilascio delle certificazioni	Rotazione nel 50% dei processi
3	Visite necroscopiche	<b>Possibile evento rischioso:</b> Abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti al fini di agevolare determinati soggetti <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di imparzialità		Regolamentazione - Adozione di procedure per rilascio delle certificazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Rotazione del personale adibito al rilascio delle certificazioni	Rotazione nel 50% dei processi
4	Valutazione delle condizioni di disabilità: Invalidi civili, ciechi civili, sordi, L.295/90, 104/92, 68/99, ecc.	<b>Possibile evento rischioso:</b> 1) Riconoscimento indebito di un beneficio previsto dalle norme <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di imparzialità		Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento - N° di incontri	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Periodiche conferenze di servizio con diffusione delle linee guida per uniformare i criteri valutativi nell'ambito della discrezionalità	N° 1 conferenze nell'anno



All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. MEDICINA LEGALE FISCALE E NECROSCOPICA								
N.	Processo	Area di rischio processi da n. 1 a n. 4: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato Area di rischio processo n. 5: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
5	Esecuzione eventuale di contratti	Possibile evento rischioso: Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% delle esecuzioni contrattuali

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Analisi e definizione dei fabbisogni e dell'oggetto dell'affidamento	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità.</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Uso improprio e distorto della discrezionalità. Mancanza di controllo</p>	<p>La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Regolamentazione</p> <p>-</p> <p>Adozione di procedure per la determinazione dei fabbisogni, per la predisposizione del Piano investimenti, per la risposta a formulazione di fabbisogni</p> <p>-</p> <p>Indicatori 1), 2), 3)</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	<p>1) Applicazione delle procedure interne per la determinazione dei fabbisogni con modalità e tempistica predeterminate, con individuazione dei soggetti coinvolti e separazione di responsabilità, tracciabilità dei percorsi dallo stoccaggio a quello della somministrazione / consumo al fine di ottenere una corretta determinazione del fabbisogno, nonché una esatta conoscenza della logistica e della giacenza di magazzino (Procedure PAC).</p>	<p>1) Individuazione nel 100% dei casi dei soggetti coinvolti e separazione di responsabilità, della tracciabilità dei percorsi dallo stoccaggio a quello della somministrazione / consumo.</p>
				<p>Controllo</p> <p>-</p> <p>N° di controlli sulle aggiudicazioni Consip</p> <p>-</p> <p>Indicatore 4)</p>			<p>2) Predisposizione del Piano degli investimenti con Direzione Strategica Aziendale.</p>	<p>2) Si/No</p>
							<p>3) Tempestiva risposta alle richieste di formulazione di fabbisogni provenienti da CUC e Comitato di Bacino e/o Aziende consorziate capofila.</p>	<p>3) Risposta entro la settimana.</p>
							<p>4) Attento e costante controllo aggiudicazioni Consip.</p>	<p>4) Controllo trimestrale sul 100% delle pratiche</p>
2	Predisposizione di atti e documenti di gara	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Elevata discrezionalità nella definizione dei criteri e nell'attribuzione dei punteggi.</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Uso improprio e distorto della discrezionalità. Mancanza di controllo.</p>		<p>Regolamentazione</p> <p>-</p> <p>Adozione di procedure per la Delibera a contrarre</p> <p>-</p> <p>Indicatore 1)</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	<p>1) Corretta formulazione e pubblicazione della Delibera a contrarre.</p>	<p>1) SI/NO</p>
				<p>Controllo</p> <p>-</p> <p>N° di controlli sui capitolati di gara</p> <p>-</p> <p>Indicatore 2)</p>			<p>2) Controllo critico del capitolato di gara, predisposto dall'organo tecnico.</p>	<p>2) Controllo trimestrale sul 100% delle pratiche</p>

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
2	Predisposizione di atti e documenti di gara	<b>Possibile evento rischioso:</b> Abuso della procedura negoziata, al fine di favorire una o più imprese ed effettuazione di acquisti frazionati <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità.	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione di determinate procedure di indizione di procedure singole	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Corretto utilizzo della procedura all'interno dei casi previsti dalla normativa vigente.	1) SI/NO
							2) Indizione di procedure singole nel caso di assenza di aggiudicazioni presso i soggetti aggregatori.	2) Indizione di procedure singole nel 100% dei casi.
		<b>Possibile evento rischioso:</b> Acquisizione di prodotti infungibili con abuso della classificazione al fine di favorire un fornitore. <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza imparzialità e di controllo		Regolamentazione - Adozione di procedure in applicazione di Linee guida Anac e di Regolamento aziendale Indicatori 1) e 2) - Controllo - N° di controlli su infungibilità - Indicatore 3)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Applicazione delle Linee guida Anac n. 8 "Ricorso procedure negoziate senza previa pubblicazione di un Bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili".	1) SI/NO
							2) Applicazione Regolamento Aziendale Pac (Procedure PAC).	2) SI/NO
							3) Verifica dichiarazione di infungibilità del professionista competente.	3) Controllo trimestrale sul 100% delle pratiche

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. I PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
3	Predisposizione provvedimento di affidamento e stipula contratto	<b>Possibile evento rischioso:</b> Omissioni verifiche in capo all'aggiudicatario <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza imparzialità e di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione di procedure in applicazione di norme	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Applicazione art. 32 e 80 del D.lgs. 50/16 e Linee guida Anac n. 4, di attuazione del D.LGS. 50/16, recanti "Procedure per l'affidamento dei contratti pubblici di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria, indagini di mercato e formazione e gestione degli elenchi di operatori economici."	1) SI/NO
				Controllo - N° di controlli su affidamenti			2) Effettuazioni Verifiche: -Verifica del casellario giudiziale e dei carichi pendenti. -Verifica antimafia. -Controllo Agenzia delle Entrate. -Verifica della regolarità contributiva. -Verifica dell'assenza di procedure concorsuali. -Verifica delle annotazioni al casellario Anac. -Verifica delle sanzioni amministrative da reato. -Verifica del rispetto delle norme sul lavoro dei disabili.	2) Controllo trimestrale sul 100% delle pratiche
4	Affidamenti diretti "per estrema urgenza"	<b>Possibile evento rischioso:</b> Mancanza dei presupposti per gli affidamenti diretti "per estrema urgenza" <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 2 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli su affidamenti diretti "per estrema urgenza"	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Controlli su tutti affidamenti diretti proposti "per estrema urgenza" atti a verificarne la presenza dei presupposti per tali affidamenti	Controlli sul 100% degli Affidamenti diretti "per estrema urgenza"

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
5	Esecuzione di contratti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo.	Le tipologie dei processi nn. 5, 6, 7 e 8 sono indicate rispettivamente nei Focus 3, 4, 5 e 6 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac e sono considerate tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: <b>"Alto"</b>	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% dell'esecuzione di contratti
6	Richiesta di requisiti di partecipazione o di esecuzione	<b>Possibile evento rischioso:</b> Limitazione della concorrenza mediante richiesta di requisiti di partecipazione o di esecuzione non giustificati <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo.		Controllo - N° di controlli sui requisiti di partecipazione e di esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sui requisiti di partecipazione e di esecuzione attinenti e proporzionati all'oggetto di tutti gli appalti e alle effettive necessità della stazione appaltante, tenendo presente l'interesse pubblico ad avere il più ampio numero di potenziali partecipanti ed una prestazione congrua rispetto alle effettive esigenze	Controlli sul 100% delle richieste di requisiti di partecipazione o di esecuzione
7	Ricorso a proroghe e rinnovi	<b>Possibile evento rischioso:</b> Ricorso al rinnovo o alla proroga dei contratti in assenza dei presupposti <b>Fattori abilitanti:</b> Uso improprio e distorto della discrezionalità		Regolamentazione - Adozione procedure informative da parte del responsabile del procedimento	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Obbligo specifico di informazione in relazione alle prossime scadenze contrattuali da parte del responsabile del procedimento ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara, entro termini temporali atti ad evitare il ricorso a rinnovi o alla proroga, dovuto a carenza di programmazione, nonché ritardi o errori nella predisposizione e pubblicazione degli atti di gara	Controlli sul 100% dei ricorsi a proroghe e rinnovi

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
8	Verifica di anomalia delle offerte	<p><b>Possibili eventi rischiosi:</b> Valutazione non adeguata da parte del RUP o dell'apposita commissione di verifica non dotati delle necessarie competenze tecniche. Assenza di adeguata motivazione sulla non congruità dell'offerta, nonostante la sufficienza e pertinenza delle giustificazioni addotte dal concorrente o l'accettazione di giustificazioni di cui non si è verificata la fondatezza</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Uso improprio o distorto della discrezionalità</p>	<p>Le tipologie dei processi nn. 8 e 9 sono indicate rispettivamente nei Focus 6 e 7 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac e sono considerate tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Regolamentazione - Adozione di una determinata procedura di valutazione anomalie e di verbalizzazione della valutazione delle offerte - Indicatori 1) e 2)</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Verbalizzazione del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia.	1) Adozione del 100% delle verbalizzazioni delle valutazioni delle offerte
							2) Verifica della congruità dell'anomalia	4) Specificare sempre espressamente nel verbale le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica dell'anomalia, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione
9	Definizione dei criteri di partecipazione/ requisiti di qualificazione	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Definizione dei requisiti di accesso alla gara e in particolare dei requisiti tecnici economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa.</p> <p><b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di imparzialità</p>		<p>Controllo - N° di controlli sui Bandi di gara</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Controllo dei bandi di gara, finalizzati a verificarne la previsione negli stessi di criteri connessi, ragionevoli e proporzionati all'oggetto del contratto, tenendo conto della natura e delle caratteristiche dei lavori, beni e servizi oggetto di acquisizione	1) Controllo sul 100% dei Bandi di gara

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. PROVVEDITORATO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
		Possibili eventi rischiosi						
10	Individuazione del Responsabile del Procedimento e di qualsiasi altro incaricato	<p><b>Possibili eventi rischiosi:</b> Nomina del Responsabile del procedimento e di qualsiasi altro incaricato di una stazione appaltante, che ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto e che interviene nello svolgimento della stessa potendone influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato.</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto Mancanza di imparzialità</p>	<p>La tipologia del processo n. 10 è indicata nel Focus 9 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac e d è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Rotazione - Numero di incarichi/pratiche ruotate sul totale - Indicatore 1)</p> <p>Disciplina del conflitto di interessi - Specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interessi tipiche dell'attività dell'amministrazione</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	<p>1) Incarichi/pratiche sul totale in tutti i procedimenti delle gare con il criterio della rotazione</p> <p>2) Verifica della sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nel procedimento delle gare (Dirigenti, RUP, amministrativi,...) di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara.</p>	<p>1) Incarichi/pratiche ruotate sul 100% dei procedimenti delle gare</p> <p>2) Verifica Dichiarazioni assenza di interessi del 100% dei soggetti coinvolti.</p>

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE										
N°	Processo	Sub Processo	Area di rischio: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)	
1	Procedura amministrativo-contabile G.1. - CASSA - CU-PAC  Fase frontoffice	1	Utente procede al pagamento della prestazione	<p><b>Possibili eventi rischiosi:</b> Introito banconote false. Inserimento errato esenzioni errore nei resti. Incompletezza nell'acquisizione delle informazioni, da banche dati interne ed esterne, sulle posizioni da verificare posizione esenzione ticket. Abusi/omissioni nello svolgimento delle attività di competenza al fine di agevolare/non agevolare determinati soggetti - rischio particolarmente rilevante in occasioni di asserito malfunzionamento del software gestionale e ricorso al c.d. "bollettario manuale" - e presso le sedi territoriali che non utilizzano il software gestionale di cassa</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di controllo</p>	<p>La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Regolamentazione - Adozione di rilevatori, informatizzazione pagamenti - Indicatori 1), 2),3)</p> <p>Controllo - N° di controlli operazioni svolte dagli operatori addetti alle casse - Indicatore 4)</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P.	1) Rilevatori di banconote false presso Casse.	1) SI/NO
		<p>2) Implementazione informatizzazione pagamenti ticket.</p> <p>3) Utilizzo del pagamento elettronico / online mediante attivazione di un apposito portale.</p> <p>4) Monitoraggio periodico mensile delle operazioni sul software gestionale delle operazioni svolte dagli operatori addetti alle casse ticket per verificare eventuali inserimenti "manuali" e segnalazione agli organi preposti.</p>	<p>2) SI/NO</p> <p>3) SI/NO</p> <p>4) Monitoraggio mensile</p>							
		2	Fine giornata - ciascun riscuotitore speciale procede alla chiusura di cassa - verifica corrispondenza tra il totale della distinta giornaliera elaborata dal software con indicazione del ricavo e la giacenza di cassa giornaliera (cassa + POS)	<p><b>Possibili eventi rischiosi:</b> Abusi/omissioni nello svolgimento delle attività di competenza al fine di agevolare/non agevolare determinati soggetti</p> <p><b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo</p>	Controllo - N° di controlli per ogni cassa ticket	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P.	Verifiche a campione per ogni cassa ticket	Verifiche semestrali per ogni cassa ticket	



All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE									
N°	Processo	Sub Processo	Area di rischio: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
2	Procedura amministrativo-contabile G.1. - CASSA - CUPAC Fase versamento valori	1 Valori contanti ritirati a mezzo del Servizio di prelievo e computo valori svolto da terzi per conto del Tesoriere (venerdì di ogni settimana/ogni due settimane)	<b>Possibili eventi rischiosi:</b> Ritardo nel versamento delle giacenze di cassa e rischio eventi delittuosi (rapine). Mancato versamento/introito di tutta la produzione effettivamente resa <b>Fattore abilitante:</b> Scarsa responsabilizzazione	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione di procedure per il servizio di ritiro	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P.	1) Attivazione del servizio di ritiro e computo valori a cura di un vettore terzo	1) SI/NO
3	Procedura Amministrativo contabile. Fase di verifica propedeutica alla emissione ordinativo di pagamento	1 Acquisizione del provvedimento amministrativo di autorizzazione al pagamento (delibera/determina)	<b>Possibile evento rischioso:</b> Rischio che il medesimo provvedimento di autorizzazione venga registrato e/o pagato n. volte per favorire gli operatori <b>Fattore abilitante:</b> Scarsa responsabilizzazione		Regolamentazione - Adozione di procedure per la ricezione dell'atto	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P.	1) Procedura che prevede che il provvedimento di liquidazione / pagamento debba essere acquisito con apposita timbratura prevedendo a carico dell'U.O.C. Economico Finanziario l'obbligo di apposizione sugli atti di liquidazione non riferiti a documenti contabili (es.: fatture) di un timbro attestante la ricezione e l'originalità dell'atto notificato (Delibera PAC n.982/DG del 28/04/2016)	1) Apposizione del timbro nel 100% degli atti.
		2 Fase di verifica procedure esecutive: la verifica riguarda sia eventuali procedure indicate nell'atto di autorizzazione al pagamento, sia eventuali procedure notificate all'UOC Economico Finanziario a seguito della adozione del provvedimento di autorizzazione al pagamento	<b>Possibile evento rischioso:</b> Disporre pagamenti a soggetti non legittimati <b>Fattore abilitante:</b> Scarsa responsabilizzazione		Regolamentazione - Adozione procedure in applicazione Regolamento aziendale	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P.	1) Applicazione Regolamento aziendale su "Gestione pignoramenti e procedure esecutive"	1) SI/NO

