



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevazione Nazionale ad Alta Specializzazione

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

N. 100/25 DEL 24/01/2025

OGGETTO: ADOZIONE “PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2025 – 2027”

STRUTTURA PROPONENTE: *PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE*

ESTENSORE DEL PROVVEDIMENTO: *CURZI GIAN LUCA*

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO: *CURZI GIAN LUCA*

RESPONSABILE UOS: *ARNONE SABRINA*

DIRIGENTE DELLA STRUTTURA *ARNONE SABRINA*

PROPOSTA N° 104/25 **DEL** 17/1/2025

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento attestano – con la sottoscrizione del presente atto ed a seguito dell’istruttoria effettuata – la regolarità della procedura seguita, che l’atto è legittimo nella forma e nella sostanza nonché utile per il servizio pubblico.

Il Funzionario addetto al controllo di budget attesta – con la sottoscrizione del presente atto – che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico e/o alla disponibilità sui fondi patrimoniali e, pertanto, ne attesta la copertura economica dei costi. Attesta, inoltre, il NULLA OSTA in quanto conforme alle norme sulla contabilità.

Il provvedimento comporta oneri sul bilancio corrente: *NO* Spesa soggetta a budget: *NO*

Conto COGE/Progetto (Codice)

Conto COGE/Progetto (descrizione)

Budget totale (€)

Budget prenotato (€)

Budget autorizzato (€)

Budget residuo (€)

Importo del presente provvedimento (€)

Data scheda budget allegata

Nr. documento scheda budget

Il Funzionario addetto

PORCARO ANTONELLO

Il Direttore U.O.C. Economico Finanziario

PORCARO ANTONELLO

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

PARERE POSITIVO

Il Direttore Amministrativo

Dr. Vincenzo Barone

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

PARERE POSITIVO

Il Direttore Sanitario

Dr. Domenico Cipolla

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Walter Messina

nominato con D.P. n. 322/Serv. 1°/S.G. del 21/06/2024 adotta la seguente deliberazione sottoscritta con firma digitale



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

IL DIRETTORE DELL'UOC Programmazione e Controllo di Gestione

Sabrina Arnone

PREMESSO CHE:

- con D.L. n. 80 art 6 del 9 giugno 2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito con modificazioni in legge n. 113 del 6 agosto 2021, tutte le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, sono tenute ad adottare il Piano integrato di attività e di organizzazione - di seguito semplicemente PIAO, entro il 31 gennaio di ogni anno, al fine di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese, assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso;
- per effetto del richiamato D.L. n. 80 art 6 c. 5, con decreto attuativo DPR n 81 del 24 giugno 2022 "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione, vengono soppressi, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del PIAO, gli adempimenti inerenti ai piani di cui alle seguenti disposizioni:
 - articolo 6, commi 1, 4 (Piano dei fabbisogni) e 6, e articoli 60-bis (Piano delle azioni concrete) e 60-ter, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;
 - articolo 2, comma 594, lettera a), della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio);
 - articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance);
 - articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190 (Piano di prevenzione della corruzione);
 - articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Piano organizzativo del lavoro agile);
 - articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Piani di azioni positive)

TENUTO CONTO CHE

il PIAO, di durata triennale e con aggiornamento annuale, definisce:

- a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) 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 ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c) gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;

e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;

f) 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;

g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi;

PRESO ATTO CHE

il PIAO e i relativi aggiornamenti vengono pubblicati entro il 31 gennaio di ogni anno nel proprio sito internet istituzionale ed altresì inviati al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri per la pubblicazione sul relativo portale

PRESO ATTO

del decreto attuativo 30 giugno 2022 n 132 "Regolamento recante la definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione", di cui all'articolo 6, comma 6, del D.L. 80/2021 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, con cui vengono definite il contenuto, lo schema e le modalità redazionali del Piano

ATTESO CHE

con la sottoscrizione del presente provvedimento si dichiara che l'istruttoria è corretta, completa e conforme alle risultanze degli atti d'ufficio;

ATTESO CHE

il Responsabile del procedimento e il Responsabile della struttura proponente attestano inoltre, l'assenza di conflitto di interessi, ai sensi della normativa vigente e del Codice di Comportamento;

ATTESO CHE

il Responsabile della Struttura proponente attesta la liceità e la regolarità delle procedure poste in essere con il presente provvedimento, in quanto legittime ai sensi della normativa vigente con riferimento alla materia trattata, nonché attesta l'utilità e l'opportunità per gli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico;

RITENUTO DI

dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi del punto 7 dell'art. 53 della L.R. n. 30/93, in considerazione della necessità di adottare il Piano integrato di attività e di organizzazione 2025-2027 nei tempi previsti dalla normativa

PROPONE

Per le motivazioni indicate in premessa che qui si intendono integralmente riportate, di:

- 1) **Adottare** il "*Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025 – 2027*" allegato, quale parte integrante, al presente atto;
- 2) **Dare atto** che il presente provvedimento non comporta alcun onere di spesa
- 3) **Disporre** la trasmissione della documentazione, a cura della stessa predetta U.O.C., all'Organismo Indipendente di valutazione (OIV)



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

- 4) **Dichiarare** il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi del punto 7 dell'art. 53 della L.R. n. 30/93, in considerazione della necessità di adottare il Piano integrato di attività e di organizzazione 2025-2027 nei tempi previsti dalla normativa

IL DIRETTORE GENERALE

- IN VIRTÙ** del D.P. n. 322/Serv. 1°/S.G. del 21/06/2024 di nomina del Dr. Walter Messina quale Direttore Generale dell'ARNAS "Civico - Di Cristina - Benfratelli" di Palermo
- VISTA** la proposta di deliberazione che precede;
- ACQUISITI** il parere espresso dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo;
- RITENUTO** di condividerne il contenuto

DELIBERA

Di adottare la proposta di deliberazione per come sopra formulata dal Dirigente Responsabile della Struttura proponente e conseguentemente di:

- 1) **Adottare** il *"Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025 – 2027"* allegato, quale parte integrante, al presente atto;
- 2) **Dare atto** che il presente provvedimento non comporta alcun onere di spesa
- 3) **Disporre** la trasmissione della documentazione, a cura della stessa predetta U.O.C., all'Organismo Indipendente di valutazione (OIV)
- 4) **Dichiarare** il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi del punto 7 dell'art. 53 della L.R. n. 30/93, in considerazione della necessità di adottare il Piano integrato di attività e di organizzazione 2025-2027 nei tempi previsti dalla normativa

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Walter Messina

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate

ALLEGATO 1

				SETTIMANE 2025																																																			
				GENNAIO				FEBBRAIO				MARZO					APRILE				MAGGIO				GIUGNO					LUGLIO				AGOSTO					SETTEMBRE				OTTOBRE				NOVEMBRE					DICEMBRE			
Pos.	Descrizione attività	Inizio	Fine	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	Identificazione pz in lista di attesa da bonificare	01-gen	01-gen	6571																																																			
2	Individuazione pz da poter trasferire alle cliniche private	01-gen	01-gen																																																				
3	Pazienti in lista d'attesa Di Cristina	01-gen	31-dic	483												175*													90*													45*												0*	
4	Pazienti in lista d'attesa Civico	01-gen	31-dic	6088												2200*													1175*																									0*	
5	Adozione piano di governo delle liste d'attesa	20-gen	20-gen																																																				
6	Programmazione slot chirurgici in regime incentivazione	20-gen	20-gen																																																				
7	Bonifica liste di attesa	20-gen	05-feb																																																				
8	Recall pz trasferibili in cliniche private	05-feb	20-feb																																																				
9	Primo monitoraggio per Assessorato	30-mar	06-apr																																																				
10	Secondo monitoraggio per Assessorato	29-giu	06-lug																																																				
11	Terzo monitoraggio per Assessorato	28-set	05-ott																																																				
12	Completamento smaltimento liste di attesa 2024	15-nov	15-nov																																																				
13	Ultimo monitoraggio per Assessorato	15-nov	31-dic																																																				

Milestone

Civico

Di Cristina

Civico, Di Cristina

*

Stima

Allegato 3

Dipartimento Cardiovascolare						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
06.10	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	10
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	7
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	10
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	10
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	25
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	25
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	7
		Percorsi aziendali condivisi	3° fascia	Q.14.1	Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	6

Dipartimento Cardiovascolare						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
08.12	CARDIOLOGIA CLINICA PER IL TRATTAMENTO DELLO SCOMPENSO	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	12
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	14
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	22
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	22
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	10
		Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	2° fascia	A.49.1	N. prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari) entro 72h dalla richiesta/N. totale prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari)	12

Dipartimento Cardiovascolare						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
08.02	CARDIOLOGIA PEDIATRICA	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	10
		Azioni previste dal Decreto. Ass. PDTA Cardio Oncologica.	3° fascia	Q.11.1	Invio report con cadenza trimestrale	5
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	5
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	10
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	10
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	15
		Lotta infezioni ospedaliere	3° fascia	Q.04.1	Applicazione check list dress code / 3 on site visit uo qualità durante l'anno	5
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	15
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	5
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	5
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	15

Dipartimento Cardiovascolare						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
14.01	CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	6
		Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	6
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	3
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	8
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	15
		Gestione Liste di Attesa: Applicazione Piano operativo aziendale di recupero liste d'attesa	1° fascia	A.53.1	N. pazienti accettati/N. pazienti in liste d'attesa 2024	14
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	14
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	4
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	7
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	15