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE										
N°	Processo		Sub Processo	Area di rischio: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
		3	Fase di verifica regolarità ex art 48 (Equitalia - Servizio Riscossione Sicilia), se previsto da normativa	Possibile evento rischioso: Disporre pagamenti a soggetti non legittimati Fattore abilitante: Scarsa responsabilizzazione	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità	Regolamentazione - Adozione procedure in applicazione direttive aziendali	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P	Applicazione direttive aziendali PAC	1) SI/NO
4	Procedura amministrativo contabile G.2. Fase di emissione ordinativo di pagamento	1	Emissione dell'ordinativo di pagamento nei confronti del Fornitore e contestuale chiusura del relativo debito su Co.-Ge.	Possibile evento rischioso: Disporre pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture nel fascicolo di liquidazione Fattore abilitante: Mancanza di controllo	determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli su rispetto dell'ordine di notifica/acquisizione dei provvedimenti di liquidazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P	1) Procedura che prevede il pagamento delle competenze rispettando l'ordine di notifica/acquisizione dei provvedimenti di liquidazione 2) Verifica a campione applicazione procedura del rispetto dell'ordine di notifica/acquisizione dei provvedimenti di liquidazione	1) SI/NO 2) Verifica del 50 % delle pratiche.

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE										
N°	Processo	Sub Processo	Area di rischio: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)	
5	Gestione del patrimonio	1	Errata valorizzazione, del patrimonio da alienare, delle procedure con le quali viene effettuata la vendita o la locazione (o anche dal loro mancato utilizzo o messa a rendita).	Possibile evento rischioso: Non cura nella mappatura/censimento dei beni Fattore abilitante: Scarsa responsabilità	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione di procedure per la tracciabilità delle informazioni relative agli immobili, alle modalità di messa a reddito e per l'utilizzo di procedure di gara pubblica per la vendita.	Direttore U.O.C. S.E.F.P	1) Tracciabilità e trasparenza di tutte le informazioni relative agli immobili di proprietà, al valore degli stessi alle modalità e finalità del relativo utilizzo	1) Registrazione del 100% delle informazioni.	
								2) Applicazione procedura finalizzata alla corretta, completa ed immediata individuazione dei cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, contributi in conto esercizio, conferimenti, lasciti, donazioni	2) Individuazione del 100% dei cespiti.	
								3) Tracciabilità delle informazioni relative alle modalità di messa a reddito di ciascun immobile, ovvero vendita o locazione con le relative procedure e/o altre modalità di utilizzo (es. interaziendale con condivisione di risorse)	3) Registrazione del 100% delle informazioni.	
								4) Utilizzo di procedure di gara pubblica per la vendita di immobili nel rispetto dei principi della selezione tra gli aspiranti, dell'imparziale confronto tra soggetti interessati e della adeguata motivazione in ordine alla scelta, con specifico riguardo all'interesse pubblico perseguito	4) 100 % di procedure di gara pubblica per la vendita	
								5) Tracciabilità delle informazioni relative al patrimonio non utilizzato per finalità istituzionali o di cui non è previsto un utilizzo futuro, nell'ambito di piani di sviluppo aziendali: tipo, dimensione, localizzazione, valore	5) Registrazione del 100% delle informazioni.	
								6) Tracciabilità delle informazioni relative alla redditività delle procedure ovvero valore, prezzo di vendita e ricavato.	6) Registrazione del 100% delle informazioni.	

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE										
N°	Processo		Sub Processo	Area di rischio: Alpi e Liste di attesa	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
6	Fase presentazione istanza di autorizzazione	1	Formulazione richiesta di autorizzazione all'espletamento di attività in regime ALPI	Possibile evento rischioso: False dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione Fattore abilitante: Scarsa responsabilizzazione	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione di procedure in applicazione del Regolamento aziendale e per l'utilizzo di modulistica dedicata	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P	1) Applicazione Regolamento aziendale approvato. 2) Utilizzo modulistica dedicata	1) SI/NO 2) Utilizzo modulistica nel 100% delle pratiche
		2	Verifica che siano compiutamente indicati gli elementi essenziali per il rilascio dell'autorizzazione: 1) Anagrafica. 2) Disciplina. 3) Codice tariffario e tariffa ALPI per ogni prestazione. 4) Agenda (giorni, orario e luogo di erogazione). 5) Attrezzature elettromedicali che saranno utilizzate (num. Matricola). 6) Ricorso a personale di supporto diretto.	Possibile evento rischioso: Irregolarità nello svolgimento delle attività di verifica preventiva al fine di agevolare alcuni soggetti rispetto ad altri Fattore abilitante: Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli sulle nuove autorizzazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P	1) Verifica preventiva delle condizioni per le nuove autorizzazioni e inclusione della relativa istruttoria nel fascicolo relativo all'autorizzazione.	1) Verifica sul 100% delle pratiche.
7	Fase di prenotazione della prestazione	1	Richiesta di prenotazione della prestazione da parte dell'Utente tramite CUP	Possibile evento rischioso: Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni Fattore abilitante: Scarsa responsabilizzazione		Regolamentazione - Adozione di procedure in applicazione del Regolamento aziendale e dell'obbligo di prenotazione attraverso il CUP	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P	1) Applicazione del Regolamento aziendale. 2) Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraziendale con gestione delle agende dei professionisti.	1) SI/NO 2) SI/NO
		1	Scelta canale di pagamento da parte dell'Utente: 1) Cassa Ticket. 2) Versamento tramite lottoautomatica. 3) Bonifico su conto corrente postale. 4) Bonifico su conto corrente bancario	Possibile evento rischioso: Errata indicazione al paziente delle modalità di pagamento delle prestazioni per il conseguimento di un vantaggio personale Fattore abilitante: Scarsa responsabilizzazione		Regolamentazione - Adozione di procedure in applicazione del Regolamento aziendale	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P	1) Applicazione del Regolamento aziendale	1) SI/NO

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE										
N°	Processo		Sub Processo	Area di rischio: Alpi e Liste di attesa	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
9	Fase verifica regolarità contabile propeudeutica alla liquidazione	1	L'Ufficio ALPI avvia la procedura di liquidazione con riferimento alle prestazioni rese in un singolo bimestre: - Verifica corrispondenza incassi per prestazioni rese	Possibile evento rischioso: Irregolarità nello svolgimento delle attività di controllo al fine di agevolare alcuni soggetti rispetto ad altri - liquidazione e ripartizione di prestazioni per le quali non sia effettivamente avvenuto il relativo incasso Fattori abilitanti: Mancanza di imparzialità e di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione Regolamento aziendale e implementazione promozione dei canali di pagamento automatizzati e di un sistema di pagamento on-line - Indicatori 1), 2), 3) . 5)	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P	1) Regolamento aziendale	1) SI/NO
						Controllo - N° di controlli su prestazioni transitate da CUP e prestazioni effettivamente erogate Indicatore 4)			2) Implementazione promozione dei canali di pagamento automatizzati (POS, Carta di Credito)	2) SI/NO
						3) Implementazione di un sistema di pagamento on-line da sito web aziendale a mezzo carta di credito/carta di debito e correlazione diretta 1 a 1 tra prenotazione, pagamento e erogazione della prestazione.			3) SI/NO	
						4) Potenziamento del sistema di controllo/verifica/confronto tra prestazioni transitate da CUP e prestazioni effettivamente erogate in regime libero professionale - per le prestazioni erogate			4) Controlli sul 100% delle prestazioni.	
						5) Liquidazione delle competenze solo se transitate da CUP.			5) Liquidazione del 100% delle competenze, solo se transitate da CUP.	

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE										
N°	Processo	Sub Processo	Area di rischio processo n. 11: Alpi e Liste di attesa Area di rischio processo n. 12: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)	
10	Verifica debito orario ALPI. Verifica rispetto tempi di attesa/liste attese, congruità rapporto tra volumi attività istituzionale/ALPI, corretto utilizzo canali di prenotazione/erogazione prestazioni	1	Controllo con l'Ufficio Risorse Umane dei Dirigenti coinvolti nel procedimento di liquidazione per verificare: a) se la prestazione ALPI (attestata con specifica timbratura) è avvenuta in assenza di regime di incompatibilità; b) il corretto rapporto tra orario istituzionale e orario ALPI (ai sensi della normativa vigente l'orario svolto in regime ALPI non può eccedere la misura del 50% di quello istituzionale).	Possibile evento rischioso: Svolgimento della libera professione in orario di servizio Fattore abilitante: Scarsa responsabilizzazione. Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione procedure per acquisizione esito della verifica su rispetto orario	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. S.E.F.P	1) Acquisizione, per prestazioni erogate nel fascicolo istruttorio dei provvedimenti di liquidazione delle prestazioni ALPI, dell'esito della verifica su rispetto orario di servizio da parte dell'Ufficio Gestione Risorse Umane (dipendente/convenzionato).	1) Acquisizione del 100% dell'esito delle verifiche.
						Controllo - N° di controlli su rapporto tra volumi resi in ALPI e ricavi			2) Monitoraggio da parte dell'U.O.C. del rapporto tra volumi resi in ALPI e ricavi ottenuti dall'azienda da trasmettere al RPCT.	2) Monitoraggio semestrale
11	Esecuzione eventuale di contratti		Possibile evento rischioso: Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% dell'esecuzione di contratti	

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE								
N.	Processo	Area di rischio processo n. 1: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato Area di rischio processo n. 2: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile del processo e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Vigilanza e registrazione attività produttive alimenti	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare soggetti richiedenti</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Uso improprio o distorto della discrezionalità. Scarsa responsabilizzazione. Mancanza di controllo</p>	<p>La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	Regolamentazione - Adozione di procedure per interscambio del personale e per i verbali	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	- Interscambio del personale ispettivo da un Distretto all'altro, quando possibile e in relazione alla specificità dell'intervento, con presenza di almeno due unità nello svolgimento dell'attività. Secondo le valutazioni del Dirigente	Secondo le valutazioni del dirigente che di volta in volta potrà disporre attività interdistrettuali con scambio del personale, anche in funzione di eventuali specifiche richieste da parte di autorità giudiziarie
				Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento - N° di Incontri			- I verbali relativi alle attività svolte debbono essere sottoscritti anche dall'utente	Sottoscrizione del 100% dei verbali
				Controllo - N° di controlli sulle autocertificazioni			- Incontri periodici tra i dirigenti ed il personale	Almeno un incontro l'anno
							- Controlli sulle autocertificazioni relative ai requisiti igienico sanitari	Controlli sul 5 % delle autocertificazioni

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. SERVIZIO IGIENE DEGLI AMBIENTI DI VITA								
N.	Processo	Area di rischio n. 1: Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato Area di rischio n. 2: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile del processo e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Vigilanza e autorizzazione attività produttive e sanitarie	Possibile evento rischioso: Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare soggetti richiedenti. Fattori abilitanti: Uso improprio o distorto della discrezionalità. Scarsa responsabilizzazione. Mancanza di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione di procedure per i verbali e la rotazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) I verbali relativi alle attività svolte debbono essere sottoscritti dall'utente	Sottoscrizione del 100% dei verbali
				Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento - N° di Incontri			2) Rotazione, ove è possibile, del personale addetto alla vigilanza	Rotazione del 50% del personale
				Controllo - N° di controlli sulle autocertificazioni			3) Incontri periodici tra i dirigenti e il personale	N° 6 incontri durante l'anno
							4) Controlli sulle autocertificazioni dei requisiti igienico sanitari	Controlli sul 50% delle autocertificazioni
2	Esecuzione eventuale di contratti	Possibile evento rischioso: Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione "22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% dell'esecuzione di contratti



All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. SERVIZIO LEGALE								
N°	Processo	Area di rischio da n. 1 a n. 2: Affari legali e contenzioso Area di rischio n. 3: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Conferimento incarico  Individuazione legale interno/esterno	Possibile evento rischioso: Carico di lavoro dei legali interni e scadenze calendarizzate che non giustificano l'affidamento dell'incarico all'esterno. Fattori abilitanti: Mancanza di controllo. Uso improprio o distorto della discrezionalità.	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N. Controlli carichi di lavoro e contenziosi - Indicatori 1), 2)	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. Servizio Legale	1) Analisi dei carichi di lavoro	Controllo sul 100% dei carichi di lavoro
				Regolamentazione - Adozione procedure in applicazione di Direttive aziendali e per la predisposizione di un nuovo Albo - Indicatori 3), 4)			2) Analisi di contenziosi già affidati e valutazione degli esiti progressi	Controllo del 100% dei contenziosi già affidati
							3) Applicazione Direttive Aziendali nota prot. n.85301 del13/11/2017	SI/NO
							4) Predisposizione di un nuovo Albo Avvocati per l'affidamento delle cause coerente con il nuovo Regolamento conforme alle Linee Guida ANAC n.12/2018, in corso di elaborazione da parte della U.O.C. Affari Generali.	4) Predisposizione di un nuovo Albo
2	Costituzione Fondo Rischi	Possibile evento rischioso: Stima non adeguata con gravi incidenze sulla veridicità del bilancio Fattore abilitante: Scarsa responsabilizzazione		Regolamentazione - Adozione procedure per quantificazione del Fondo Rischi	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. Servizio Legale	1) Attività di competenza per la quantificazione del Fondo Rischi in sinergia con U.O.C. Economico Finanziario e U.O.C. Affari Generali (PAC delibera n.3059/C del 30/10/2017)	1) Quantificazione del Fondo Rischi nel 100% dei casi richiesti.
3	Esecuzione eventuale di contratti	Possibile evento rischioso: Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% dell'esecuzione di contratti

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.S. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE								
N.	Processo	Area di rischio da n. 1 a n. 2: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni Area di rischio n. 3: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Attività di consulenza e supporto al datore di lavoro (direzione Generale) in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro, anche nella redazione del Documento Valutazione Rischi	<b>Possibile evento rischioso:</b> Sottovalutazione dei rischi presenti negli ambienti di lavoro al fine di agevolare particolari soggetti <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di imparzialità	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento - N° di incontri	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Riunioni periodiche con gli organi apicali ed i dirigenti, nonché con i rappresentanti dei lavoratori	N° 2 incontri nell'anno
2	Valutazione e attività ispettive relative alle condizioni di sicurezza dei lavoratori all'interno dell'Azienda	<b>Possibile evento rischioso:</b> Sottovalutazione dei rischi presenti negli ambienti di lavoro al fine di agevolare particolari soggetti <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di imparzialità	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione di procedure per valutazione ed attività ispettive	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Utilizzo di Checklist riconosciute da organi istituzionali, quali ad esempio l'INAIL	Utilizzo di Checklist riconosciute da organi istituzionali nel 100% delle procedure
3	Esecuzione eventuale di contratti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% dell'esecuzione di contratti

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO								
N.	Processo	Area di rischio n.1: Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato Area di rischio n.2: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. I PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile del processo e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Vigilanza e controllo, anche su delega della procura su attività produttive, cantieri edili, malattie professionali, infortuni sul lavoro. Rilascio autorizzazioni pareri, nulla osta ecc.	Possibili eventi rischiosi: Abuso nel rilascio di autorizzazioni, pareri. Nullaosta al fine di agevolare soggetti richiedenti. Fattori abilitanti: Mancanza di imparzialità e di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione di procedure per i verbali ispettivi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) I verbali ispettivi relativi alle attività svolte debbono essere sottoscritti anche dall'utente	Sottoscrizione del 100% dei verbali ispettivi
				Definizione promozione dell'etica e di standard di comportamento - N° di incontri			2) Incontri periodici tra i dirigenti ed il personale	N 2 incontri periodici durante l'anno
				Controllo - N° di controlli sulle procedure			3) Controlli e verifica procedure autorizzazioni, nullaosta, pareri	Controlli sul 30% delle pratiche

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E SIS								
N.	Processo	Area di rischio n. 1: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni Area di rischio n. 2: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile del processo e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Attività tecnico amministrativa correlata al Sistema di Misurazione delle Performance	Possibile evento rischioso: Predisposizione di report di attività non sufficientemente verificati e non validati dagli uffici competenti Fattore abilitante: Scarsa responsabilizzazione	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Definizione di promozione dell'etica e di standard di comportamento - N° di incontri per aggiornamento e informazioni sulle metodiche applicate	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Incontri periodici con i Dirigenti competenti dei vari settori per finalità di aggiornamento e informazioni sulle metodiche applicate anche al fine di un raccordo con le banche dati istituzionali	N° 1 riunione in occasione del monitoraggio degli obiettivi
2	Esecuzione eventuale di contratti	Possibile evento rischioso: Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventive, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% dell'esecuzione di contratti

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. LABORATORIO DI SANITA' PUBBLICA								
N.	Processo	Area di rischio n.1: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni Area di rischio n. 2 : Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile del processo e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Effettuazione analisi su matrice acqua e determinazione sostanze d'abuso su matrici biologiche. Emissione relativi rapporti di prova	Possibile evento rischioso: Abuso nel rilascio dei rapporti di prova al fine di agevolare i soggetti richiedenti. Fattore abilitante: Mancanza di imparzialità	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione di procedure per stipula dei contratti e di presenziare alle analisi.	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	1) Stipula di contratto tra il cliente ed il Laboratorio	Stipula di contratto nel 100% dei casi
							2) Possibilità del cliente o suo delegato di presenziare alle analisi.	Presenziare alle analisi nel 100% dei casi
2	Esecuzione eventuale di contratti	Possibile evento rischioso: Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% dell'esecuzione di contratti

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Produzione reportistica periodica	<b>Possibile evento rischioso:</b> Mancata rendicontazione per sottrarsi ai controlli <b>Fattori abilitanti:</b> Uso improprio o distorto della discrezionalità.	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione di procedure per produrre flussi informativi verso soggetti aziendali	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Produzione flusso informativo verso Direzione Aziendale, Direttore Dipartimento Servizi Amministrativi e RPCT di: - n. gare gestite dall'UOC; - importo medio dei contratti; - n. procedure negoziate con o senza bando; - n. affidamenti diretti e relative modalità; - rispetto dei tempi di esecuzione e/o entità media degli scostamenti; - rispetto dei termini di liquidazione per pagamento alle imprese; - n. varianti in corso d'opera; - n. proroghe; - n. ricorsi giurisdizionali introdotti con indicazione di quelli accolti e precisazione delle motivazioni; - n. bandi annullati in autotutela o in sede giurisdizionale; - n. opere incompiute rispetto alle programmate.	1) Report semestrale contenente flusso informativo
2	Analisi e definizione dei fabbisogni e dell'oggetto dell'affidamento	<b>Possibili eventi rischiosi:</b> Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/ economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari. Intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione e /o ritardo nelle comunicazioni alla centrale di committenza per rendere necessarie acquisizioni in urgenza o frazionare artificialmente il bisogno e favorire operatori privati <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità, trasparenza e controllo.		Regolamentazione - Adozione delle procedure per predisposizione del Piano degli investimenti - Indicatori 1), 2)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Partecipazione alla predisposizione del Piano degli investimenti con Direzione Strategica	1) SI/NO
				Trasparenza - Presenza della documentazione oggetto di pubblicazione - Indicatore 3)			2) Aggiornamento Semestrale della programmazione	2) SI/NO
				Controllo - N° di controlli su andamento della programmazione - Indicatore 4)			3) Pubblicazione sul sito Aziendale - sezione "Amministrazione trasparente" della "PROGRAMMAZIONE" e "Piano degli investimenti" relativi all'anno in corso.	3) Presenza della documentazione in Amm. Trasparente
				4) Report a RPCT e al Collegio Sindacale sull'andamento della programmazione			4) n. 2 controlli con report semestrali	

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
3	Redazione ed aggiornamento del programma triennale dei lavori	<b>Possibile evento rischioso:</b> Fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di imparzialità.	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione proposta del programma annuale dei lavori	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Adozione della proposta del programma annuale dei lavori.	1) SI/NO
4	Individuazione del Responsabile del Procedimento e del supporto tecnico	<b>Possibili eventi rischiosi:</b> Nomina di Responsabile unico del procedimento (RUP) e dei Componenti il Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con operatori economici che pubblicizzano i loro prodotti o che espongono benefici nella vendita per l'amministrazione (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di controllo. Scarsa responsabilizzazione.	L'inadeguata gestione del conflitto di interessi nell'affidamento dei contratti è indicata nel Focus 9 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata una delle fasi del processo tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Formazione - N° di partecipanti a corsi - Indicatore 1)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Formazione dei professionisti coinvolti sulle modalità di gestione dei conflitti di interessi, di concerto con la U.O. Formazione, per la divulgazione di informazioni finalizzate a consentire ai tecnici e ai professionisti sanitari più esposti al rischio di conflitto di interessi di agire con la consapevolezza richiesta.	1) Il 100% dei professionisti coinvolti.
				Regolamentazione - Adozione di procedure per individuazione RUP, dei soggetti preposti alla redazione dei capitolati, dei componenti il supporto - Indicatori 2),3),4)			2) Individuazione RUP con criterio della rotazione e applicazione delle disposizioni aziendali.	2) SI/NO
				Disciplina del conflitto di interesse - Specifiche previsioni di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi dei soggetti coinvolti - Indicatore 5)			3) Procedure aziendali per l'individuazione dei soggetti preposti alla redazione dei capitolati tecnici con criterio della rotazione (supporto tecnico).	3) SI/NO
							4) Individuazione formale dei componenti il supporto tecnico	4) SI/NO
							5) Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara (Dirigenti, RUP, amministrativi e supporto tecnico) di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara, utilizzando il nuovo modello ad hoc predisposto.	5) Dichiarazioni assenza di interessi del 100% dei soggetti coinvolti.

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
4	Individuazione del Responsabile del Procedimento e del supporto tecnico	<p><b>Possibili eventi rischiosi:</b> Nomina di Responsabile unico del procedimento (RUP) e dei Componenti il Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con operatori economici che pubblicizzano i loro prodotti o che espongono benefici nella vendita per l'amministrazione (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di controllo. Scarsa responsabilizzazione.</p>	<p>L'inadeguata gestione del conflitto di interessi nell'affidamento dei contratti è indicata nel Focus 9 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata una delle fasi del processo tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Controllo - N° di controlli su moduli relativi al conflitto di interesse e su tempi di avviamento gare - Indicatori 6), 7)</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	6) Verifica dell'utilizzo e della corretta compilazione dei moduli relativi al conflitto di interesse	6) Verifica sul 100% delle pratiche.
							7) Monitoraggio tempi di avviamento gare	7) Verifica sul 100% delle pratiche.
5	Individuazione dello strumento / istituto di affidamento	<p><b>Possibili eventi rischiosi:</b> Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante improprio utilizzo di sistemi di affidamento o di tipologie contrattuali per favorire un operatore. Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità. Uso improprio o distorto della discrezionalità.</p>	<p>La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Regolamentazione - Adozione di procedure per la presenza o meno dell'oggetto dell'appalto e della motivazione in ordine alle scelte. - Indicatori 1), 2), 3), 4)</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Presenza o meno dell'oggetto dell'appalto negli atti di programmazione con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione.	1) Identificativo dell'atto di programmazione nel 100% delle pratiche.
							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.	2) Motivazioni nel 100% delle pratiche.
							3) Adempimento delle disposizioni di legge che impongono l'adesione a Convenzioni CONSIP o il ricorso agli strumenti di acquisto del mercato elettronico.	3) SI/NO
							4) Applicazione normativa regionale sull'obbligo di adesione agli esiti delle procedure della centrale unica di committenza.	4) SI/NO



All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
6	Scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare attenzione al ricorso alla procedura negoziata / Acquisti in economia / Affidamenti Diretti Acquisti sotto soglia di € 40.000,00, ex art.32 co 2 D.Lgs. n.50/2016	<p><b>Possibili eventi rischiosi:</b> 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.</p> <p>Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante abuso dell'affidamento diretto, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire una impresa.</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di controllo.</p>	<p>La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Regolamentazione</p> <p>-</p> <p>Adozione di regolamentazione per i lavori in economia e di disposizione per individuazione operatore</p> <p>-</p> <p>Indicatori 1), 2)</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	<p>1) Predisposizione Regolamento per i lavori in economia, per gli acquisti sotto soglia ai sensi del D.Lgs. 50/2016 e Linee Guida ANAC da trasmettere alla U.O.C. Provveditorato per l'adozione del Regolamento unico.</p>	<p>1) n. 1 Regolamento per i lavori in economia</p>
				<p>Controllo</p> <p>-</p> <p>N° di controlli sulle gare sotto € 40.000,00 e da € 40.000,00 fino a € 150.000,00</p> <p>-</p> <p>Indicatore 3)</p>			<p>2) Predisposizione disposizione della U.O.C., in conformità alla normativa vigente, per la individuazione del professionista / operatore economico nei casi di affidamento diretto.</p>	<p>2) n. 1 disposizione della U.O.C.,</p>
							<p>3) Redazione di un report (delibera indizione, aggiudicazione e eventuale procec. tecnica) delle gare sotto € 40.000,00 e da € 40.000,00 fino a € 150.000,00 da trasmettere al RPCT e Collegio Sindacale, con indicazione delle motivazioni sulla scelta di tale procedura, nonché di eventuali scostamenti tra l'importo del contratto e l'importo corrisposto all'appaltatore.</p>	<p>3) N. 2 controlli con report semestrali</p>

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. I PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
7	Predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato	<p><b>Possibili eventi rischiosi:</b> Favoreggiamento di operatori economici mediante indicazione, in atti di gara, di requisiti tecnici ed economici calibrati. Prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti. <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di controllo.</p>	<p>La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Regolamentazione - Adozione di una determinata procedura di risoluzione del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze - Indicatore 1</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Previsione in tutti i bandi, avvisi, lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità.	1) Clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze nel 100% dei casi.
				<p>Controllo - N° di controlli sui tempi predisposizione documenti di gara e sulla conformità ai bandi tipo - Indicatori 2), 3)</p>			2) Monitoraggio tempi predisposizione documenti di gara sul 100% delle gare espletate.	2) Monitoraggio trimestrale tempi predisposizione
				<p>Regolamentazione - Adozione di una determinata procedura sulle varianti progettuali - Indicatori 4)</p>			3) Audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall'ANAC e il rispetto della normativa anticorruzione.	3) Audit conformità sul 100% dei bandi e capitolati
				<p>4) Obbligo di specificare nel bando di gara in modo trasparente e congruo i requisiti minimi di ammissibilità della varianti progettuali in sede di approvazione della variante</p>			4) Requisiti minimi di ammissibilità della varianti progettuali nel 100% dei casi.	
8	Definizione dei criteri di partecipazione/ requisiti di qualificazione	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Definizione dei requisiti di accesso alla gara e in particolare dei requisiti tecnici economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa. <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo.</p>	<p>La valutazione dell'offerta sulla base di criteri impropri è indicata nel Focus 7 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata una delle fasi del processo tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Controllo - N° di controlli sui Bandi di gara</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Controllo dei bandi di gara, finalizzati a verificarne la previsione negli stessi di criteri connessi, ragionevoli e proporzionati all'oggetto del contratto, tenendo conto della natura e delle caratteristiche dei lavori, beni e servizi oggetto di acquisizione	1) Controllo sul 100% dei Bandi di gara