Dipartimento Cardiovascolare						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
08.11	ELETTROFISIOLOGIA	Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	10
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	10
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	10
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	16
		Gestione Liste di Attesa: Applicazione Piano operativo aziendale di recupero liste d'attesa	1° fascia	A.53.1	N. pazienti accettati/N. pazienti in liste d'attesa 2024	15
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	15
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	8
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	8

Dipartimento Cardiovascolare						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
50.01	UTIC	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	8
		Attuazione linee guida stemi PDTA Regionale	3° fascia	Q.13.1	Attuazione linee guida PDTA Regionale	3
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	4
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	8
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	9
		Lotta infezioni ospedaliere	3° fascia	Q.04.1	Applicazione check list dress code / 3 on site visit uo qualità in anno	4
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	12
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	4
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	6
		Progettazione e realizzazione di almeno 1 progetto formativo aziendale ECM	3° fascia	G.23.1	Numero eventi formativi	3
		Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	2° fascia	A.49.1	N. prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari) entro 72h dalla richiesta/N. totale prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari)	7
		Tempestività degli interventi a seguito di frattura femore	1° fascia	A.02.1	Interventi effettuati entro 48h dal ricovero/numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 ricoverati nei Presidi Aziendali (dopo analisi puntuale UOS Qualità)	12
		Tempestività nell’effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. stemi	1° fascia	A.03.1	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 90 minuti dalla data di ricovero/N° totale di I.M.A. stemi diagnosticati su pazienti ricoverati	12

Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Interventistica						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
61.02	FISICA SANITARIA	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	20
		Controlli di qualità e prove di accettazione delle attrezzature radiologiche	1° fascia	A.26.1	Accettazione e controlli di qualità sulle attrezzature utilizzate in Radioterapia Oncologica, Radiologia Diagnostica ed Interventistica, Medicina Nucleare	50
		Soddisfacimento degli studi fisico-dosimetrici per i piani di terapia richiesti	2° fascia	A.27.1	Numero dei piani effettuati/Numero piani richiesti	30
Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Interventistica						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
61.01	MEDICINA NUCLEARE	Appropriatezza Esami Scintigrafici, Misurazione applicazione linee guida	3° fascia	Q.01.1	Invio report con cadenza trimestrale	4
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	3
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	20
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	35
		Servizi-Miglioramento tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	2° fascia	A.30.1	Richieste interne esitate entro i tempi tecnici previsti/N totali di richieste interne (tempo tecnico da comunicare in seduta) - produzione report trimestrale da parte del Primario	18
		Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami scintigrafici	2° fascia	A.20.1	N. valutazioni richieste dai reparti di degenza/N. richieste	20

Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Interventistica						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
69.04	NEURORADIOLOGIA DIAGNOSTICA E INTERVENTISTICA	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	7
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.4	N. referti radiologia indicizzati/N. prestazioni radiologia erogate	15
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	22
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	22
		Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	1° fascia	A.46.1	N. prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari) entro 72h dalla richiesta/N. totale prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari)	22
		Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami TAC ed RMN	2° fascia	A.16.1	N. valutazioni TAC-RMN richieste dai reparti di degenza/N. TAC-RMN richieste	12

Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Interventistica						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
69.01	RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	5
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.4	N. referti radiologia indicizzati/N. prestazioni radiologia erogate	10
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	25
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	25
		Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	1° fascia	A.46.1	N. prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari) entro 72h dalla richiesta/N. totale prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari)	25
		Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami TAC ed RMN	2° fascia	A.16.1	N. valutazioni TAC-RMN richieste dai reparti di degenza/N. TAC-RMN richieste	10

Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Interventistica						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
69.03	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	10
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	6
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.4	N. referti radiologia indicizzati/N. prestazioni radiologia erogate	10
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	16
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	16
		Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	1° fascia	A.46.1	N. prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari) entro 72h dalla richiesta/N. totale prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari)	16
		Sicurezza sala operatoria	1° fascia	Q.02.1	Applicazione Check list sala operatoria: N. voci soddisfatte del questionario/N. totale di voci previste	16
		Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami TAC ed RMN	2° fascia	A.16.1	N. valutazioni TAC-RMN richieste dai reparti di degenza/N. TAC-RMN richieste	10

Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Interventistica						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
69.02	RADIOLOGIA PEDIATRICA	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	5
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.4	N. referti radiologia indicizzati/N. prestazioni radiologia erogate	10
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	25
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	25
		Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	1° fascia	A.46.1	N. prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari) entro 72h dalla richiesta/N. totale prestazioni erogate in favore di pazienti ricoverati (solo ordinari)	25
		Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami TAC ed RMN	2° fascia	A.16.1	N. valutazioni TAC-RMN richieste dai reparti di degenza/N. TAC-RMN richieste	10

Dipartimento di Emergenza Urgenza						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
49.01	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	Aumento numero parti analgesia	2° fascia	A.47.1	Numero parti analgesia/Numero parti spontanei (no cesarei)	6
		Azioni previste dal Decreto. Ass. Blood Management	3° fascia	Q.05.1	Elaborazione e implementazione di un PDTA Blood Management ed invio ad UO Qualità della redatta procedura PDTA	4
		Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	6
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	4
		Donazione organi	1° fascia	A.37.1	Numero accertamento di morte encefalica/Numero decessi per grave neurolesione	12
		Donazione organi	1° fascia	A.37.2	Tasso di opposizione alla donazione	12
		Donazione organi	2° fascia	A.37.3	Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore battente)	8
		Donazione organi	2° fascia	A.37.4	Realizzazione in ambito aziendale di almento due corsi di formazione e/o sensibilizzazione	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	8
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	12
		Tempestività degli interventi a seguito di frattura femore	1° fascia	A.02.1	Interventi effettuati entro 48h dal ricovero/numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 ricoverati nei Presidi Aziendali (dopo analisi puntuale UOS Qualità)	12

Dipartimento di Emergenza Urgenza						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
49.09	CENTRALE OPERATIVA 118	Attività di trasporto alle strutture delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale di organi, emoderivati e materiali sanitari	1° fascia	A.24.1	Report annuale su: - trasporti primari e secondari; - trasporto del sangue; - trasporto di organi; - trasporto di STEN, STAM e rete dell'infarto miocardio acuto	25
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	9
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	16
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	25
		Gestione del rapporto con l'utenza dell'emergenza, secondo le linee guida della Regione siciliana e del Servizio Sanitario Regionale.	2° fascia	A.25.1	Resoconto conclusivo sulle attività della U.O.	16
		Progettazione e realizzazione di almeno 1 progetto formativo aziendale ECM	3° fascia	G.23.1	Numero eventi formativi	9

Dipartimento di Emergenza Urgenza						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
47.01	CENTRO USTIONI	Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	16
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	5
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	16
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	16
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	30
		Lotta infezioni ospedaliere	3° fascia	Q.04.1	Applicazione check list dress code / 3 on site visit uo qualità in anno	5
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	7
		Percorsi aziendali condivisi	3° fascia	Q.14.1	Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	5

Dipartimento di Emergenza Urgenza						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
09.01	CHIRURGIA GENERALE E URGENZA	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	7
		Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	7
		Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.	1° fascia	A.05.1	N. colecistectomie laparoscopiche con degenza post-dimissione < 3 gg/N. totale colecistectomie laparoscopiche	12
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	5
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	7
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	7
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	12
		Gestione Liste di Attesa: Applicazione Piano operativo aziendale di recupero liste d'attesa	1° fascia	A.53.1	N. pazienti accettati/N. pazienti in liste d'attesa 2024	12
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	12
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	5
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	5
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriately secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	9

Dipartimento di Emergenza Urgenza						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
09.10	CHIRURGIA IN UREMICO E IN TRAPIANTI DI RENI	Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	20
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	20
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	25
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	25
Dipartimento di Emergenza Urgenza						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
51.01	M.C.A.U.	Aumento delle competenze degli operatori di PS , in ambito di emergenza urgenza, con particolare riferimento ai privilege.	2° fascia	G.17.1	Numero operatori Formati sul Numero Totale Operatori	15
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	16
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.2	N.verbali PS indicizzati/N.accessi PS	15
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	8
		Progettazione e realizzazione di almeno 1 progetto formativo aziendale ECM	3° fascia	G.23.1	Numero eventi formativi	8
		Tempestività degli interventi a seguito di frattura femore	1° fascia	A.02.1	Interventi effettuati entro 48h dal ricovero/numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 ricoverati nei Presidi Aziendali (dopo analisi puntuale UOS Qualità)	30

Dipartimento di Emergenza Urgenza						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
32.01	NEUROLOGIA CON STROKE UNIT	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	10
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	4
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	10
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	10
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	18
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	18
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	4
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	8
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	18

Dipartimento di Emergenza Urgenza						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
36.01	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	9
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	3
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	9
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	9
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	15
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	15
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	3
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	7
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	15
		Tempestività degli interventi a seguito di frattura femore	1° fascia	A.02.1	Interventi effettuati entro 48h dal ricovero/numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 ricoverati nei Presidi Aziendali (dopo analisi puntuale UOS Qualità)	15