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
9	Pubblicazione del Bando e gestione delle informazioni complementari. Fissazione dei termini per la ricezione delle offerte.	<b>Possibili eventi rischiosi:</b> Assenza di pubblicità della documentazione afferente alle documentazioni complementari. Immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando. <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di trasparenza. Scarsa responsabilizzazione	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione di determinate procedure di comunicazioni, di conservazione documentazione e di proroghe. - Indicatori 1), 2), 3)	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Applicazione normativa (art. 22 "Regole applicabili alle comunicazioni" della direttiva comunitaria 2014/24/EU sugli appalti pubblici, che introduce l'obbligo di abbandono della modalità di comunicazione cartacea tra stazioni appaltanti e imprese in tutta la fase di gara).	1) 100% Comunicazioni elettroniche
				2) Adozione Direttive interne per la corretta conservazione della documentazione di gara.			2) Si/No	
				3) Evidenza delle motivazioni a supporto della concessione di proroghe nei termini di presentazione offerte.			3) 100% esposizione motivazioni	
				4) Accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese.			4) 100% della documentazione oggetto di pubblicazione	
10	Trattamento e custodia della documentazione di gara	<b>Possibili eventi rischiosi:</b> Alterazione o sottrazione della documentazione di gara durante le fasi procedurali di gara sia preventive che successive alla celebrazione, nonché nella fase successiva di controllo. <b>Fattori abilitanti:</b> Uso improprio o distorto della discrezionalità.		Regolamentazione - Adozione di determinate procedure di menzione nei verbali di gara e di custodia della documentazione	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Obbligo di adottare specifiche cautele a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta.	1) 100% delle buste
				2) Individuazione di appositi archivi (fisici e/o informatici) per la custodia della documentazione.			2) 100% custodia documentazione in appositi archivi	

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. I PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabili dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
11	Nomina Commissione di gara / Giudicatrice	<p><b>Possibili eventi rischiosi:</b> Mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina della commissione (ad esempio, la formalizzazione della nomina prima della scadenza del termine di presentazione delle offerte o la nomina di commissari esterni senza previa adeguata verifica dell'assenza di professionalità interne o l'omessa verifica dell'assenza di cause di conflitto di interessi o incompatibilità).</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Scarsa responsabilizzazione. Mancanza di trasparenza.</p>	<p>La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per i possibili ricorsi e per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Regolamentazione</p> <p>-</p> <p>Adozione di determinato regolamento sui criteri di nomina</p> <p>-</p> <p>Indicatore 1)</p>	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	<p>1) Predisposizione di un regolamento Aziendale sui criteri di nomina della Commissione di gara/Giudicatrice, con riguardo al Presidente in conformità alle disposizioni regionali (UREGA) e alle Linee Guida N. 5 ANAC, recanti, approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n.1190 del 16/11/16 aggiornate al d.lgs. 56 del 19/4/17, con deliberazione del Consiglio n.4 del 10/01/18.</p>	1) Si/No
				<p>Disciplina del conflitto di interessi</p> <p>-</p> <p>Dichiarazione assenza conflitti di interesse</p> <p>-</p> <p>Indicatore 2)</p>			<p>2) Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti l'assenza di cause di conflitto di interessi, ex art. 42 D.Lgs.n. 50/16 ed ex art. 35 bis D.Lgs. n.165/01, figure tecniche e professionali diversificate per competenza e provenienza aziendale.</p>	2) 100% dichiarazioni dei commissari
				<p>Trasparenza</p> <p>-</p> <p>Presenza di dati nominativi e curriculari oggetto di pubblicazione</p> <p>-</p> <p>Indicatore 3)</p>			<p>3) Pubblicazione tempestiva dei nominativi e dei curricula dei commissari di gara esterni ex art.29 D.Lgs. n. 50/2016: - applicazione modalità operative per la scelta dei Commissari interni che tengano conto dell'ambito territoriale assegnato e del criterio triennale di rotazione; - calendario delle sedute di gara.</p>	3) 100% dei nominativi e dei curricula dei commissari
12	Valutazione delle offerte	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Assenza di criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Uso improprio o distorto della discrezionalità. Mancanza di controllo.</p>		<p>Regolamentazione</p> <p>-</p> <p>Adozione formula di aggiudicazione e di apertura delle offerte</p> <p>-</p> <p>Indicatori 1), 2)</p>	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	<p>1) Predisposizione della documentazione di gara con formule di aggiudicazione conformi ai criteri elaborati dalla giurisprudenza e alle indicazioni fornite dall'A.N.A.C.</p>	1) Adozione del 100% delle formule di aggiudicazione
				<p>Controllo</p> <p>-</p> <p>N° controlli su tempi delle commissioni</p> <p>-</p> <p>Indicatore 3)</p>			<p>2) Apertura in seduta pubblica delle offerte tecniche</p>	2) Adozione seduta pubblica nel 100% delle aperture buste
							<p>3) Monitoraggio tempi commissione giudicatrice</p>	3) Controllo del 100% dei tempi delle commissioni

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
13	Verifica di anomalia delle offerte	<p><b>Possibili eventi rischiosi:</b> Valutazione non adeguata da parte del RUP o dell'apposita commissione di verifica non dotata delle necessarie competenze tecniche. Assenza di adeguata motivazione sulla non congruità dell'offerta, nonostante la sufficienza e pertinenza delle giustificazioni addotte dal concorrente o l'accettazione di giustificazioni di cui non si è verificata la fondatezza.</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Uso improprio o distorto della discrezionalità. Mancanza di controllo.</p>	<p>La valutazione errata della congruità dell'offerta è indicata nel Focus 6 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata una delle fasi del processo tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per i possibili ricorsi e per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Regolamentazione - Adozione di una determinata procedura di valutazione anomale e di verbalizzazione della valutazione delle offerte - Indicatori 1), 2), 3), 4)</p> <hr/> <p>-</p> <p>Controllo - N° di controlli sul rispetto della segnalazione - Indicatore 5)</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Supporto degli uffici al Responsabile del procedimento	1) SI/NO
							2) Valutazione dell'anomalia affidata al RUP/ Commissione Giudicatrice o ad hoc.	2) Adozione del 100% delle valutazioni affidate al RUP
							3) Verbalizzazione del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia.	3) Adozione del 100% delle verbalizzazioni delle valutazioni delle offerte
							4) Verifica della congruità dell'anomalia	4) Specificare sempre espressamente nel verbale le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica dell'anomalia, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione.
							5) Check list di controllo sul rispetto, per ciascuna gara, degli obblighi di tempestiva segnalazione all'ANAC in caso di accertata insussistenza dei requisiti di ordine generale e speciale in capo all'operatore economico	5) Controllo sul 100 % del rispetto degli obblighi di tempestiva segnalazione
14	Annullamento della gara/ Revoca del bando	<p><b>Possibili eventi rischiosi:</b> Adozione di un provvedimento di ritiro (revoca/annullamento) del bando senza congrua motivazione al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario.</p> <p><b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di imparzialità</p>	<p>La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per i possibili ricorsi e per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Regolamentazione - Adozione di determinate procedure di ritiro, di richiesta di parere per casi complessi di ritiro e di comunicazione di annullamento revoca bando.</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. Ufficio Tecnico	1) Adeguata motivazione in ordine alla legittimità, opportunità e convenienza del provvedimento di ritiro.	1) Adozione del 100% di provvedimenti di ritiro con adeguata motivazione
							2) Parere preventivo del Legale interno nei casi più complessi e/o di rilevante valore economico.	2) Adozione del 100% di parere preventivo nei casi più complessi di ritiro
							3) Comunicazione al RPCT e al Collegio Sindacale dell'Annullamento/Revoca del bando.	3) Comunicazione del 100 % dell'annullamento/revoca al RPCT

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. I PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
		Possibili eventi rischiosi						
15	Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto. Formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva e la stipula del contratto.	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo di requisiti. Immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva e/o nella stipula del contratto che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto.</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità, di controllo e di trasparenza</p>	<p>La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per i possibili ricorsi e per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Controllo</p> <p>-</p> <p>N° di controlli sulla tempistica tra aggiudicazione e stipula contratto sui reports da inviare sul rispetto della tempistica</p> <p>-</p> <p>Indicatori 1), 2), 3), 4)</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. Ufficio Tecnico	1) Controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice.	1) SI/NO
				2) Monitoraggio del tempo intercorrente tra l'aggiudicazione della gara e la data di stipula del contratto.			2) Controllo del 100% della tempistica intercorrente tra l'aggiudicazione della gara e la data di stipula del contratto.	
				3) Check list di controllo sugli adempimenti previsti dal D.Lgs. n.50/2016.			3) SI/NO	
				4) Report bimestrale al RPCT e al Collegio Sindacale sul rispetto dei tempi di stipula del contratto che tenga conto dei tempi di trasmissione della documentazione necessaria all'Ufficiale Rogante.			4) N. 6 report di controllo da inviare sul rispetto dei tempi di stipula del contratto	
				5) Pubblicazione nella sezione "Amm. trasp.", in aggiunta a quelli previsti dall'art.29 del D.Lgs. n.50/16: - resoconto economico e gestionale dell'appalto, incluso l'ammontare delle fatture liquidate all'appaltatore.			5) 100% dei resoconti economici da pubblicare in Amm. Trasp.	
16	Individuazione DL/DEC	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Nomina DL/DEC in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza</p> <p><b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di imparzialità</p>		<p>Regolamentazione</p> <p>-</p> <p>Adozione di procedure di nomina</p> <p>-</p> <p>Indicatore 1)</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. Ufficio Tecnico	1) Provvedimento di nomina del DL/DEC a firma del Direttore Generale con le motivazioni sulla qualificazione professionale.	1) Adozione del 100% dei provvedimenti di nomina del DL/DEC a firma del Direttore Generale con le motivazioni.
				<p>Disciplina del conflitto di interesse</p> <p>-</p> <p>Specifiche previsioni di attestazione assenza di interessi</p> <p>-</p> <p>Indicatore 2)</p>			2) Sottoscrizione da parte del DL/DEC di dichiarazione in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione all'oggetto del contratto su modello predisposto.	2) 100% di sottoscrizione da parte del DL/DEC di dichiarazione in cui si attesta l'assenza di interessi personali.

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
17	Autorizzazione al subappalto	<p><b>Possibili eventi rischiosi:</b> Mancato controllo della stazione appaltante sull'esecuzione del subappalto nei limiti di legge e di quanto in origine in gara. 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, nonché nella mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore. Accordi collusivi tra le imprese partecipanti che utilizzano il subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti all'accordo.</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Uso improprio o distorto della discrezionalità. Mancanza di controllo.</p>	<p>La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Regolamentazione - Adozione di procedure di inserimento nelle gare del Patto d'integrità, di divieto di sub contratto, di nomina del Coordinatore per la sicurezza, di comunicazioni - Indicatori 1), 2), 4), 5), 6)</p> <hr/> <p>Controllo - N° di controlli su conformità tra dichiarazioni ed esecuzioni - Indicatore 3)</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Adempimento delle prescrizioni di legge in materia di subappalto.	1) SI/NO
							2) Patto d'integrità in tutte le procedure di gara.	2) Adozione del Patto d'integrità nel 100% delle procedure di gara.
							3) Controllo specifico di conformità fra quanto dichiarato in gara e quanto svolto in fase esecutiva contrattuale.	3) Controllo del 100% tra quanto dichiarato e quanto svolto.
							4) Divieto di sub contratto nei confronti di coloro che hanno partecipato alla gara in qualità di concorrenti.	4) Divieto di sub contratto nei confronti del 100% dei concorrenti.
							5) Obbligo della nomina del Coordinatore per la sicurezza in fase esecuzione lavori.	5) 100% di nomine del Coordinatore in fase esecuzione lavori.
							6) Trasmissione al RPCT di situazioni di inosservanza degli adempimenti in materia di subappalto.	6) 100% di trasmissione al RPCT di inosservanze
18	Ammissione delle varianti	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di trasparenza</p>	<p>Regolamentazione - Adozione procedure per varianti - Indicatori 1), 2), 3)</p> <hr/> <p>Trasparenza - Provvedimenti oggetto di pubblicazione - Indicatore 4)</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Rispetto delle prescrizioni del codice Appalti relative alla redazioni di varianti D.Lgs. 50/2016.	1) SI/NO	
						2) Varianti autorizzate con provvedimento motivato coerente con la normativa.	2) Adozione del 100% delle varianti autorizzate con provvedimento motivato coerente con la normativa.	
						3) Comunicazione al RPCT delle varianti trasmesse all'ANAC.	3) Comunicazione al RPCT del 100% delle varianti trasmesse all'ANAC.	
						4) Pubblicazione, contestualmente alla loro adozione e per tutta la durata del contratto, dei provvedimenti di adozione delle varianti.	4) Pubblicazione del 100% dei provvedimenti di adozione delle varianti.	