Dipartimento di Emergenza Urgenza						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
68.02	UTIR	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	5
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	16
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	16
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	35
		Miglioramento della transizione Ospedale - Domicilio dei pazienti cronicamente critici con ventilazione per via tracheostomica	3° fascia	Q.21.1	Numero caregivers addestrati (si considera un caregiver a paziente)/ Numero totale di pazienti che necessita di addestramento	5
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	7
		Partecipazione del Personale Sanitario alle attività formative di reparto	2° fascia	G.25.1	Percentuale personale sanitario che ha aderito alle attività formative di reparto	16

Dipartimento di Medicina Clinica						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
01.01	ALLERGOLOGIA	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	15
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	50
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	10
		Percorsi condivisi Dipartimentale/Interdipartimentale	2° fascia	Q.24.1	Partecipazione ad almeno un PDTA Dipartimentale/Interdipartimentale, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	15

Dipartimento di Medicina Clinica						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
58.01	GASTROENTEROLOGIA CON ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Accreditamento SIED	3° fascia	Q.06.1	Mantenimento indicatori accreditamento: invio report con cadenza trimestrale	5
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	5
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	11
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	11
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	15
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	15
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	5
		Percorsi condivisi Dipartimentale/Interdipartimentale	2° fascia	Q.24.1	Partecipazione ad almeno un PDTA Dipartimentale/Interdipartimentale, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	11
		Potenziamento Screening oncologici	2° fascia	A.06.1	N. prestazioni di approfondimento richieste dall'ASP eseguite/N. prestazioni di approfondimento richieste dall'ASP	11
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	A.06.2	Registrazione di tutti i dati dei casi inviati dall'ASP (per approfondimento o terapia) direttamente sul programma gestionale degli screening	11

Dipartimento di Medicina Clinica						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
24.02	MALATTIE INFETTIVE CIVICO	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	12
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	6
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	12
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	12
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	20
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	20
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	5
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	6
		Percorsi condivisi Dipartimentale/Interdipartimentale	2° fascia	Q.24.1	Partecipazione ad almeno un PDTA Dipartimentale/Interdipartimentale, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	7

Dipartimento di Medicina Clinica						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
26.01	MEDICINA GENERALE	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	8
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	4
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	8
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	15
		Lotta infezioni ospedaliere	3° fascia	Q.04.1	Applicazione check list dress code / 3 on site visit uo qualità in anno	4
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	15
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	4
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	7
		Percorsi condivisi Dipartimentale/Interdipartimentale	2° fascia	Q.24.1	Partecipazione ad almeno un PDTA Dipartimentale/Interdipartimentale, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	8
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	15
		Prevenzione della malnutrizione in ospedale	3° fascia	Q.12.1	Valutazioni con scale MUST/MNA/ "Minnesota" in over 65 / totale over 65 ricoverati	4

Dipartimento di Medicina Clinica						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
26.02	MEDICINA GENERALE INDIRIZZO GERIATRICO- RIABILITATIVO	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	8
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	5
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	8
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	15
		Lotta infezioni ospedaliere	3° fascia	Q.04.1	Applicazione check list dress code / 3 on site visit uo qualità in anno	4
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	15
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	4
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	6
		Percorsi condivisi Dipartimentale/Interdipartimentale	2° fascia	Q.24.1	Partecipazione ad almeno un PDTA Dipartimentale/Interdipartimentale, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	8
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	15
		Prevenzione della malnutrizione in ospedale	3° fascia	Q.12.1	Valutazioni con scale MUST/MNA/ "Minnesota" in over 65 / totale over 65 ricoverati	4

Dipartimento di Medicina Clinica						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
97.01	MEDICINA PENITENZIARIA	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	4
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	18
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	25
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	10
		Percorsi condivisi Dipartimentale/Interdipartimentale	2° fascia	Q.24.1	Partecipazione ad almeno un PDTA Dipartimentale/Interdipartimentale, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	18
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriately secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	25

Dipartimento di Medicina Clinica						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
48.02	NEFROLOGIA ABILITATA TRAPIANTI	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	10
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	3
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	9
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	9
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	15
		Lotta infezioni ospedaliere	3° fascia	Q.04.1	Applicazione check list dress code / 3 on site visit uo qualità in anno	4
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	15
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	3
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	7
		Percorsi condivisi Dipartimentale/Interdipartimentale	2° fascia	Q.24.1	Partecipazione ad almeno un PDTA Dipartimentale/Interdipartimentale, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	10
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	15

Dipartimento di Medicina Clinica						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
24.10	PATOLOGIE INFETTIVE POPOLAZIONI VULNERABILI	Abbattere la percentuale di drop out dei pazienti presi in carico presso l'UOSD, attraverso nuove e diversificate metodologie di follow-up dei Pazienti	1° fascia	Q.23.1	N. Paz arruolati/N. Paz in Follow up attivo	30
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	5
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	15
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	30
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	5
		Percorsi condivisi Dipartimentale/Interdipartimentale	2° fascia	Q.24.1	Partecipazione ad almeno un PDTA Dipartimentale/Interdipartimentale, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	15

Dipartimento di Medicina Clinica						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
68.01	PNEUMOLOGIA	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	10
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	6
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	10
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	10
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	20
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	20
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	6
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	8
		Percorsi condivisi Dipartimentale/Interdipartimentale	2° fascia	Q.24.1	Partecipazione ad almeno un PDTA Dipartimentale/Interdipartimentale, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	10

Dipartimento di Medicina Clinica						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
71.02	REUMATOLOGIA	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	15
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	35
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	10
		Miglioramento della gestione delle richieste di PS	2° fascia	G.27.1	Numero di visite di PS effettuate/Numero visite di PS richieste	15
		Percorsi condivisi Dipartimentale/Interdipartimentale	2° fascia	Q.24.1	Partecipazione ad almeno un PDTA Dipartimentale/Interdipartimentale, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	15

Dipartimento di Oncologia						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
64.10	BREAST UNIT	Applicazione procedura tempistiche esami di primo livello	3° fascia	Q.16.1	Invio report trimestrale a UO Qualità	4
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	3
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	8
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	16
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	16
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	4
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.1	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui.	16
		Potenziamento Screening oncologici	2° fascia	A.06.1	N. prestazioni di approfondimento richieste dall'ASP eseguite/N. prestazioni di approfondimento richieste dall'ASP	9
				A.06.2	Registrazione di tutti i dati dei casi inviati dall'ASP (per approfondimento o terapia) direttamente sul programma gestionale degli screening	8
		Rispetto dei volumi indicati dal DM 70/2015 in coerenza con le linee guida internazionali sugli standard di qualità per le Breast Unit	1° fascia	A.51.1	Numero di pazienti classificate in classe 3 e 4 BI-RADS (Breast Image Reporting e Data System) sottoposte a biopsia mammaria	16

Dipartimento di Oncologia						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
09.08	CHIRURGIA GENERALE ONCOLOGICA	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	8
		Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	8
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	4
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	8
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	12
		Gestione Liste di Attesa: Applicazione Piano operativo aziendale di recupero liste d'attesa	1° fascia	A.53.1	N. pazienti accettati/N. pazienti in liste d'attesa 2024	12
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	12
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	4
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	4
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	12
		Restituzione unità sangue non utilizzate entro 72 ore	2° fascia	Q.18.1	Numero di unità non utilizzate restituite entro 72 ore dalla consegna/Numero totale di unità restituite	8

Dipartimento di Oncologia						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
13.01	CHIRURGIA TORACICA	Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	10
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	7
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	11
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	11
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	15
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	16
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	7
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	7
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	16

Dipartimento di Oncologia						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
68.04	ENDOSCOPIA BRONCHIALE	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	18
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	30
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	30
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	7
		Procedure sedazione paziente	3° fascia	Q.09.1	Mantenimento indicatori previsti nella procedura sedazione paziente : invio report con cadenza trimestrale	7

Dipartimento di Oncologia						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
99.01	HOSPICE	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	20
		Qualità Flusso Hospice	1° fascia	A.52.1	Scarti Flusso Hospice	40
		Sviluppare uno studio osservazionale con campionamento su prescrizione medica specialistica in cure palliative	1° fascia	Q.22.1	N. Paz arruolati/N. Paz arruolabili	40
Dipartimento di Oncologia						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
66.02	ONCOEMATOLOGIA	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	4
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	15
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	15
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	25
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	25
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	4
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	7
		Prevenzione della malnutrizione in ospedale	3° fascia	Q.12.1	Valutazioni con scale MUST/MNA/ "Minnesota" in over 65 / totale over 65 ricoverati	5

Dipartimento di Oncologia						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
64.06	ONCOLOGIA	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	10
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	6
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	10
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	10
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	15
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	15
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	6
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	7
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	15
		Prevenzione della malnutrizione in ospedale	3° fascia	Q.12.1	Valutazioni con scale MUST/MNA/ "Minnesota" in over 65 / totale over 65 ricoverati	6

Dipartimento di Oncologia						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
70.01	RADIOTERAPIA	Appropriatezza Clinico/Organizzativa: Valutazione pazienti ricoverati presso UO Ginecologia Oncologica da avviare o meno a radioterapia	3° fascia	Q.08.1	Numero pazienti valutati	7
		Completezza della cartella clinica e radioterapica	1° fascia	A.28.1	Numero cartelle complete/Numero totale cartelle	35
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	15
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	35
Dipartimento di Oncologia						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
96.01	TERAPIA DEL DOLORE	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	15
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	15
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	25
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	25
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	10