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
19	Verifiche in corso di esecuzione del contratto	<b>Possibili eventi rischiosi:</b> 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. <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di imparzialità	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione di determinate procedure per applicazione penali, per approvazione dei materiali in cantiere e per il monitoraggio in cantiere	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Applicazione di eventuali penali a seguito di non conformità riscontrate nell'esecuzione del contratto.	1) Applicazione di eventuali penali a seguito di non conformità riscontrate nell'esecuzione del 100 % del contratto.
							2) Approvazione da parte della direzione lavori dei materiali in cantiere con apposito verbale.	2) Approvazione da parte della direzione lavori del 100% dei materiali in cantiere con apposito verbale.
							3) Istruzioni operative sul relativo monitoraggio del cantiere.	3) istruzioni nel 100% dei monitoraggi di cantiere
20	Verifica delle disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni contenute nel Piano di Sicurezza e Coordinamento (PSC) o Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI).	<b>Possibile evento rischioso:</b> Mancato rispetto delle disposizioni previste nel DUVRI/ PSC <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo.	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli su corretta attuazione del PSC	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Periodici controlli verbalizzati sulla corretta attuazione del PSC/POS a cura del coordinatore della sicurezza in esecuzione.	1) Controlli verbalizzati sulla corretta attuazione del 100% dei PSC.
				Regolamentazione - Adozione di determinate procedure per DUVRI			2) Applicazione delle misure previste dal DUVRI in riferimento alla procedura aziendale sui rischi di interferenza.	2) Applicazione del 100% delle misure previste dal DUVRI in riferimento alla procedura aziendale sui rischi
21	Apposizione di riserve	<b>Possibile evento rischioso:</b> Apposizione di riserve generiche a cui consegue una incontrollata lievitazione dei costi. <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo.		Controllo - N° di controlli sulle riserve	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	Monitoraggio periodico del RUP sulle riserve.	1) Monitoraggio semestrale del RUP sulle riserve. Relazione del Rup



All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. I PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle Relazioni semestrali)
22	Gestione delle controversie / Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Possibile evento rischioso: Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore Fattori abilitanti: Mancanza di imparzialità e di trasparenza	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione di procedure per l'accordo bonario, per ricorrere al foro competente e per acquisizione parere - Indicatore 1), 2), 4)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Rispetto delle prescrizioni di legge riguardo l'applicazione dell'Accordo Bonario.	1) SI/NO
				Trasparenza - Presenza degli accordi bonari e delle transazioni oggetto di pubblicazione - Indicatore 3)			2) Indicazione nei documenti di gara del foro competente con esclusione del ricorso ad arbitrati.	2) Indicazione nel 100% dei documenti di gara di ricorrere al foro competente e non ad arbitrati
							3) Pubblicazione degli accordi bonari e delle transazioni anche sul sito web aziendale nella Sezione "Amministrazione trasparente".	3) Pubblicazione del 100% degli accordi bonari e delle transazioni anche sul sito web aziendale nella Sezione "Amministrazione trasparente".
							4) Eventuale acquisizione parere Direttore UOC Servizio Legale.	4) SI/NO
23	Liquidazioni in corso di esecuzione	Possibile evento rischioso: Liquidazioni indebiti Fattore abilitante: Mancanza di controllo.		Controllo - N° di controlli sulle liquidazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Verifiche sull'esecuzione della liquidazione dei servizi e/o forniture	Controllo sul 100% delle pratiche

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
24	Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità, trasparenza e controllo.</p>	<p>La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Regolamentazione</p> <p>-</p> <p>Adozione di determinate procedure di collaudo</p> <p>-</p> <p>Indicatore 1)</p>	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. Ufficio Tecnico	1) Rispetto art. 102 del D.Lgs. n. 50/2016 e art. 216 del DPR 207/2010.	1) SI/NO
				<p>Trasparenza</p> <p>-</p> <p>Presenza di elenchi di collaudatori e di loro atti di incarico oggetto di pubblicazione</p> <p>-</p> <p>Indicatori 2), 3)</p>			2) Predisposizione e pubblicazione di elenchi aperti di soggetti in possesso dei requisiti per la nomina dei collaudatori.	2) Pubblicazione di elenchi aperti del 100% dei soggetti in possesso dei requisiti per la nomina dei collaudatori.
				<p>Controllo</p> <p>-</p> <p>N° di controlli sui provvedimenti di nomina</p> <p>-</p> <p>Indicatore 4)</p>			3) Pubblicazione degli atti di incarico, con relativa motivazione, del collaudatore nel sito dell'Azienda, sezione "Amministrazione trasparente".	3) Pubblicazione del 100% degli atti di incarico, con relativa motivazione, del collaudatore
				4) Monitoraggio sui provvedimenti di nomina per verifica competenze e rotazione			4) Controllo sul 100% delle pratiche	

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. I PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
25	Procedimento di verifica della corretta esecuzione. Procedimento per il rilascio del certificato di collaudo, del certificato di verifica di conformità ovvero dell'attestato di regolare esecuzione (per gli affidamenti di servizi e forniture). Attività connesse alla rendicontazione dei lavori in economia da parte del responsabile del procedimento.	<p><b>Possibili eventi rischiosi:</b> Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante. Effettuazione di pagamenti ingiustificati o sottratti alla tracciabilità dei flussi finanziari. Rilascio del certificato di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici o la mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera.</p> <p><b>Fattore abilitante:</b> Mancanza imparzialità</p>	<p>La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Regolamentazione - Adozione di determinate procedure di nomina, di trasmissione al DL/DEC degli atti di gara e di previsione di norme sulla tempistica e modalità della rendicontazione.</p>	<p>Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno</p>	<p>Direttore U.O.C.</p>	1) Nomina di DL/DEC in tutti i contratti.	1) Nomina del DL/DEC nel 100% dei contratti.
							2) Obbligo di trasmissione al DL/DEC degli atti di gara, ivi compresa l'offerta tecnica, l'offerta economica, eventuale analisi dei prezzi resi in gara e oggetto di valutazione e del contratto.	2) Obbligo di trasmissione al DL/DEC del 100% degli atti di gara.
							3) Previsione nel capitolato di norme che disciplinano la tempistica e le modalità di rendicontazione, non solo contabile, dell'esecuzione del contratto.	3) Previsione nel 100% dei capitolati di norme che disciplinano la tempistica e le modalità di rendicontazione.
26	Affidamenti diretti "per estrema urgenza"	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Mancanza dei presupposti per gli affidamenti diretti "per estrema urgenza"</p> <p><b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo.</p>	<p>Le tipologie dei processi nn. 26, 27, 28 sono indicate rispettivamente nei Focus 2, 3,4 degli Orientamenti per la Pianificazione "22 dell'Anac e sono considerate tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Controllo - N° di controlli su affidamenti diretti "per estrema urgenza"</p>	<p>Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno</p>	<p>Direttore U.O.C.</p>	1) Controlli su tutti affidamenti diretti proposti "per estrema urgenza" atti a verificarne la presenza dei presupposti per tali affidamenti	Controlli sul 100% degli Affidamenti diretti "per estrema urgenza"
27	Esecuzione di contratti	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione</p> <p><b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo.</p>		<p>Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione</p>	<p>Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno</p> <p>Direttore UOC</p>	<p>Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.</p>	Controlli sul 100% dell'esecuzione di contratti	
28	Richiesta di requisiti di partecipazione o di esecuzione	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Limitazione della concorrenza mediante richiesta di requisiti di partecipazione o di esecuzione non giustificati</p> <p><b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo.</p>		<p>Controllo - N° di controlli sui requisiti di partecipazione e di esecuzione</p>	<p>Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno</p> <p>Direttore UOC</p>	<p>Controlli sui requisiti di partecipazione e di esecuzione attinenti e proporzionati all'oggetto degli appalti e alle effettive necessità della stazione appaltante, tenendo presente l'interesse pubblico ad avere il più ampio numero di potenziali partecipanti ed una prestazione congrua rispetto alle effettive esigenze</p>	Controlli sul 100% delle richieste di requisiti di partecipazione o di esecuzione	

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. UFFICIO TECNICO								
N°	Processo	Area di rischio: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. I PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
29	Ricorso a proroghe e rinnovi	<b>Possibile evento rischioso:</b> Ricorso al rinnovo o alla proroga dei contratti in assenza dei presupposti <b>Fattori abilitanti:</b> Scarsa responsabilizzazione	La tipologia di processo è indicata nel Focus 5 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione procedure informative da parte del responsabile del procedimento	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Obbligo specifico di informazione in relazione alle prossime scadenze contrattuali da parte del responsabile del procedimento ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara, entro termini temporali atti ad evitare il ricorso a rinnovi o alla proroga dovuta a carenza di programmazione, nonché ritardi o errori nella predisposizione e pubblicazione degli atti di gara	Controlli sul 100% dei ricorsi a proroghe e rinnovi

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. COORDINAMENTO STAFF AZIENDALE								
N.	Processo	Area di rischio dal n. 1 al n. 3: Acquisizione e gestione del personale Area di rischio n. 4: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. I PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Attività amministrativa correlata al sistema di valutazione individuale di dirigenti, alla segreteria, ai colleghi tecnici	<b>Possibile evento rischioso:</b> Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari. <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di controllo.	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli dei regolamenti aziendali	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Revisione dei regolamenti aziendali in materia adottati	Revisione annuale
2	Incarichi esterni di docenza rivolta ai dipendenti dell'Azienda su proposta del responsabile scientifico del corso	<b>Possibile evento rischioso:</b> Motivazione generica e tautologica nel dispositivo di individuazione di un candidato <b>Fattori abilitanti:</b> Scarsa responsabilizzazione		Regolamentazione - Adozione di procedure per attribuzione docenze	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	N° di docenze attribuite tramite comparazione di curriculum sul totale delle docenze	100% di docenze attribuite tramite comparazione
3	Comunicazione istituzionale	<b>Possibile evento rischioso:</b> Discrezionalità nell'individuazione e scelta dei mass media <b>Fattori abilitanti:</b> Uso improprio o distorto della discrezionalità.		Regolamentazione - Adozione di procedure per l'aggiornamento della banca dati	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Aggiornamento della banca dati dei mass media e della reportistica	N° 2 aggiornamenti nell'anno
4	Esecuzione eventuale di contratti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di controllo.		La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. AFFARI GENERALI								
N.	Processo	Area di rischio dal n. 1 al n. 3: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato Area di rischio n.4: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Predisposizione delle convenzioni con soggetti esterni	Possibile evento rischioso: Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti Fattori abilitanti: Mancanza di imparzialità e di controllo.		Controllo - N° di controlli su convenzioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sugli atti delle convenzioni	Controllo sul 100% delle pratiche
				Formazione - N° di partecipanti ad evento			Formazione generale in materia di prevenzione della corruzione.	100% dei dipendenti partecipanti a evento formativo
2	Procedimenti di liquidazione fatture	Possibile evento rischioso: Riconoscimento indebito di importi non dovuti Fattori abilitanti: Mancanza di imparzialità e di controllo.		Controllo - N° di controlli su liquidazioni	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sulle liquidazioni fatture	Controllo sul 100% delle pratiche
3	Gestione sistema Protocollo Generale. Registrazione/smistamento	Possibili eventi rischiosi: Irregolarità nelle operazioni di protocollazione, al fine di favorire imprese /soggetti. Accettazione di documenti pervenuti oltre la scadenza prevista, con retrodatazione/visto di arrivo (es. gare) Fattori abilitanti: Mancanza di imparzialità e di controllo.	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno economico ed in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione di procedure per la protocollazione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Compresenza di più operatori.	Compresenza di 2 operatori.
				Formazione - N° di partecipanti ad evento			Formazione generale in materia di prevenzione della corruzione.	100% dei dipendenti partecipanti a evento formativo
				Controllo - N° controlli su protocollazioni			Controllo sulle pratiche	Controllo sul 20% delle pratiche
				Regolamentazione - Adozione di procedure per la protocollazione			Protocollo informatico che consenta tracciabilità	SI/NO
				Regolamentazione - Adozione di procedure per la protocollazione			Registro gare	SI/NO

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. AFFARI GENERALI								
N.	Processo	Area di rischio dal n. 1 al n. 3: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato Area di rischio n. 4: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
4	Esecuzione eventuale di contratti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di controllo.	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1: Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventive, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara	Controlli sul 100% dell'esecuzione eventuale di contratti

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. AMMINISTRATIVA AREA NORD								
N°	Processo	Aree di rischio processi da n. 1 a n. 3 e n. 6: - Rapporti con soggetti erogatori Area di rischio processo n. 4: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio Area di rischio processo n. 5: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Monitoraggio servizi non sanitari appaltati	<b>Possibile evento rischioso:</b> Mancata qualità, quantità e frequenza dei servizi corrisposti <b>Fattori abilitanti:</b> Scarsa responsabilizzazione Mancanza di controllo.	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione procedure per capitolati e di misure interne - Indicatori 1), 2)	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. Amministrativa Area Nord	1) Ottemperanza dei capitolati di appalto	1) SI/NO
				Controllo - N° di controlli su procedure - Indicatore 3)			2) Applicazione procedure interne per controlli	2) SI/NO
				Controllo - N° di controlli su ordine cronologico e tempi liquidazione			3) Monitoraggio sull'attuazione delle procedure	3) Verifica semestrale
2	Liquidazioni fatture servizi ospedalieri	<b>Possibile evento rischioso:</b> Mancato rispetto ordine presentazione fatture per favorire/danneggiare gli operatori <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di controllo.		Controllo - N° di controlli su ordine cronologico e tempi liquidazione	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. Amministrativa Area Nord	1) Verifica sull'ordine cronologico e tempi di liquidazione delle fatture e delle attestazioni di esecuzioni delle prestazioni, propedeutiche alla liquidazione.	1) Verifica semestrale
3	Procedimenti di liquidazione fatture di attività distrettuali	<b>Possibile evento rischioso:</b> Riconoscimento indebito di importi non dovuti <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo.		Controllo - N° di controlli su procedure	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC Amministrativa Area Nord	Verifiche sull'esecuzione della liquidazione dei servizi e/o forniture	Controllo sul 100% delle pratiche
4	Prestazioni di pronto soccorso	<b>Possibile evento rischioso:</b> Elusione o riduzione del pagamento delle prestazioni sanitarie <b>Fattore abilitante:</b> Scarsa responsabilizzazione		Regolamentazione - Adozione procedure su criteri con cui vengono attribuiti i codici bianchi e le modalità di pagamento	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C. Amministrativa Area Nord	1) Predisposizione ed affissione nei locali di attesa del P.S. di un poster che illustri i criteri con cui vengono attribuiti i codici bianchi e le modalità di pagamento della quota ticket 2) Semplificare il pagamento del ticket nei giorni e negli orari di chiusura dell'ufficio cassa.	1) Predisposizione ed affissione nei locali di attesa del P.S. di un poster
5	Esecuzione di contratti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione <b>Fattorie abilitante:</b> Mancanza di controllo.	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% dell'esecuzione eventuale di contratti



All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. AMMINISTRATIVA AREA NORD								
N°	Processo	Aree di rischio processo n. 6: - Rapporti con soggetti erogatori	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
<b>Gestione OASI Maria S.S. Troina:</b>								
6	Liquidazione fatture	<b>Possibile evento rischioso:</b> Riconoscimento indebito di importi non dovuti <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo.	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulle procedure	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC Amministrativa Area Nord	Verifiche sull'esecuzione della liquidazione dei servizi e/o forniture	Controllo sul 100% delle pratiche