Dipartimento di Oncologia						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
43.01	UROLOGIA	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	6
		Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	6
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	3
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	7
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	7
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.2	N.verbali PS indicizzati/N.accessi PS	7
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	14
		Gestione Liste di Attesa: Applicazione Piano operativo aziendale di recupero liste d'attesa	1° fascia	A.53.1	N. pazienti accettati/N. pazienti in liste d'attesa 2024	14
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	13
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	3
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	6
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	14

Dipartimento di Oncologia						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
39.10	DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	15
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	30
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	40
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	15
Dipartimento di Pediatria						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
18.04	EMATOLOGIA E TALASSEMIA	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	5
		Elaborazione di un PDTA per pazienti affetti da Talassemia Major	3° fascia	Q.10.1	Elaborazione e implementazione del PDTA ed invio ad UO Qualità della redatta procedura	5
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	20
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	20
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	25
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	25

Dipartimento di Pediatria						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
51.02	M.C.A.U. DI CRISTINA	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	15
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	4
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	15
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.2	N.verbali PS indicizzati/N.accessi PS	14
		Formazione in house implementazione utilizzo carrello di emergenza	3° fascia	Q.17.1	Invio report stato avanzamento del programma formativo a UO qualità e rischio clinico	5
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	7
		Percorsi aziendali condivisi	3° fascia	Q.14.1	Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	5
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	30
		Progettazione e realizzazione di almeno 1 progetto formativo aziendale ECM	3° fascia	G.23.1	Numero eventi formativi	5

Dipartimento di Pediatria						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
24.01	MALATTIE INFETTIVE PEDIATRICHE	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	12
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	12
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	15
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	15
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	8
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	8
		Percorsi aziendali condivisi	3° fascia	Q.14.1	Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	7
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	15

Dipartimento di Pediatria						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
33.01	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	4
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	13
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	13
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	18
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	18
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	4
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	8
		Percorsi aziendali condivisi	3° fascia	Q.14.1	Partecipazione ad almeno un PDTA, redazione della procedura PDTA ed invio a UO qualità	4
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	18

Dipartimento di Pediatria						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
65.02	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	Azioni previste dal Decreto. Ass. PDTA Cardio Oncologica.	3° fascia	Q.11.1	Invio report con cadenza trimestrale	7
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	7
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	16
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	16
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	20
		Lotta infezioni ospedaliere	3° fascia	Q.04.1	Applicazione check list dress code / 3 on site visit uo qualità in anno	7
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	20
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	7

Dipartimento di Pediatria						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
39.04	PEDIATRIA	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	10
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	5
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	12
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	12
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	16
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	16
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	6
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	7
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	16

Dipartimento di Pediatria						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
39.02	PEDIATRIA INDIRIZZO ALLER. PNEUM. E FIBROSISTICA	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	5
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	14
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	14
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	18
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	18
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	6
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	7
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	18

Dipartimento di Pediatria						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
39.01	PEDIATRIA INDIRIZZO GASTROENTEROLOGICO	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	10
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	7
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	12
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	12
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	15
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	15
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	7
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	7
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	15

Dipartimento di Pediatria						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
77.01	PEDIATRIA INDIRIZZO NEFROLOGICO	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	10
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	6
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	10
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	10
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	17
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	17
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	6
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	7
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	17

	Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi					
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
03.02	ANATOMIA PATOLOGICA	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	8
		Controlli qualità	3° fascia	Q.03.1	Invio report degli esiti dei controlli ad U.O. Qualità	8
		Corretta modalità di invio dei campioni istologici	2° fascia	A.31.1	Aggiornamento procedura aziendale corretto invio esami istologici	12
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.6	N. referti anatomia patologica indicizzati/N. prestazioni anatomia patologica erogate (p.s. subordinato alla definizione delle specifiche tecniche di importazione dei dati da parte del Ministero in atto non ancora concluse)	21
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	40
		Servizi-Miglioramento tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	2° fascia	A.30.1	Richieste interne esitate entro i tempi tecnici previsti/N totali di richieste interne (tempo tecnico da comunicare in seduta) - produzione report trimestrale da parte del Primario	11

	Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi					
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
CRT	CRT SICILIA	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10
		Monitoraggio stato di attività delle liste regionali per trapiano di organo	1° fascia	G.20.1	Trasmissione semestrale dello stato di attività delle liste regionali per trapiano di organo	30
		Organizzazione in ambito regionale di almeno due corsi di formazione rivolti agli operatori del settore	2° fascia	G.22.1	Realizzazione di almento due iniziative formative	15
		Organizzazione in ambito regionale di almeno due eventi di sensibilizzazione rivolti alla popolazione	2° fascia	G.21.1	Realizzazione di almento due eventi di sensibilizzazione	15
		Rendicontazione trimestrale dell'attività aziendale e regionale di donazione e trapianto di organi e tessuti	1° fascia	A.36.1	Trasmissione report trimestrale alla UO Flussi Informativi	30
	Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi					
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
00.01	DIREZIONE MEDICA CIVICO	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	8
		Monitoraggio dati concernenti i rifiuti ospedalieri distinti per singola U.O.	3° fascia	A.23.1	Invio mensile report in formato elettronico excel entro 15 giorni dalla chiusura del mese all'UO Flussi informativi e monitoraggio strategico	10
		Vigilanza pasti con visite periodiche della commissione	3° fascia	A.22.1	N. verifiche effettuate	12
		Vigilanza sull'attivazione dei Posti Letto aziendali	1° fascia	A.21.1	N. verifiche effettuate	70

	Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi					
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
00.02	DIREZIONE MEDICA DI CRISTINA	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	8
		Monitoraggio dati concernenti i rifiuti ospedalieri distinti per singola U.O.	3° fascia	A.23.1	Invio mensile report in formato elettronico excel entro 15 giorni dalla chiusura del mese all'UO Flussi informativi e monitoraggio strategico	10
		Vigilanza pasti con visite periodiche della commissione	3° fascia	A.22.1	N. verifiche effettuate	12
		Vigilanza sull'attivazione dei Posti Letto aziendali	1° fascia	A.21.1	N. verifiche effettuate	70

	Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi					
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
FARM	FARMACIA	Adempimenti LEA: verifica e riconciliazione flussi farmaci (CFO - DD) - Modello CE	3° fascia	G.13.1	Individuazione e com. all'UOS FIMS, della data export estrazione giacenze trim. magazzini informatici di reparto e farmacia, e trasm. Trim.report di dettaglio, per sotto conto aziendale, del valore delle giacenze comunicate per il modello CE di periodo	8
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	9
		Corretta e puntuale gestione del Pilastro Beni (per la parte di competenza)	3° fascia	G.06.1	Manutenzione anagrafiche, Puntuale risposta alla segnalazione degli errori o incompletezza del pilastro	8
		Corretta gestione dei dati relativi al Flusso F - Dispensazione Diretta: Inserimento dei dati relativi al Flusso F ed invio alla "UOS Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico" della attestazione di qualità entro 7 giorni dalla chiusura del mese di rif	2° fascia	G.09.1	N. attestazioni inviate entro i termini/N. invii previsti	25
		Corretta gestione dei dati relativi al Flusso T: Inserimento dei dati relativi al Flusso T ed invio alla "UOS Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico" della attestazione di qualità entro 7 giorni dalla chiusura del mesi di riferimento	2° fascia	G.08.1	N. attestazioni inviate entro i termini/N. invii previsti	25
		Verifica dei magazzini decentrati: verifica periodica, anche a campione, delle giacenze rilevate presso i magazzini decentrati presenti in azienda	2° fascia	G.07.1	Produzione documento di verifica	25

	Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi					
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
98.05	LAB. SPEC GENETICA MOLECOLARE	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	15
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.3	N. referti laboratorio indicizzati/N. prestazioni laboratorio erogate	55
		Revisione del manuale della Qualità della UO	3° fascia	Q.15.1	Trasmissione all'UO Qualità del manuale revisionato	30
	Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi					
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
18.01	MEDICINA TRASFUSIONALE	Azioni previste dal Decreto. Ass. Blood Management	3° fascia	Q.05.1	Elaborazione e implementazione di un PDTA Blood Management ed invio ad UO Qualità della redatta procedura PDTA	10
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	5
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	20
		Monitoraggio e trasmissione trimestrale dei dati riferiti alla "restituzione entro 72 ore delle unità di sangue non utilizzate"	1° fascia	Q.19.1	Invio di report trimestrale entro l'ultimo giorno del mese successivo alla conclusione del trimestre	35
		Rendicontazione trimestrale alla UO "Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico" delle prestazioni erogate, in favore di pazienti ricoverati e dei costi per i servizi sostenuti per l'erogazione degli stessi	2° fascia	A.18.1	Produzione Report	15
		Servizi-Miglioramento tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	2° fascia	A.30.1	Richieste interne esitate entro i tempi tecnici previsti/N totali di richieste interne (tempo tecnico da comunicare in seduta) - produzione report trimestrale da parte del Primario	15

	Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi					
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
98.02	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	Appropriatezza della prescrizione di esami diagnostici di laboratorio	2° fascia	A.11.1	Condivisione dei criteri di appropriatezza di richiesta degli esami diagnostici a più elevato costo, con i reparti richiedenti e produzione relativo documento	40
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	10
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.3	N. referti laboratorio indicizzati/N. prestazioni laboratorio erogate	50
	Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi					
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
98.01	PATOLOGIA CLINICA	Appropriatezza della prescrizione di esami diagnostici di laboratorio	2° fascia	A.11.1	Condivisione dei criteri di appropriatezza di richiesta degli esami diagnostici a più elevato costo, con i reparti richiedenti e produzione relativo documento	40
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	5
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.3	N. referti laboratorio indicizzati/N. prestazioni laboratorio erogate	40
		Sicurezza delle cure	3° fascia	Q.07.1	Invio report monitoraggio procedura valori panico con cadenza trimestrale	15

	Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi					
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
33.02	PSICOLOGIA CLINICA	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	15
		Customer Satisfaction pazienti oncologiche con tumore al seno	2° fascia	G.11.1	Somministrazione di questionario su qualità di vita pazienti oncologiche con tumore al seno	25
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	25
		Gestire le dinamiche nei gruppi di lavoro e ridurre lo stress	1° fascia	G.12.1	Formazione in gruppo con metodologia psicodrammatica per operatori dell'Azienda	35

	Dipartimento Materno Infantile					
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
49.03	ANESTESIA E RIANIMAZIONE PEDIATRICA TC	Acquisire autonomia sull'esecuzione dell'esame di endoscopia bronchiale nel paziente pediatrico, riducendo la tempistica di erogazione	3° fascia	Q.20.1	Formazione del 60% degli anestesisti in servizio presso la Terapia Intensiva Pediatrica e invio quadrimestrale all'UO Qualità e Rischio Clinico del report del programma formativo	5
		Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	7
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	5
		Corretta compilazione delle schede per gli accessi vascolari centrali in Terapia intensiva pediatrica	1° fascia	A.39.1	N. schede correttamente compilate/N. totale di schede	12
		Donazione organi	1° fascia	A.37.1	Numero accertamento di morte encefalica/Numero decessi per grave neurolesione	12
		Donazione organi	1° fascia	A.37.2	Tasso di opposizione alla donazione	12
		Donazione organi	2° fascia	A.37.3	Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore battente)	7
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	8
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	12
		Mantenimento normo temperatura intraoperatoria	1° fascia	A.38.1	N. interventi in normotermia/N. totale interventi	12

Dipartimento Materno Infantile						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
11.01	CHIRURGIA PEDIATRICA	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	7
		Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	8
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	4
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	8
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	15
		Gestione Liste di Attesa: Applicazione Piano operativo aziendale di recupero liste d'attesa	1° fascia	A.53.1	N. pazienti accettati/N. pazienti in liste d'attesa 2024	15
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	12
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	4
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	4
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	15

	Dipartimento Materno Infantile					
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
37.02	GINECOLOGIA ONCOLOGICA	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	8
		Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	8
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	3
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	8
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	12
		Gestione Liste di Attesa: Applicazione Piano operativo aziendale di recupero liste d'attesa	1° fascia	A.53.1	N. pazienti accettati/N. pazienti in liste d'attesa 2024	12
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	12
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	4
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	6
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	12
		Restituzione unità sangue non utilizzate entro 72 ore	2° fascia	Q.18.1	Numero di unità non utilizzate restituite entro 72 ore dalla consegna/Numero totale di unità restituite	7

	Dipartimento Materno Infantile					
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
62.02	NEONATOLOGIA	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	5
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	14
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	14
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	25
		Lotta infezioni ospedaliere	3° fascia	Q.04.1	Applicazione check list dress code / 3 on site visit uo qualità in anno	5
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	5
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	7
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	25

Dipartimento Materno Infantile						
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
37.01	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	7
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	3
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	6
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	6
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.2	N.verbali PS indicizzati/N.accessi PS	6
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	10
		Gestione Liste di Attesa: Applicazione Piano operativo aziendale di recupero liste d'attesa	1° fascia	A.53.1	N. pazienti accettati/N. pazienti in liste d'attesa 2024	10
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	10
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	3
		Monitoraggio e governo della incidenza dei parti cesarei	1° fascia	A.14.1	Parti cesarei su donne non precesarizzate (cesarei primari)/Totale parti di donne nei Presidi Aziendali	10
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	5
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	10
		Potenziamento Screening oncologici	2° fascia	A.06.1	N. prestazioni di approfondimento richieste dall'ASP eseguite/N. prestazioni di approfondimento richieste dall'ASP	7
		Potenziamento Screening oncologici	2° fascia	A.06.2	Registrazione di tutti i dati dei casi inviati dall'ASP (per approfondimento o terapia) direttamente sul programma gestionale degli screening	7

	Dipartimento	Testa Collo				
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
10.01	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	7
		Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	7
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	5
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	7
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	7
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	15
		Gestione Liste di Attesa: Applicazione Piano operativo aziendale di recupero liste d'attesa	1° fascia	A.53.1	N. pazienti accettati/N. pazienti in liste d'attesa 2024	15
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	12
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	5
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	5
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	15

	DipartimentoTesta Collo					
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
12.01	CHIRURGIA PLASTICA	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	6
		Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	6
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	5
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	7
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	7
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.2	N.verbali PS indicizzati/N.accessi PS	7
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	10
		Gestione Liste di Attesa: Applicazione Piano operativo aziendale di recupero liste d'attesa	1° fascia	A.53.1	N. pazienti accettati/N. pazienti in liste d'attesa 2024	12
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	10
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	5
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	5
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	10
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.1	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui.	10

	Dipartimento	Testa Collo				
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
30.01	NEUROCHIRURGIA	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	7
		Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	7
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	3
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	7
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	7
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	15
		Gestione Liste di Attesa: Applicazione Piano operativo aziendale di recupero liste d'attesa	1° fascia	A.53.1	N. pazienti accettati/N. pazienti in liste d'attesa 2024	15
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	15
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	3
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	6
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	15

	Dipartimento	Testa Collo				
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
34.01	OCULISTICA	Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	8
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	3
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.2	N.verbali PS indicizzati/N.accessi PS	8
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	14
		Gestione Liste di Attesa: Applicazione Piano operativo aziendale di recupero liste d'attesa	1° fascia	A.53.1	N. pazienti accettati/N. pazienti in liste d'attesa 2024	14
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	13
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	3
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	7
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	14

	Dipartimento	Testa Collo				
cod UO	Descrizione UO	OB_DESCR	FASCIA	N_IND	INDICATORE_DI_RISULTATO	peso
38.01	OTORINOLARINGOIATRIA	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	2° fascia	A.09.1	Degenza media dimessi RO/degenza media nazionale	7
		Chiusura registro operatorio on-line	2° fascia	A.33.1	Numero interventi chiusi/Numero totale di interventi	7
		Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	3° fascia	G.04.1	Riscontro semestrale puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT.	3
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.5	N. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/N. prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.1	N. relazioni dimissione indicizzate/N. ricoveri	8
		Fascicolo Sanitario Elettronico	2° fascia	G.05.2	N.verbali PS indicizzati/N.accessi PS	8
		Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	1° fascia	A.04.1	Numero ricette di controllo prescritte dal medico di base	12
		Gestione Liste di Attesa: Applicazione Piano operativo aziendale di recupero liste d'attesa	1° fascia	A.53.1	N. pazienti accettati/N. pazienti in liste d'attesa 2024	12
		Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	1° fascia	G.01.1	Produzione sanitaria UO/FTE UO (del ruolo sanitario e tecnico)	12
		Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	3° fascia	G.19.1	Ispezioni presso i reparti	4
		Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	3° fascia	A.07.1	N. prestazioni 1° ciclo/N. dimessi	7
		Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	1° fascia	A.08.2	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria < Valore Atteso obiettivo (Valore 2024)	12

Allegato 2

UOC Affari Generali

OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE
Gestione e monitoraggio della trasmissione all'Assessorato Regionale dei Flussi Informativi, ed analisi delle eventuali problematiche rilevate	n. attività espletate nei tempi previsti/n. attività richieste	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 70% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100% - del 15% se compresi tra 70 e 90%.	
Puntualità nei pagamenti: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 25 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	n. medio di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	<= 25 gg	15	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio < = 25 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg	
Redazione CE trimestrale: produzione di relazione dettagliata relativa ai costi sostenuti e ai macroaggregati economici di gestione trasmissione all'UOC SEF entro il 15° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento	n. relazioni trasmesse entro le scadenze fissate/n. relazioni previste	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori > = al 75% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 75 e 100%	
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n. azioni intraprese/n. attività previste	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro i tempi richiesti dalla collegio e comunque entro 15gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Riduzione del debito commerciale residuo di competenza dell'Area, epurato dal debito non ancora scaduto (debito entro i 60 giorni)	valore debito commerciale	< 10% 2024	15		
1) Rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa vigente "Trasmissione dei dati al Ministero della Funzione Pubblica - Anagrafe delle Prestazioni", in materia di: 1.a) conferimento di consulenze ed incarichi esterni, con successiva comunicazione dei pagamenti effettuati, in ottemperanza all' art. 127 L. 662/96; 1.b) autorizzazione incarichi ai propri dipendenti, con successiva comunicazione dei compensi percepiti, in ottemperanza al D. lgs.vo 165/2001. 2) Rispetto degli adempimenti previsti dall'art. 15 della L. 33/2013 – "Obblighi di pubblicazione delle consulenze ed incarichi esterni"; 3) Rispetto degli adempimenti previsti dall'art. 18 della L. 33/2013 – "Obblighi di pubblicazione degli incarichi conferiti ai dipendenti Pubblici"; 4) Rispetto degli adempimenti previsti dall' art. 23 c. 1 lett. D e c. 2 della L. 33/2013 "Obblighi di pubblicazione concernenti i provvedimenti amministrativi".	n.adempimenti ottemperati nei tempi e modalità previste/n.adempimenti previsti	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	

UOC Area Risorse Umane

OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE
Gestione e monitoraggio della trasmissione all'Assessorato Regionale dei Flussi Informativi, ed analisi delle eventuali problematiche rilevate	n.attività espletate nei tempi previsti/n.attività richieste	100%	9	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 70% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100% - del 15% se compresi tra 70 e 90%.	
Riduzione del debito commerciale residuo di competenza dell'Area, epurato dal debito non ancora scaduto (debito entro i 60 giorni)	valore debito commerciale residuo	< 10% 2024	15		
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	14	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro i tempi richiesti dalla collegio e comunque entro 15gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Puntualità nei pagamenti: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 25 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	n.medio di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	<= 25 gg	14	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio < = 25 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg	
Monitoraggio dell'osservanza delle direttive aziendali verso il personale	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	8	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Definizione di ruoli e responsabilità nell'attività caratteristica di CdG. Individuazione delle risorse coinvolte nell'attività di controllo dei feedback segnalati dal CdG	Produzione documento che definisca quanto previsto in obiettivo entro giugno 2021	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se entro i tempi indicati sia stato prodotto il documento indicato e se lo stesso sia stato trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.	
Mappatura e riallocazione del personale nei centri di costo corretti e Rilevazione personale non dipendente (ad esclusione del comparto sanitario e personale tecnico addetto all'assistenza)	Mappatura completa delle singole risorse al fine di individuare i centri di costo di competenza e provvedere alla corretta allocazione del personale. Rilevazione del personale non dipendente come disciplinato dal DDG 1215/2016.	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se al Flusso Personale tutte le risorse risulteranno allocate (compresi i non dipendenti) e se il ricontro dai Direttori di UO all'invio dei report nominativi trasmessi, sarà positivo per almeno il 95% delle risprse allocate.	
Gestione del campo "data prima assunzione"	Applicazione delle linee guida, DDG 1215/2016, relativamente alla corretta compilazione del campo "data di prima assunzione"	SI	4	L'obiettivo si intende raggiunto se al Flusso Personale tutti i campi saranno correttamente gestiti.	
Riconciliazione del fabbisogno del personale con la dotazione organica (obiettivo condiviso con Area informatizzazione)	Caricamento a sistema (WHR) del Piano del fabbisogno e riconciliazione con la dotazione organica	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto con l'alimentazione del sistema	
Alimentazione del modulo giuridico relativo al personale dipendente	Introduzione di alert e vincoli a sistema che segnalino la mancata alimentazione delle informazioni di carattere giuridico (data prima assunzione, aspettative, inidoneità, % di attribuzione CdC...)	SI	5	L'obiettivo si intende raggiunto se al Flusso Personale tutti i campi saranno correttamente gestiti.	

UOC Gestione Tecnica

OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE
Monitoraggio degli interventi edilizi in corso o in programmazione con particolare riferimento a quelli ex art. 71 e 20 assegnati all'area	n.schede di trasmissione e provvedimenti di approvazione prodotte nel rispetto dei termini previsti/n.schede previste (richieste)	100%	14	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Redazione CE trimestrale: produzione di relazione dettagliata relativa ai costi sostenuti e ai macroaggregati economici di gestione trasmissione all'UOC SEF entro il 15° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento	n. relazioni trasmesse entro le scadenze fissate/n. relazioni previste	100%	13	L'obiettivo si intende raggiunto per valori > = al 75% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 75 e 100%	
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Riduzione del debito commerciale residuo di competenza dell'Area, epurato dal debito non ancora scaduto (debito entro i 60 giorni)	valore debito commerciale residuo	< 10% 2024	15		
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro i tempi richiesti dalla collegio e comunque entro 15gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Puntualità nei pagamenti: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 25 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	n.medio di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	<= 25 gg	13	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio < = 25 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg	
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Efficientamento energetico edifici	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	

UOC Provveditorato

OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE
Gestione e monitoraggio della trasmissione all'Assessorato Regionale dei Flussi Informativi, ed analisi delle eventuali problematiche rilevate	n.attività espletate nei tempi previsti/n.attività richieste	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 70% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100% - del 15% se compresi tra 70 e 90%.	
Redazione CE trimestrale: produzione di relazione dettagliata relativa ai costi sostenuti e ai macroaggregati economici di gestione trasmissione all'UOC SEF entro il 15° giorno del mese successivo al trimestre di riferimento	n. relazioni trasmesse entro le scadenze fissate/n. relazioni previste	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori > = al 75% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 75 e 100%	
Riduzione del debito commerciale residuo di competenza dell'Area, epurato dal debito non ancora scaduto (debito entro i 60 giorni)	valore debito commerciale residuo	< 10% 2024	15		
Puntualità nei pagamenti: definire il processo di autorizzazione ai pagamenti previa verifica di corrispondenza tra prestazione e/o bene ricevuto rispetto a quello addebitato all'Azienda entro 25 gg dalla data di registrazione della fattura su Piattaforma fatturazione elettronica (a carico del SEF)	n.medio di giornate impiegate per la definizione del processo di autorizzazione pagamenti	<= 25 gg	10	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio < = 25 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg	
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	14	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro i tempi richiesti dalla collegio e comunque entro 15gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	13	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Collaborazione alla centrale di committenza ai fini del conseguimento di economie di scala e dell'efficientamento delle procedure di appalto	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	10	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Gestione dei contratti multi-CIG assicurando il rispetto delle condizioni indicate dalle linee guida 1277/2017.	Applicazione delle linee guida del DDG 1277/2017 relativamente alla corretta associazione "Identificativo contratti-CIG"	SI	4	L'obiettivo si intende raggiunto se alla trasmissione del pilastro beni non vengano rilevati dai controlli Assessoriali errori relativo all'oggetto.	
Gestione dei contratti multi-CIG assicurando il rispetto delle condizioni indicate dalle linee guida 1277/2017 (obiettivo Condiviso con UOC Gestione Tecnica-ICT).	Definizione e formalizzazione di ruoli, responsabilità, tempistiche e modalità di coordinamento del personale operativo/strutture organizzative coinvolte nel processo di produzione e controllo di coerenza dei dati prodotti	SI	4	L'obiettivo si intende raggiunto con la produzione del documento indicato e se lo stesso verrà trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Controllo di Gestione.	

UOC Servizio Economico Finanziario

OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE
Gestione ed elaborazione dei modelli di rilevazione periodiche economiche e patrimoniali (Mod. CE ed SP) e riscontro di ogni richiesta dati da parte della regione inerente il Bilancio e la contabilità aziendale.	n. modelli trasmessi nei tempi previsti/n.modelli richiesti	100%	15	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	previo riscontro entro i termini delle UU.OO.CC.
Puntualità dei pagamenti: registrazione contabile delle fatture su piattaforma di fatturazione elettronica entri 15 gg dalla ricezione delle stesse	n.medio di giornate impiegate per la registrazione delle fatture	<= 15 gg	20	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio < = 15 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg	la verifica delle registrazioni verrà effettuata su un campione di 50 fatture
Puntualità dei pagamenti: predisposizione degli ordinativi di pagamento sulla scorta della effettiva trasmissione dei provvedimenti amministrativi adottati dalle Aree competenti	n.medio di giornate impiegate per la definizione delle procedure propedeutiche al processo di pagamento	<= 20 gg	20	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se valore medio < = 20 gg, con abbattimento del peso - del 50% per ritardo medio fra 5 e 8 gg - del 25% per ritardo medio fra 3 e 5 gg - del 10% per ritardo medio fra 1 e 2 gg	previa verifica positiva di Equitalia, DURC, Pignoramenti e disponibilità di cassa
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	16	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	fatta eccezione agli effetti contabili afferenti alla procedura straordinaria del Patrimonio che l'Azienda dovrà porre in essere con apposita gara
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro i tempi richiesti dalla collegio e comunque entro 15gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	16	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	13	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	