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. AMMINISTRATIVA AREA SUD								
N°	Processo	Arece di rischio processi da n. 1 a n. 3: - Rapporti con soggetti erogatori Area di rischio processo n. 4: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. I PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Monitoraggio servizi non sanitari appaltati	<p><b>Possibili eventi rischiosi:</b> Mancata qualità, quantità e frequenza dei servizi corrisposti. Scorretto utilizzo delle condizioni previste per l'utilizzo del servizio mensa dipendenti. Eccessivi pasti prenotati rispetto al numero dei degenti.</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Scarsa responsabilizzazione. Mancanza di controllo</p>	<p>La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Regolamentazione - Adozione procedure in applicazione dei capitolati e di misure interne - Indicatori 1), 2)</p>	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Ottemperanza dei capitolati di appalto	1) SI/NO
				2) Applicazione procedure interne per controlli			2) SI/NO	
				3) Monitoraggio sull'attuazione delle procedure			3) Verifica semestrale	
				4) Controlli sulla ricorrenza delle condizioni previste per l'utilizzo del servizio al costo di € 1,03 o di € 7,01 (art. 8 lettere a) e c) del Reg. Serv. Ristor., mensa e buoni pasto dell'ASP di EN)			Controllo su un campione del 50% del personale dirigente e del comparto che fruisce della mensa	
				5) Controllo giornaliero dei DDT, al fine di verificare la corrispondenza del numero dei pasti erogati in rapporto al numero dei degenti presenti, tramite il sistema informativo ospedaliero in uso ed eventuale documentazione cartacea			Controllo del 100% dei DDT	
2	Liquidazioni fatture servizi ospedalieri	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Mancato rispetto ordine presentazione fatture per favorire/danneggiare gli operatori</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di controllo.</p>		<p>Controllo - N° di controlli sull'ordine cronologico e tempi di liquidazione</p>	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Verifica sull'ordine cronologico e tempi di liquidazione delle fatture e delle attestazioni di esecuzioni delle prestazioni, propedeutiche alla liquidazione.	1) Verifica semestrale
3	Procedimenti di liquidazione fatture di attività distrettuali	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Riconoscimento indebito di importi non dovuti</p> <p><b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo.</p>		<p>Controllo - N° di controlli su procedure</p>	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Verifiche sull'esecuzione della liquidazione dei servizi e/o forniture	Controllo sul 100% delle pratiche
4	Prestazioni di pronto soccorso in codice bianco	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Elusione del pagamento delle prestazioni sanitarie</p> <p><b>Fattore abilitante:</b> Scarsa responsabilizzazione</p>		<p>Regolamentazione - Adozione linee guida circa procedura per il pagamento dei codici bianchi</p>	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Attuazione procedure atte a semplificare il pagamento del ticket nei giorni e negli orari di chiusura dell'ufficio cassa.	1) Avvio delle procedure atte a semplificare il pagamento del ticket nei giorni e negli orari di chiusura dell'ufficio cassa con la consegna dell'apposita modulistica all' U.O.C. Astanteria Umberto I - U.O.S. Pronto Soccorso Chiello

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. AMMINISTRATIVA AREA SUD								
N°	Processo	Area di rischio processo n. 5: Contratti pubblici Area di rischio processo dal n. 6 al n. 7: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
5	Esecuzione di contratti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% dell'esecuzione di contratti
6	Allineamento variazioni anagrafiche dell'Anagrafe Assistiti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Mancato allineamento e conseguente danno erariale <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	Non essendo stati registrati, sinora, casi del possibile evento rischioso indicato, è da ritenere che la probabilità sia bassa, ma la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno erariale, pertanto il giudizio sintetico è: "Medio"	Controllo - N° di controlli su allineamento	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controllo incrociato con anagrafe comunale, Agenzia delle entrate al fine di verificare l'allineamento	N. 1 controllo mensile
7	Rilascio esenzione per reddito	<b>Possibile evento rischioso:</b> Riconoscimento indebito dell'esenzione dal pagamento di ticket sanitari per agevolare determinati soggetti <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di imparzialità	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sul rilascio esenzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controlli sulle autocertificazioni	Controllo sul 20 % delle pratiche

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. CURE PRIMARIE								
N.	Processo	Area di rischio processo n. 1: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato Area di rischio processo n. 2: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Attribuzione incarichi in convenzione MMG, Continuità Assistenziale, Emergenza Territoriale e PLS.	<b>Possibile evento rischioso:</b> Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e imparzialità della selezione <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di controllo	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulle attribuzioni incarichi	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore UOC	Controllo incrociato di due funzionari sulla stessa procedura	Controllo nel 50% delle procedure di attribuzioni incarichi
2	Esecuzione eventuale di contratti	<b>Possibile evento rischioso:</b> Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% dell'esecuzione eventuale di contratti

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. RISORSE UMANE										
N°	Processo	Sub Processo		Area di rischio: Incarichi e nomine	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Reclutamento	1	Incarichi di Direzione di Struttura Semplice	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Assenza dei presupposti programmatici e/o di una motivata verifica delle effettive carenze organizzative con il conseguente rischio di frammentazione di UU.OO. e aumento artificioso del numero delle posizioni da ricoprire</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Uso improprio o distorto della discrezionalità. Mancanza di controllo e di trasparenza</p>	<p>La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per la possibilità di ricorsi ed il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Controllo</p> <p>-</p> <p>N° di controlli sulla conformità</p> <p>-</p> <p>Indicatori 1), 8)</p>	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Verifica, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'Atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale	1) Controlli sul 100% delle pratiche.
		<p>Regolamentazione</p> <p>-</p> <p>Adozione procedure per esplicitare criteri e durata incarico</p> <p>-</p> <p>Indicatori 3), 4), 5), 6)</p>	<p>2) Pubblicazione delle UU.OO.SS. per le quali va conferito l'incarico.</p> <p>2) Pubblicazione nel 100% dei casi.</p>							
		2	Attribuzione Incarichi ex Art. 27 lett. C) del CCNL	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Irregolare attribuzione dell'incarico</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Scarsa responsabilizzazione. Mancanza di controllo</p>		<p>Trasparenza</p> <p>-</p> <p>Presenza della documentazione oggetto di pubblicazione</p> <p>-</p> <p>Indicatori 2), 7)</p>	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	3) Qualificare, nell'ambito degli atti di organizzazione, le funzioni delle UU.OO.SS. in modo che i requisiti degli aspiranti trovino nei citati atti la loro motivazione.	3) Qualificare il 100% delle funzioni delle UU.OO.SS.
			<p>Regolamentazione</p> <p>-</p> <p>Adozione procedure per individuazione profilo e conferimento incarichi</p> <p>-</p> <p>Indicatori 1), 2)</p>	<p>4) Avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano stati esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti.</p> <p>4) 100% di procedure selettive con esplicitazione requisiti soggettivi</p>						
						<p>Controllo</p> <p>-</p> <p>N° di controlli su autocertificazioni / dichiarazioni</p> <p>-</p> <p>Indicatore 3)</p>			5) Predeterminazione dei criteri di selezione.	5) SI/NO
									6) Scelta della durata dell'incarico in modo "standard" e/o collegata esplicitamente ai provvedimenti di programmazione.	6) SI/NO
									7) Pubblicazione degli atti di procedimento	7) Pubblicazione del 100% atti.
									8) Verifica a campione autocertificazioni/ dichiarazioni dei Dirigenti per incompatibilità/inconferibilità/conflicto di interesse.	8) Verifica del 50% autocertificazioni/ dichiarazioni.
									1) Individuazione profilo professionale nel rispetto delle previsioni d'organico e adeguatezza rispetto all'incarico da ricoprire.	1) Individuazione profili nel 100% delle attribuzioni.
									2) Conferimento incarico ai dirigenti.	2) Attribuzioni al 100% dei dirigenti.
									3) Verifica a campione delle autocertificazioni / dichiarazioni rese dai Dirigenti incaricati per incompatibilità / inconferibilità / conflitto di interesse.	3) Verifica del 50% delle autocertificazioni / dichiarazioni.

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. RISORSE UMANE										
N°	Processo	Sub Processo		Area di rischio: Incarichi e nomine	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Reclutamento	3	Procedure e bandi	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di trasparenza</p>	<p>La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per la possibilità di ricorsi ed il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Regolamentazione</p> <p>-</p> <p>Adozione procedure in applicazione di norme e per individuazione del profilo</p> <p>-</p> <p>Indicatori 1), 3)</p>	<p>Fase 1.</p> <p>Da attuarsi nel corso dell'anno</p>	<p>Direttore U.O.C.</p>	<p>1) Applicazione norme di legge fondamentali DPR. n.483/97, n.484/97, n.220/01, n.487/94, D.Lgs. n.502/92</p>	<p>1) SI/NO</p>
						<p>Trasparenza</p> <p>-</p> <p>Presenza documentazione oggetto di pubblicazione</p> <p>-</p> <p>Indicatore 2)</p>			<p>2) Pubblicazione bandi su GURS, GURI, Albo e sito aziendale, ed esiti delle graduatorie su sito aziendale.</p>	<p>2) Pubblicazione nel 100% delle procedure e bandi</p>
						<p>3) Individuazione del profilo professionale in modo adeguato alla struttura a cui l'incarico affinisce e connotato da elementi di specificità e concretezza, al fine di fornire alla Commissione giudicatrice uno strumento idoneo per la valutazione.</p>			<p>3) Individuazione nel 100% delle procedure e bandi</p>	

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. RISORSE UMANE									
N°	Processo	Sub Processo	Area di rischio: Incarichi e nomine	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Reclutamento	4	Incarichi conferiti ai sensi dell'art.15 septies del D.Lgs. n.502/92	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità, di trasparenza e di controllo</p>	<p>La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per la possibilità di ricorsi ed il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Trasparenza</p> <p>-</p> <p>Presenza della documentazione oggetto di pubblicazione</p> <p>-</p> <p>Indicatore 1)</p>	Direttore U.O.C.	<p>1) Piena applicazione della normativa sulla trasparenza in relazione alle procedure selettive che dia conto dei criteri e delle scelte operate:</p> <p>a) pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodici delle posizioni/ funzioni non ricoperte;</p> <p>b) esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla suddetta procedura derogatoria, compresa la motivazione del mancato espletamento dei concorsi per il reclutamento ordinario e la motivazione alla base della durata dell'incarico;</p> <p>c) esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali e ai criteri di selezione. Attribuzione esclusiva al soggetto dell'unica funzione per la quale è stata attivata la specifica procedura. La durata dell'incarico di cui alla lettera b) deve cessare in ogni caso al completamento delle procedure concorsuali.</p>	<p>1) Con riferimento a 1) a)-b)-c), pubblicazione del 100% dei criteri e delle scelte operate</p>
					<p>Controllo</p> <p>-</p> <p>N° di controlli su autocertificazioni / dichiarazioni</p> <p>-</p> <p>Indicatore 2)</p>				<p>2) Verifica del 50% delle autocertificazioni/ dichiarazioni.</p>
								<p>2) Verifica a campione delle autocertificazioni / dichiarazioni rese dai Dirigenti incaricati per incompatibilità / incompatibilità / conflitto di interesse</p>	

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. RISORSE UMANE									
N°	Processo	Sub Processo	Area di rischio : Incarichi e nomine	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Reclutamento	5	Costituzione Commissione giudicatrice	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di controllo</p>	<p>La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per la possibilità di ricorsi ed il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno</p>	Direttore U.O.C.	1) Rotazione componenti commissione di sorteggio.	1) Rotazione nel 100% delle costituzioni.
								2) Nomina commissione esaminatrice secondo normativa vigente - D.A. n. 2274 del 24.12.2014 - Decreto Balduzzi D.P.R. n.483/97, n.484/97, n.220/01, n.487/94.	2) SI/NO
								3) Rotazione dei componenti/segretari delle commissioni di concorso.	3) Rotazione nel 100% delle costituzioni.
								4) Utilizzo modello per acquisizione dichiarazioni di incompatibilità / conflitto di interessi prevista dagli artt. 51 e 52 del c.p.c., dall'art. 35 comma 3 lettera e) e 35 bis comma 1 del D.Lgs. n. 165/01.	4) Utilizzo modello nel 100% delle costituzioni
								5) Monitoraggio dei sistemi di selezione dei membri della commissione e rispetto della normativa vigente in materia	5) Controllo del 100% dei sistemi di selezione.
								6) Verifica delle autocertificazioni / dichiarazioni rese dal Presidente, Componenti e Segretario della Commissione Esaminatrice per incompatibilità / conflitto di interesse	6) Verifica del 100% delle autocertificazioni / dichiarazioni.
								7) Pubblicazione dei criteri e degli atti ostensibili della procedura sulla sezione "Amministrazione trasparente" (ex D.Lgs. n. 97/2016)	7) Pubblicazione 100% dei criteri e degli atti.



All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. RISORSE UMANE											
N°	Processo	Sub Processo		Area di rischio: Incarichi e nomi- ne	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatori di monitoraggio	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)	
1	Recluta- mento	6	Lavori Com- missione	<p><b>Possibile evento rischioso:</b> Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione.</p> <p><b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità, di controllo e di trasparenza</p>	<p>La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verificano porta a considerare alto l'impatto, per la possibilità di ricorsi ed il danno in termini di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"</p>	<p>Regolamentazione</p> <p>-</p> <p>Adozione procedure in applicazione di norme, per la definizione dei criteri di massima e per la tracciabilità del processo Indicatori 1), 2), 3)</p>	<p>Fase 1.</p> <p>Da attuarsi nel corso dell'anno</p>	<p>Direttore U.O.C.</p>	<p>1) Applicazione norme di legge fondamentali DPR n.483/97, n.484/97, n.220/01, n.484/94, D.A. n. 2274 del 24/12/2014.</p>	<p>1) SI/NO</p>	
						<p>Controllo</p> <p>-</p> <p>N° di controlli sui verbali</p> <p>-</p> <p>Indicatore 4)</p>			<p>2) Criteri di massima predefiniti dalla Commissione esaminatrice e verifica della loro rispondenza alla previsione di legge in materia.</p>		<p>2) Redazione criteri di massima nel 100% dei lavori.</p>
						<p>Trasparenza</p> <p>-</p> <p>Presenza della documentazione oggetto di pubblicazione</p> <p>-</p> <p>Indicatore 5)</p>			<p>3) Tracciabilità del processo (verbale commissione).</p>		<p>3) Redazione verbali nel 100% dei lavori.</p>
						<p>4) Verifica di coerenza dei verbali della Commissione Esaminatrice con le norme vigenti e le linee guida interne della commissione e pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente".</p>			<p>4) Controllo sul 100% delle pratiche.</p>		
						<p>5) Pubblicazione degli atti al fine di garantire massima trasparenza e facilità nella consultazione.</p>			<p>5) Pubblicazione 100% degli atti.</p>		