UOC Staff

OBIETTIVO	INDICATORE	LORE ATT	PESO	UOS/Servizio di riferimento	PESO RAGGIUNTO
1) Tempestività nell'aggiornamento dei DVR delle varie UU.OO. Aziendali ai sensi del D.Lgs 81/2008 e s.m.i. in caso di cambiamenti sostanziali del ciclo produttivo; 2) Programmazione corsi di formazione in materia di tutela della salute e sicurezza dei luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)	1) n. DVR Aggiornati/n. DVR da aggiornare; 2) n. Corsi effettuati/n. Corsi programmati.	1) 80% 2) 70%	9	SPP	
Rispetto dell'equilibrio volumi ALPI vs istituzionale	Elaborazione report semestrale di verifica volumi alpi vs istituzionale e conseguente gestione anomalie	SI	9	ALPI	
Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura aziendale	Numero di telefonate risolte/numero di telefonate ricevute dall'utenza	100%	8	URP	
1) Elaborazione del Piano Formativo per l'anno in corso 2) Erogazione e rendicontazione dei corsi del Piano Formativo Aziendale inseriti sul sito del Sistema Regionale Accreditamento ECM	1)Trasmissione del documento programmatico alla Direzione Strategica entro il 31 gennaio dell'anno successivo 2) Numero di corsi del P.F.A. inseriti sul sito erogati e rendicontati/Numero totale di corsi del P.F.A. inseriti sul sito Agenas	1) SI 2) => 50%	8	FORMAZIONE	
Controllo, monitoraggio e pianificazione delle attività delle Sale Operatorie dell'ARNAS Civico	Report analisi dei dati attività operatoria	SI/NO	9	COORD SAL OP	
Gestione e monitoraggio delle visite di Sorveglianza Sanitaria per il personale	Visite effettuate/visite programmate	80%	8	SORV SANIT	
Predisposizione e Aggiornamento della Carta dei Servizi aziendale	Trasmissione alla Direzione Aziendale	SI/NO	9	QUALITA'	
Monitoraggio periodico dei Tempi di Attesa per le 69 prestazioni ambulatoriali critiche	Riscontro puntuale alle richieste di monitoraggio dell'Assessorato Salute	100%	8	CUP	
Coordinamento e monitoraggio dei Progetti Obiettivo di Piano Sanitario Nazionale	Attività di supporto e coordinamento alla predisposizione di proposte progettuali a valere su fondi regionali, nazionali e comunitari N di progetti monitorati/N di progetti finanziati Stesura e trasmissione report semestrale Attribuzione del Codice Unico Progetto ai PO di PSN	SI 100% SI SI	8	SIRS	
Inserimento su WHR del Piano del Fabbisogno	Supporto tecnico per l'ARU finalizzato alla corretta configurazione dell'applicativo WHR per la gestione del Piano del Fabbisogno	SI/NO	8	ICT Management	
Trasferimento pazienti da UUOO aziendali a strutture di riabilitazione	N. pazienti trasferiti/N. richieste pervenute	50%	8	Bed Management	
Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	Riscontro puntuale alle richieste di monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e piena collaborazione con il RPCT	SI/NO	8		

UOC Programmazione e Controllo di Gestione

OBIETTIVO	INDICATORE DI RISULTATO	Valore atteso	PESO	Gradazione obiettivo	NOTE
Gestione ed elaborazione del modello di rilevazione LA e riscontro di ogni richiesta dati da parte della regione nei tempi richiesti	n. modelli trasmessi nei tempi previsti/n.modelli richiesti	100%	20		previo invio dei dati, entro i termini, da parte delle UU.OO.CC. di competenza
Applicazione delle azioni assegnate alla Struttura nell'ambito dei Percorsi attuativi di Certificabilità (PAC)	n.azioni intraprese/n.attività previste	100%	20	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Esecuzione delle richieste di verifica e approfondimento provenienti dal Collegio Sindacale	n.adempimenti effettuati entro i tempi richiesti dal collegio e comunque entro 15gg dalla notifica alla UOC/n.tot. richieste notificate alla UOC	100%	20	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	
Rispetto degli obblighi di monitoraggio e pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza	n.adempimenti a obblighi monitoraggio e pubblicazione/n.richieste obblighi monitoraggio e pubblicazione	100%	20		
Invio puntuale dei Flussi Informativi Istituzionali nei tempi previsti	n invii/n previsti	100%	20	L'obiettivo si intende raggiunto per valori >= al 90% con abbattimento del peso - del 25% per valori compresi tra 90 e 100%	

AREA A RISCHIO	PROCEDIMENTO	SUB-PROCEDIMENTO	RESPONSABILE/SOGGETTI COINVOLTI	RISCHIO	LIVELLO RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE/CONTRASTO	MONITO-RAGGIO	INDICATORE
1 - Acquisizione di beni e servizi		Affidamento In urgenza	Provveditorato/ Tecnico/AA.GG.	Definizione di fabbisogni urgenti non reali con caratteristiche quali-quantitative volte a favorire un' impresa.	Alto	Maggiori controlli sulle indagini di mercato e applicazione del principio di equivalenza delle offerte	Report periodico	Valutazione di molteplici offerte
	Acquisti in urgenza,covid		RUP	Criteri di aggiudicazione generici, volti a favorire un’impresa.	Medio	Disciplinare di gara maggiormente standardizzato. Rispetto dei patti di integrità. Applicazione bandi tipo ANAC.	12 mesi	Relazione annuale
	e		Provveditorato	Varietà e complessità dei beni acquistati in ambito sanitario anche in relazione alla introduzione di nuove tecnologie.	Medio	Analisi e documentazione di tutte le fasi del ciclo degli approvvigionamenti, dalla definizione delle necessità (qualificazione del bisogno), alla programmazione dell’acquisto, alla definizione delle modalità di reperimento di beni e servizi, fino alla gestione dell’esecuzione del contratto.	Report periodico	Numero anomalie riscontrate annualmente
	Verifiche in corso di esecuzione dei contratti		Provveditorato Gestione Tecnica Farmacia	Mancata o insufficiente verifica dell’effettivo stato di avanzamento				
						Mappatura dei processi avviata attraverso il PAC.		
			Farmacia	c.s		Ricognizione logistica e delle giacenze di magazzino attraverso inventari trimestrali ed ispezioni nei magazzini di reparto.	Report periodico	Risultanze inventari ed ispezioni

			Provveditorato/ Farmacia	c.s.		Utilizzo di banche dati e/o altri informazioni tecniche/ benchmark intra e/o extra aziendale, che consentano una corretta pianificazione degli approvvigionamenti anche grazie all’utilizzo del sistema informatico in uso.	Report periodico	Controlli a campione
			Provveditorato	c.s.		Adozione di indicatori per la misurazione di anomalie (Es.: nr. di affidamenti di beni infungibili/esclusivi sul totale acquistato; nr. di affidamenti di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza; nr. di proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti; nr. di affidamenti diretti sul totale degli acquisti).	Report periodico	Controlli a campione
			Provveditorato	c.s.		Valutazione documentazione sull’infungibilità di un prodotto.	Report periodico	Evidenza documentale
			Provveditorato	c.s.		Utilizzo dei bandi tipo ANAC per requisiti e modalità di partecipazione	Report periodico	Evidenza documentale
			Provveditorato/Tecnico	Varietà e specificità degli attori coinvolti nell’intero processo di approvvigionamento.	Medio	Garanzia della rotazione di incarichi e affidamenti sia alle ditte che ai professionisti esterni	Report periodico	Controlli a campione sui soggetti affidatari
			Provveditorato	Condizione di potenziale intrinseca “prossimità” di interessi generata dal fatto che i soggetti proponenti l’acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore (rischio frazionamenti ed eccessivo ricorso al principio dell’esclusività/condizioni di gara che interferiscono con la libera concorrenza e creano disparità di trattamento).	Medio	Verifica che i componenti delle commissioni di gara non abbiano interessi o legami parentali con le imprese concorrenti.	Dichiarazioni su conflitto di interesse	Controlli a campione
						Utilizzo di apposita modulistica per le dichiarazioni di conflitti di interesse.	Predisposizione modulistica	Controlli a campione
						Formazione dei professionisti coinvolti mediante moduli dedicati alla gestione dei conflitti di interesse.	Previsione appositi percorsi formativi	Controlli a campione sulla effettiva frequenza
				c.s.		Provenienza delle proposte di acquisto da parte di soggetti diversi dall’utilizzatore (ingegneria clinica), corredate comunque da apposite dichiarazioni in ordine alla “non identificabilità” di produzioni	Supporto ingegneria clinica	Controlli a campione

						specifiche. Effettuazione di apposite indagini di mercato		Controlli a campione
			Provveditorato	Scarsa trasparenza / alterazione della concorrenza in procedure ad evidenza pubblica.	Medio	Divieto per il sanitario di far parte di commissioni per la conformità tecnica, quando lo stesso deve esprimere parere su offerte di ditte che con fondi propri assicurano formazione, master od aggiornamenti scientifici.	Utilizzo apposita modulistica	Controlli a campione
				c.s.		Adozione di apposito regolamento.	Report periodico	Controlli a campione
			Provveditorato/ Tecnico/ AA.GG	Alterazione della concorrenza per incarichi e affidamenti per procedure in economia.	Medio	Utilizzo AVCPASS per affidamenti di importi pari o superiori ad Euro 40.000,00.	Report periodico	Capitolato di gara
						Verifiche a campione per affidamento di importo inferiore ad Euro 40.000,00.	Report periodico	Capitolato di gara
			Provveditorato/ Tecnico/ AA.GG.	Disomogeneità delle valutazioni nella scelta del contraente.	Medio	Stesura di capitolati di gara che prevedano la qualità e la quantità delle prestazioni attese, che individuino univocamente l’attribuzione dei punteggi nelle gare con offerta economicamente più vantaggiosa. Soltanto nei casi previsti dal Codice Unico dei Contratti	Report periodico	Capitolato di gara
			Provveditorato/Tecnico/ AA.GG.	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati.	Medio	Applicazione linee guida ANAC, Codice Unico dei Contratti, AVCPASS.	Report periodico	Controlli a campione
				Scarso controllo del servizio erogato.	Medio	Pubblicazione di un set di dati minimi nella determina a contrarre, nel contratto e in tutti gli ulteriori atti connessi all’appalto, che saranno a cura del DEC e del RUP	Report periodico	Report periodico a cura del DEC
	Scelta del contraente	Predisposizione documentazione di	RUP	Criteri di aggiudicazione, non definiti, univoci od oggettivi	Medio	Pubblicità della determina a contrarre. Adozione dei patti di integrità a pena di esclusione.	Report periodico	Relazione annuale