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. RISORSE UMANE									
N°	Processo	Sub Processo	Area di rischio : Acquisizione e gestione del personale	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatore	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
1	Reclutamento	7	Conferimento incarichi liberoprofessionali	Possibile evento rischioso: Motivazione generica circa la sussistenza delle necessità aziendali e dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di controllo	Disciplina del conflitto di interesse - Specifica previsione di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi - Indicatore 2) Controllo - N° di controlli su autocertificazioni Indicatore 3)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Acquisizione dichiarazione assenza conflitto d'interessi dei soggetti incaricati.	1) Acquisizione dichiarazione dal 100% dei soggetti
								2) Verifica delle autocertificazioni / dichiarazioni rese dai soggetti incaricati per incompatibilità / inconfiribilità / conflitto di interesse.	2) Controllo a campione delle autocertificazioni/dichiarazioni
2	Progressione di Carriera. Progressione economica orizzontale - Fasce		Possibile evento rischioso: Illegittime corresponsioni economiche scaturenti da progressioni di carriera accordate allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari <b>Fattore abilitante:</b> Mancanza di imparzialità	La presenza nei processi di sequenze di attività che hanno insito un certo grado di discrezionalità determina una probabilità alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per la possibilità di ricorsi ed il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Regolamentazione - Adozione procedure in applicazione di norme e tramite avvisi interni Indicatori 1), 2)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Applicazione norme di legge, CC.CC.NN.LL., C.I.A., contratti individuali e norme negoziali	SI/NO
								2) Predisposizione procedure tramite avvisi interni e definizione di criteri oggettivi di selezione .	2) Avvisi con criteri oggettivi per il 100% delle procedure
3	Rilevazione Presenze		Possibili eventi rischiosi: Irregolare utilizzo del sistema automatico di rilevazione presenze. Irregolare inserimento dei giustificativi per favorire / danneggiare i Dipendenti. Superamento del limite orario previsto dalla L. 161/2014 <b>Fattori abilitanti:</b> Mancanza di imparzialità e di controllo		Regolamentazione - Adozione Circolari esplicative - Indicatori 1 e 3)	Fase 1. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Predisposizione periodica di Circolari esplicative sugli istituti afferenti la presenza ed assenza del personale conformi alle norme vigenti	1) N. 1 Circolare esplicative
					N° di controlli su autocertificazioni - Indicatore 2)			2) Controllo a campione delle autocertificazioni dei dipendenti per la presenza e l'assenza.	2) Controlli sul 50 % autocertificazioni
								3) Predisposizione elenchi da mettere a disposizione dei Direttori UOC.	3) N. 12 Elenchi

All. 1 Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche

U.O.C. RISORSE UMANE									
N°	Processo	Sub Processo	Area di rischio dei processi dal n. 2 al n. 5: Acquisizione e gestione del personale Area di rischio del processo n. 6: Contratti pubblici	Valutazione del rischio: Probabilità e Impatto dei possibili eventi rischiosi. Motivazione e Giudizio sintetico del livello di esposizione al rischio	Tipologia Misure di prevenzione (All. 1 PNA '19) - Misure Specifiche	Fasi e Tempi di attuazione	Responsabile dei processi e delle misure	Indicatore	Target (Riferire l'attuazione nelle schede di rendicontazione)
4	Predisposizione Stipendi		Possibile evento rischioso: Illegittimo inserimento di valori di retribuzione accessoria Fattore abilitante: Mancanza di controllo		Controllo - N° di controlli su consistenza e utilizzo fondi accessori, su rispetto tetto di spesa	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Monitoraggio mensile della consistenza e dell'utilizzo dei fondi del trattamento accessorio.	1) n. 12 controlli
								2) Monitoraggio rispetto del tetto di spesa e del budget annuale	2) n. 12 controlli
								3) Verifica prospetti in relazione alle somme economiche stanziare per l'esercizio finanziario corrente e degli anni precedenti.	3) n. 12 controlli
5	Autorizzazioni incarichi ex art. 53 D.Lgs. n.165/01		Possibile evento rischioso: Svolgimento di attività/incarichi incompatibili con l'attività istituzionale Fattore abilitante: Scarsa responsabilizzazione		Regolamentazione - Adozione di procedure per docenze non retribuite	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno	Direttore U.O.C.	1) Integrazione / aggiornamento Regolamento che tenga conto degli esiti del tavolo tecnico con le Organizzazioni Sindacali in tema di attività di docenze non retribuite con solo rimborso spese per partecipazione ad eventi formativi esterni all'Azienda con spese a carico di soggetti privati (sponsorizzazioni individuali).	1) SI/NO
6	Esecuzione eventuale di contratti		Possibile evento rischioso: Esecuzione del contratto in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione Fattore abilitante: Mancanza di controllo	La tipologia di processo è indicata nel Focus 3 degli Orientamenti per la Pianificazione '22 dell'Anac ed è considerata tra le più permeabili al rischio corruttivo, quindi è da ritenere che la probabilità sia alta, inoltre la possibilità che gli eventi si verifichino porta a considerare alto l'impatto, per il danno in termini economici e di reputazione istituzionale, pertanto il giudizio sintetico è: "Alto"	Controllo - N° di controlli sulla corretta esecuzione	Fase I. Da attuarsi nel corso dell'anno Direttore UOC	Direttore UOC	Controlli sulla corretta esecuzione di tutte le prestazioni contrattuali rispetto a tempi, costi e modalità preventivate, anche in ordine alla effettiva presenza e consistenza delle risorse oggetto di eventuale avvalimento, al fine di evitare casi di esecuzione in difformità a quanto proposto in sede di gara e/o in convenzione.	Controlli sul 100% dell'esecuzione eventuale di contratti

TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - ALLEGATO 2

Denominazione sezione Divalle 1 (Macrofamiglia)	Denominazione sezione 2 (livello) (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Descrizione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamenti	Dirigente ufficio responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione
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 ( <i>link alla sotto-sezione Altri collegati/Anticorruzione</i> )	Annuale (entro il 31 gennaio)	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)
	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 del Servizio Sanitario	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff Aziendale
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff Aziendale
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale e Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale e Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)
			Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'azienda	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff Aziendale
			Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970), Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Uffici Provvedimenti Disciplinari	Uffici Provvedimenti Disciplinari
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenze obblighi amministrativi	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
							NON PERTINENTE

								NON PERTINENTE
								NON PERTINENTE
	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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Diritti relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1.1, n. 441/1982	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del d.lgs. n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato),	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2.1, n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	

Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o della formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula esul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso))	Annuale	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del d.lgs n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE

Organizzazione

<p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982</p>	<p>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]</p>	<p>Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).</p>	<p>NON PERTINENTE</p>	<p>NON PERTINENTE</p>
<p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982</p>	<p>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)</p>	<p>Entro 3 mesi dalla nomina o dal conferimento dell'incarico</p>	<p>NON PERTINENTE</p>	<p>NON PERTINENTE</p>
<p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982</p>	<p>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 €)</p>	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p>	<p>NON PERTINENTE</p>	<p>NON PERTINENTE</p>
<p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982</p>	<p>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)]</p>	<p>Annuale</p>	<p>NON PERTINENTE</p>	<p>NON PERTINENTE</p>
<p>Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013</p>	<p>Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico</p>	<p>Nessuno</p>	<p>NON PERTINENTE</p>	<p>NON PERTINENTE</p>
<p>Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013</p>	<p>Curriculum vitae</p>	<p>Nessuno</p>	<p>NON PERTINENTE</p>	<p>NON PERTINENTE</p>
<p>Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013</p>	<p>Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica</p>	<p>Nessuno</p>	<p>NON PERTINENTE</p>	<p>NON PERTINENTE</p>
	<p>Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici</p>	<p>Nessuno</p>	<p>NON PERTINENTE</p>	<p>NON PERTINENTE</p>
<p>Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013</p>	<p>Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti</p>	<p>Nessuno</p>	<p>NON PERTINENTE</p>	<p>NON PERTINENTE</p>

	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico;	Nessuno	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
			2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio per i procedimenti disciplinari	Ufficio per i procedimenti disciplinari
Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
		Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
	Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma  (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane



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 dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Risorse Umane
Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori	Esami 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	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza
Consulenti e collaboratori	Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Consulenti e collaboratori	1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo 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 3) compiti comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specificazione delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Ciascuna struttura per quanto di competenza Ciascuna struttura per quanto di competenza Ciascuna struttura per quanto di competenza Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza Ciascuna struttura per quanto di competenza Ciascuna struttura per quanto di competenza Ciascuna struttura per quanto di competenza
Consulenti e collaboratori	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Consulenti e collaboratori	1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo 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 3) compiti comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specificazione delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Ciascuna struttura per quanto di competenza Ciascuna struttura per quanto di competenza Ciascuna struttura per quanto di competenza Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza Ciascuna struttura per quanto di competenza Ciascuna struttura per quanto di competenza Ciascuna struttura per quanto di competenza

Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. g) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. h) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. i) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. j) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. k) e c. 1- bis, d.lgs. n. 33/2013
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice**

Incarchi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)

Per ciascun titolare di incarico:										
Atto di conferimento, con indicazione della durata dell'incarico	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)								
Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)								
Componenti di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)								
Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)								
Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compiti e qualisiasi titoli correlati	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)								
Altre eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)								
(1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano) (NB: dando eventualmente evidenza del possesso del mandato)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)								
(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 scrivibili)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)								

Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013							
Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013							
Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013							
Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013							
Art. 14, c. 1-lett. secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013							
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013							
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013							
Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 41/1982							

incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discretionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titoli di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali

(da pubblicare in tabella che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuali discretionalmente, titoli di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)

Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1-lett. secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 41/1982
Qualsiasi titolo corrisposti	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Airo di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Per ciascun titolare di incarico:		
U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1-lett. secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 41/1982
3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenue 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)]							
U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
Annuale	Annuale	Annuale	Annuale	Annuale	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Annuale (non oltre il 30 marzo)
U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale	U.O.C. Coordinamento Staff aziendale
Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Art. 14, c. 1-lett. secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013



Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
	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;	Nessuno	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane		

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)	Ufficio per i procedimenti disciplinari	Ufficio per i procedimenti disciplinari
Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redati in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
	Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
	Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane

	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
Contrattazione integrativa	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	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente
	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente
	Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente
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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. Risorse Umane
Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente
Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente
Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente
Ammontare complessivo	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente

Performance	dei premi	d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente
[Stampa illeggibile: likely a stamp or official seal]							
Enti pubblici vigilati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati
				Per ciascuno degli enti;			
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati
Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati				
Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non sono presenti Enti pubblici vigilati	Non sono presenti Enti pubblici vigilati				



Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	
				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale		
			Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale		
		Provvedimenti	Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Affari Generali	U.O.C. Affari Generali	
			Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016	Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Affari Generali	U.O.C. Affari Generali	
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Affari Generali	U.O.C. Affari Generali	
	Enti di diritto privato controllati		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati	Non sono presenti Enti di diritto privato controllati
				Per ciascuno degli enti:				
				1) ragione sociale				
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione				
				3) durata dell'impegno				
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione				
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante				
		6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari						
		7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo						
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )					

	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )			
	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati			
Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale

Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013
--	--	--	--	--	--	--	--

Tipologie di procedimento  
(da pubblicare in tabelle)

Per ciascuna tipologia di procedimento:				
Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Ciascuna struttura per quanto di competenza	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi uniti	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza
Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Ciascuna struttura per quanto di competenza	2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza
Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Ciascuna struttura per quanto di competenza	3) Ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza
Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Ciascuna struttura per quanto di competenza	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	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza
Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Ciascuna struttura per quanto di competenza	5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza
Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Ciascuna struttura per quanto di competenza	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	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza
Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Ciascuna struttura per quanto di competenza	7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sospeso da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza
Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	Ciascuna struttura per quanto di competenza	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	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza
Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013	Ciascuna struttura per quanto di competenza	9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza

	Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza
	Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza
			Per i procedimenti ad istanza di parte:		Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza
	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza
	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza
<p>Il presente documento è stato elaborato in base ai dati forniti dal sistema di gestione dei procedimenti amministrativi. Per ulteriori informazioni, consultare il sito internet dell'Ente.</p>						
	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 precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza
<p>Il presente documento è stato elaborato in base ai dati forniti dal sistema di gestione dei procedimenti amministrativi. Per ulteriori informazioni, consultare il sito internet dell'Ente.</p>						
Provvedimenti	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenzi amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico	U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico

		Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico	U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico
Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 1, c. 32, l n. 190/2012 (Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure  (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	Tempestivo	U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico	U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico	
	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)	Annuale (art. 1 comma 32 L. 190/12)	U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico	U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico	
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 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	Tempestivo	U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico	U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico	
			Per ciascuna procedura:				
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs n. 50/2016		Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico	U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico	

Bandi di gara e contratti

Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura

<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>		<p>Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico</p>	<p>U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico</p>
<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>	<p>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</p>	<p>Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016). Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs 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)</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico</p>	<p>U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico</p>
<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>		<p>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, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico</p>	<p>U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico</p>
<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>		<p>Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera II; 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)</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico</p>	<p>U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico</p>
<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>		<p>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)</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico</p>	<p>U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico</p>
<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>		<p>Informazioni ulteriori - Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico</p>	<p>U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico</p>

<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>	<p>Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.</p>	<p>Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico</p>	<p>U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico</p>
<p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>	<p>Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.</p>	<p>Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico</p>	<p>U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico</p>
<p>Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)</p>	<p>Contratti</p>	<p>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</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico</p>	<p>U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico</p>

		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	Tempestivo	U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico	U.O.C. Provveditorato U.O.C. Ufficio Tecnico	
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione  (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)  (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
		Art. 27, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE	
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	
		Bilancio consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011		Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
			Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale



	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del d.lgs. n. 91/2011 - Art. 18-bis del d.lgs.	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare (da pubblicare in tabelle)	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
				a) modalità di messa a reddito di ciascun immobile, ovvero vendita o locazione con le relative procedure e/o altre modalità di utilizzo;	Tempestivo	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
				b) 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,		U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
				c) esito delle procedure di dismissione/locazione;		U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
	d) redditività delle procedure ovvero valore, prezzo di vendita e ricavato	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale				
Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.A.C.	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Tecnica Permanente	Struttura Tecnica Permanente

	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Affari Generali	U.O.C. Affari Generali
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.S. URP Ufficio stampa e comunicazione	U.O.S. URP Ufficio stampa e comunicazione
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	U.O.C. Servizio Legale	U.O.C. Servizio Legale
				Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	U.O.C. Servizio Legale	U.O.C. Servizio Legale
				Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	U.O.C. Servizio Legale	U.O.C. Servizio Legale
	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	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Controllo di Gestione e S.I.S.	U.O.C. Controllo di Gestione e S.I.S.
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Cure Primarie	U.O.C. Cure Primarie
Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	U.O.S. URP Ufficio stampa e comunicazione U.O.S. S.I.S. e Gestione Flussi	U.O.S. URP Ufficio stampa e comunicazione U.O.S. S.I.S. e Gestione Flussi	
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti del SSN	Art. 41, comma 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
				Ammontare complessivo dei debiti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C. Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale

	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale	U.O.C Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale
Opere pubbliche	Nuclci 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)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
	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 (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Ufficio tecnico	U.O.C. Ufficio tecnico
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Ufficio tecnico	U.O.C. Ufficio tecnico
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(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 costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Ufficio tecnico	U.O.C. Ufficio tecnico
Pianificazione e governo del territorio	Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
			(da pubblicare in tabelle)	Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
Informazioni ambientali	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE

			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON PERTINENTE	NON PERTINENTE
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate; Accordi intercorsi con le strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, comma 4, d.lgs. 33/2013)	U.O.S.D. Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie	U.O.S.D. Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie
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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza
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	Annuale	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, l. n. 190/2012)	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)

Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)
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 ( <a href="http://www.mdt.gov.it">www.mdt.gov.it</a> ), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati <a href="http://www.dat.gov.it">www.dat.gov.it</a> e <a href="http://basidati.agid.gov.it/catalogo">http://basidati.agid.gov.it/catalogo</a> gestiti da AGID	Tempestivo	U.O.S. Gestione rete e dati	U.O.S. Gestione rete e dati
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il utilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	U.O.C. Ufficio tecnico	U.O.C. Ufficio tecnico
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	U.O.C. Ufficio tecnico	U.O.C. Ufficio tecnico
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	-----	Ciascuna struttura per quanto di competenza	Ciascuna struttura per quanto di competenza

**All. 3 Schede di programmazione delle Misure generali.**

<b>Scheda di programmazione della Misura generale: Codice di Comportamento</b>					
<b>Stato di attuazione al 01/01/2022</b>	<b>Tipologia di misura</b>	<b>Fasi e tempi di attuazione</b>	<b>Indicatori di attuazione</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Soggetto responsabile</b>
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione di procedure volte ad assegnare obiettivi di performance individuali in riferimento al Codice di comportamento	Fase 2: Assegnazione obiettivi di performance individuali	Numero di personale a cui sono assegnati obiettivi di performance individuale in riferimento al Codice di comportamento	Il 100% di tutto il personale deve avere assegnati obiettivi individuali con riferimento al Codice di comportamento, volti a prevenire e a contrastare i fenomeni di "mala gestio" sui quali si possono innescare eventi corruttivi	Dirigenza ASP di Enna.

**All. 3 Schede di programmazione delle Misure generali.**

<b>Scheda di programmazione della Misura generale: Trasparenza</b>					
<b>Stato di attuazione al 01/01/2022</b>	<b>Tipologia di misura</b>	<b>Fasi e tempi di attuazione</b>	<b>Indicatori di attuazione</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Soggetto responsabile</b>
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione di procedure volte all'adempimento degli obblighi di pubblicazione	Fase 1: adempimento, lungo l'anno in corso, degli obblighi di pubblicazione, a seconda delle tipologie di dati, come, indicate nell'Allegata "Tabella obblighi di pubblicazione".	Comunicazione a fine anno da parte dei Dirigenti al RPCT in merito all'adempimento degli obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente.	N. 1 Nota informativa al RPCT da parte del 100% dei Dirigenti responsabili della trasmissione/pubblicazione dei dati, sul compiuto adempimento degli obblighi di pubblicazione dei dati di loro competenza in Amministrazione Trasparente.	Dirigenza ASP di Enna

**All. 3 Schede di programmazione delle Misure generali.**

<b>Scheda di programmazione della Misura generale: Inconferibilità ed incompatibilità per incarichi dirigenziali</b>					
<b>Stato di attuazione al 01/01/2022</b>	<b>Tipologia di misura</b>	<b>Fasi e tempi di attuazione</b>	<b>Indicatori di attuazione</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Soggetto responsabile</b>
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione di procedure volte all'adempimento degli obblighi relativi all'adempimento delle dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità	Fase 1: adempimento, lungo l'anno in corso, degli obblighi relativi all'adempimento delle dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità	Comunicazione da parte dei Dirigenti al RPCT in merito all'adempimento delle dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità	N. 2 Note informative semestrali al RPCT da parte del 100% dei Dirigenti referenti sull'adempimento all'atto del conferimento dell'incarico della preventiva dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità da parte degli stessi e sull'adempimento nel corso dell'incarico della dichiarazione da presentarsi annualmente sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità di cui al D.Lgs. 39/13 da parte degli stessi. Controllo da parte dell'UOC Risorse Umane sulla veridicità di dichiarazioni rese da interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità.	Dirigenza ASP di Enna



**All. 3 Schede di programmazione delle Misure generali.**

<b>Scheda di programmazione della Misura generale: Conferimento e autorizzazione incarichi ai dipendenti</b>					
<b>Stato di attuazione al 01/01/2022</b>	<b>Tipologia di misura</b>	<b>Fasi e tempi di attuazione</b>	<b>Indicatori di attuazione</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Soggetto responsabile</b>
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione di procedure volte all'adempimento degli obblighi relativi al conferimento e autorizzazione incarichi ai dipendenti	Fase 1: adempimento, lungo l'anno in corso, degli obblighi relativi al conferimento e autorizzazione incarichi ai dipendenti	Acquisizione di dichiarazione sostitutiva in merito agli obblighi relativi al conferimento e autorizzazione incarichi ai dipendenti	Acquisizione da parte dei Dirigenti referenti di dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà circa la non ricorrenza di situazioni di incompatibilità e/o conflitto di interessi, previamente all'apposizione del visto alla richiesta di autorizzazione nel 100% dei casi di conferimento incarico retribuito ad un dipendente della propria Unità Operativa	Dirigenza ASP di Enna

**All. 3 Schede di programmazione delle Misure generali.**

<b>Scheda di programmazione della Misura generale: La rotazione straordinaria del personale</b>					
<b>Stato di attuazione al 01/01/2022</b>	<b>Tipologia di misura</b>	<b>Fasi e tempi di attuazione</b>	<b>Indicatori di attuazione</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Soggetto responsabile</b>
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione di procedure volte all'adempimento degli obblighi relativi la rotazione straordinaria	Fase 1: adempimento, lungo l'anno in corso, degli obblighi relativi la rotazione straordinaria	Rotazione del personale nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva	Provvedimento di rotazione del personale nel 100% dei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (Articolo 17. "Prevenzione della corruzione", comma 9 lettera e) del Codice Aziendale di Comportamento)	Dirigenza ASP di Enna

**All. 3 Schede di programmazione delle Misure generali.**

<b>Scheda di programmazione della Misura generale: La rotazione ordinaria del personale</b>					
<b>Stato di attuazione al 01/01/2022</b>	<b>Tipologia di misura</b>	<b>Fasi e tempi di attuazione</b>	<b>Indicatori di attuazione</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Soggetto responsabile</b>
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione di procedure volte all'adempimento degli obblighi relativi la rotazione	Fase 1: adempimento, lungo il primo semestre, dell'individuazione dell'esigenza di rotazione	Individuazione dell'esigenza di rotazione o di misure alternative, in caso di impossibilità di rotazione, previste al punto 5. dell'Allegato 2 al PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019, finalizzate a limitare il consolidarsi di relazioni di personale in servizio presso l'U.O. che possano alimentare rapporti potenzialmente in grado di attivare l'assunzione di decisioni non imparziali.	Comunicazione semestrale a RPCT degli esiti dell'individuazione dell'esigenza di rotazione, finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni di personale in servizio presso l'U.O. che possano alimentare rapporti potenzialmente in grado di attivare l'assunzione di decisioni non imparziali.	Dirigenza ASP di Enna
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione di procedure volte all'adempimento degli obblighi relativi la rotazione	Fase 2: adempimento, lungo il secondo semestre, della rotazione del personale o di misure alternative.	Rotazione del personale o misure alternative, previste al punto 5. dell'Allegato 2 al PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019, in caso di impossibilità di rotazione	Effettuazione della rotazione del personale o di misure alternative, previste al punto 5. dell'Allegato 2 al PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019, in caso di impossibilità di rotazione	Dirigenza ASP di Enna

**All. 3 Schede di programmazione delle Misure generali.**

<b>Scheda di programmazione della Misura generale:</b>					
<b>Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro o divieti post-employment (pantouflage)</b>					
<b>Stato di attuazione al 01/01/2022</b>	<b>Tipologia di misura</b>	<b>Fasi e tempi di attuazione</b>	<b>Indicatori di attuazione</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Soggetto responsabile</b>
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione adempimenti riguardanti gli obblighi relativi l'art. 53, comma 16 ter del D,lgs 165/01	Fase 1: adempimento, lungo l'anno in corso, relativo gli obblighi previsti dall'art. 53, comma 16 ter del D,lgs 165/01	Dichiarazione da rendere all'atto della cessazione dal servizio sugli obblighi stabiliti dall'art. 53, comma 16 ter del D,lgs 165/01	Effettuazione della dichiarazione di essere consapevole del disposto di cui all'art 53 comma 16 ter del D,lgs 165/01 e della conseguenza della violazione del correlato divieto da parte di tutti i dipendenti della propria U.O. che all'atto della cessazione dal servizio si trovi in una situazione per la quale risulta applicabile la disciplina in esame	Dirigenza ASP di Enna

**All. 3 Schede di programmazione delle Misure generali.**

<b>Scheda di programmazione della Misura generale: Conflitto di interesse</b>					
<b>Stato di attuazione al 01/01/2022</b>	<b>Tipologia di misura</b>	<b>Fasi e tempi di attuazione</b>	<b>Indicatori di attuazione</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Soggetto responsabile</b>
DA ATTUARE	Misura di controllo - Verifica relativa il conflitto di interessi	Fase 1: verifica, lungo l'anno in corso, relativa il conflitto di interessi	Verifica delle dichiarazioni rese dal personale e dai collaboratori/consulenti in servizio presso l'U.O. in merito a situazioni di conflitti d'interesse	Verifica del 100 % delle dichiarazioni rese dal personale e dai collaboratori/consulenti in servizio presso l'U.O. in merito a situazioni di conflitti d'interesse	Dirigenza ASP di Enna

**All. 3 Schede di programmazione delle Misure generali.**

<b>Scheda di programmazione della Misura generale:</b>					
<b>La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici:</b>					
<b>l'art. 35-bis del d.lgs. 165 del 2001</b>					
<b>Stato di attuazione al 01/01/2022</b>	<b>Tipologia di misura</b>	<b>Fasi e tempi di attuazione</b>	<b>Indicatori di attuazione</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Soggetto responsabile</b>
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione adempimenti riguardanti il divieti stabiliti dall'art. 35 - bis del D.lgs. 165	Fase 1: adempimento, lungo l'anno in corso, relativamente ai divieti stabiliti dall'art. 35 - bis del D.lgs. 165	Dichiarazioni del personale di inesistenza di condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, previamente alla formazione di commissioni e alle assegnazioni agli uffici, previste alle lettere a), b) e c dell'art. 35 - bis del D.lgs. 165	Acquisizione del 100 % di dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà da parte del personale di inesistenza di condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, previamente alla formazione di commissioni e alle assegnazioni agli uffici, previste alle lettere a), b) e c dell'art. 35 - bis del D.lgs. 165	Dirigenza ASP di Enna che nel corso dell'anno gestisce le fattispecie previste dall'art. 35 - bis del D.lgs. 165

**All. 3 Schede di programmazione delle Misure generali.**

<b>Scheda di programmazione della Misura generale: Protocolli di legalita' o Patti d'integrita'</b>					
<b>Stato di attuazione al 01/01/2022</b>	<b>Tipologia di misura</b>	<b>Fasi e tempi di attuazione</b>	<b>Indicatori di attuazione</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Soggetto responsabile</b>
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione adempimenti riguardanti i protocolli di legalita' o patti d'integrita'	Fase 1: adempimento, lungo l'anno in corso, relativamente ai protocolli di legalita' o patti d'integrita'	Protocolli di legalita' o Patti di integrita' inseriti in avvisi, bandi di gara e nelle lettere di invito	Il 100 % delle procedure bandite devono essere corredate da documentazione contenente i protocolli di legalita' o patti d'integrita'	Dirigenti dell'U.O.C. Ufficio Tecnico e dell'U.O.C. Provveditorato

**All. 3 Schede di programmazione delle Misure generali.**

<b>Scheda di programmazione della Misura generale: Formazione</b>					
<b>Stato di attuazione al 01/01/2022</b>	<b>Tipologia di misura</b>	<b>Fasi e tempi di attuazione</b>	<b>Indicatori di attuazione</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Soggetto responsabile</b>
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione adempimenti riguardanti la formazione in materie inerenti il rischio corruttivo	Fase 1: adempimento, lungo l'anno in corso, relativamente la formazione in materie inerenti il rischio corruttivo	Svolgimento di formazione da parte dell'Ufficio del RPCT ai Dirigenti-Referenti, in caso di loro richiesta di supporto, su singoli aspetti riguardanti, sia la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione ed il loro monitoraggio, che gli obblighi di pubblicazione di cui al D.lgs. 33/13,	Il 100 % degli interventi di formazione deve concludersi con un report sull'intervento formativo effettuato	Ufficio del RPCT



**All. 3 Schede di programmazione delle Misure generali.**

<b>Scheda di programmazione della Misura generale: Misure di regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari</b>					
<b>Stato di attuazione al 01/01/2022</b>	<b>Tipologia di misura</b>	<b>Fasi e tempi di attuazione</b>	<b>Indicatori di attuazione</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Soggetto responsabile</b>
DA ATTUARE	Misura di regolamentazione - Adozione adempimenti riguardanti ii divieti, stabiliti dall'articolo 28, comma 1, lettera i) del Codice di Comportamento Aziendale	Fase 1: adempimenti, lungo l'anno in corso, relativamente i divieti, stabiliti dall'articolo 28, comma 1, lettera i) del Codice di Comportamento Aziendale	Adempimento dell'obbligo di non accettare compensi sotto qualsiasi forma, omaggi o altre utilità da società farmaceutiche, informatori o da chiunque produca, o promuova farmaci o dispositivi medici o ausili prescrivibili agli utenti dell'Azienda, ex articolo 28, comma 1, lettera i) del codice di comportamento	Comunicazione semestrale a RPCT del rispetto dei divieti stabiliti dall'articolo 28, comma 1, lettera i) del Codice di Comportamento Aziendale	Dirigenza ASP di Enna