		gara				Adozione dei bandi tipo ANAC a seconda della tipologia di gara. Coerenza dei criteri di aggiudicazione con le finalità programmate e le esigenze dell'Azienda.		
2 - Comodato d’uso		Aggiudicazione	RUP	Frazionamento/accorpamento appalto ingiustificato	Medio	Monitoraggio appalti di importo inferiore e superiore a Euro 40000,00	Report semestrale	Schema tipo per atti di indizione/ Circolare applicativa
			RUP	Base di gara superiore ai valori di mercato	Medio	Indagini di mercato, verifica prezzi Osservatorio contratti pubblici, adozione dei patti di integrità a pena di esclusione	Report annuale	Relazione
			RUP/Commissione tecnica e aggiudicatrice	Alterazione documentazione di gara e violazione obbligo di riservatezza	Basso	Protocolloazione offerte e conservazione sicura e tracciabile.	Report annuale	Creazione archivio digitale
			Commissione tecnica e aggiudicatrice	Irregolare disamina della documentazione presentata	Basso	Verbalizzazione delle domande ed offerte e dei punteggi assegnati. Ampia motivazione delle esclusioni e delle valutazioni qualitative. Utilizzo esteso PEC	Report annuale	Creazione archivio digitale
		Esecuzione del contratto	Direttore Esecuzione	Verifica della perfetta esecuzione Contabilizzazione di servizi non richiesti, non eseguiti o di qualità inferiore a quella prevista	Medio	Rispetto normativa e Codice di Comportamento. Verifica periodica della contabilità dei servizi	Report periodico	Scarsa qualità percepita dai servizi
			Direttore Esecuzione	Proroghe illegittime, varianti tecniche od economiche non giustificabili	Medio	Adozione delibere autorizzazioni debitamente motivate per ogni eventuale proroga o variante tecnica od economica	Report periodico	Stesura documenti
			Provveditorato	Ricorso sempre più frequente a tale modalità di approvvigionamento.	Medio	Rafforzamento della trasparenza attraverso la pubblicazione dei dati inerenti le relative procedure organizzative. Integrazione delle informazioni sul sito istituzionale con un set minimo di dati concernenti: l’utente; tipologia di tecnologia; estremi dell’autorizzazione della DS; durata/termini scadenza; valore economico della tecnologia; eventuali costi correlati all’uso della tecnologia (es. materiale di consumo).	Report periodico	Pubblicazione su sito istituzionale

3 - Lavori	Ricognizione dei fabbisogni Programmazione	Affidamento	Servizio Tecnico RUP/Direzione Strategica	Programmazione ingiustificata al fine di favorire l'affidamento per determinati concorrenti	Basso	Pubblicità dei criteri di programmazione.	Trimestrale	Stesura documento
			Direzione Generale/Direttore U.O.C. interessata	Nomina RUP inadeguato	Medio	Individuazione RUP tra le risorse interne con adeguata esperienza nel campo dei lavori pubblici. Formazione	6/9 mesi	Report attività di formazione
	Progettazione	Predisposizione atti propedeutici alla gara	RUP/Progettista	Progettazione ingiustificata al fine di promuovere determinati concorrenti e/o settori di mercato	Basso	Verbalizzazione riunioni di progettazione con progettisti interni. Rispetto normativa e Codice di Comportamento.	Annuale	Stesura documenti
	Scelta del contraente	Determinazione a contrarre	RUP	Individuazione criteri di aggiudicazione incoerenti rispetto alle esigenze aziendali al fine di favorire determinati concorrenti	Basso	Pubblicità della determina a contrarre nei tempi di pubblicità nazionale /regionale dei bandi di gara, nel rispetto della vigente normativa	Trimestrale	Aggiornamento continuo dei documenti di gara
			RUP	Criteri di aggiudicazione non definiti, univoci od oggettivi	Basso	Pubblicità della determina a contrarre. Adozione dei patti di integrità . Adozione dei bandi tipo ANAC a seconda della tipologia di gara. Coerenza dei criteri di aggiudicazione con le finalità programmate e le esigenze dell'Azienda.	Trimestrale	Aggiornamento documenti di gara
			RUP	Frazionamento/accorpamento appalto ingiustificato	Alto	Verifica coerenza con la programmazione dei lavori	Semestrale	Studi di fattibilità
	Aggiudicazione	Valutazione offerte	RUP/Commissione tecnica e aggiudicatrice	Alterazione plico/documentazione di gara. Violazione obblighi di riservatezza	Basso	Protocollo offerte e conservazione sicura e tracciabile.	Semestrale	Creazione archivio digitale
			Commissione tecnica e aggiudicatrice	Irregolare disamina della documentazione presentata	Basso	Controllo sugli atti e sulla procedura demandato a più soggetti. Utilizzo esteso PEC	Annuale	Stesura documenti
	Esecuzione del contratto	Direzione esecutiva e contabile	Direzione dei lavori	Contabilizzazione di lavori non eseguiti o di qualità inferiore a quella prevista	Medio	Rispetto normativa e Codice di Comportamento. Verifica periodica della contabilità dei servizi	Trimestrale	Predisposizione apposita modulistica

4 - Gestione servizi appaltati	Rispetto/monitoraggio degli obblighi contrattuali nella fase dell'esecuzione dei lavori		AA.GG./UU.OO. ARNAS	Servizi non eseguiti o qualitativamente inferiori rispetto a quanto previsto dal contratto	Basso	Segnalazione da parte delle UU.OO. ARNAS e contestazione alle Ditte.	Intervento tempestivo da parte del personale addetto	Capitolato speciale d'appalto
				Mancata segnalazione da parte delle UU.OO ARNAS	Medio	Interlocuzioni con le UU.OO. ARNAS	Intervento tempestivo da parte del personale addetto	Capitolato speciale d'appalto
5 - Partecipazione ad eventi formativi	Conferimento incarichi dirigenziali		Direzione Strategica/ARU/Direttori UU.OO.	Rischio di informazione scientifica basata sul rapporto personale tra produttori/venditori e prescrittori in grado di indurre inappropriatezza prescrittiva	Alto	Rotazione e motivazione della scelta del nominativo da inviare all’evento da parte del Direttore dell’U.O. con comunicazione della scelta agli altri specialisti. Applicazione nuovo Regolamento sulla partecipazione agli eventi sponsorizzati	Report periodico Report periodico	Controlli a campione Controlli periodici
6 - Incarichi e nomine			Direzione Strategica/ARU	<u>Incarichi di struttura complessa</u> Assenza dei presupposti programmatori e/o una motivata verifica delle effettive carenze organizzative.	Medio	<u>Incarichi di struttura complessa</u> Verifica coerenza con l’Atto Aziendale , la dotazione organica, le previsionsi normative e regolamentari del settore, le necessità assistenziali della popolazione afferente al bacino di utenza di riferimento, la sostenibilità economico finanziaria nel medio-lungo periodo	Report periodico	Controlli a campione
			Direzione Strategica/ARU	Mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzioni.	Medio	Vincolare il tempo di assegnazione di incarichi temporanei. Individuazione del profilo professionale adeguato alla struttura.	Monitoraggio periodico scadenza incarichi	Rispetto previsioni di legge/Regolamenti aziendali
		Definizione del	Direzione Strategica/ARU	Uso distorto e improprio della discrezionalità	Medio	Pubblicazione dei criteri di selezione dei membri della	Controlli	Rispetto previsioni di legge/Regolamenti

		bando		(richiesta di requisiti eccessivamente dettagliati o generici).		commissione. Garanzia, nella fase di comunicazione e pubblicazione dei risultati, della massima trasparenza nella pubblicazione degli atti.	periodici Controlli periodici	aziendali
			Direzione Strategica/ARU	Accordi per l’attribuzione di incarichi.	Medio	<u>Per gli incarichi a soggetti esterni:</u> massima pubblicizzazione delle esigenze alla base del conferimento delle caratteristiche e competenze professionali funzionali allo svolgimento dell’incarico (come ad esempio regolamenti interni, albi e/o elenchi di professionisti ed esperti), al fine anche di consentire opportune verifiche sul possesso dei requisiti e sul rispetto dei principi di trasparenza, rotazione ed imparzialità.	Controlli a campione	Rispetto previsioni di legge/Regolamenti aziendali
			Direzione strategica /ARU	Eccessiva discrezionalità, nella fase di valutazione dei candidati con l’attribuzione di punteggi incongruenti che favoriscano specifici candidati.	Medio	<u>Per gli incarichi sia interni che esterni:</u> pubblicare tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di Direttore Gen., Direttore San. e Direttore Amm.vo, responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, nonché gli atti di conferimento.	Controlli periodici	Rispetto previsioni di legge/Regolamenti aziendali
		Verifica lavori Commissione esaminatrice	Direzione strategica/ARU	Motivazione generica nell'individuazione del soggetto incaricato	Alto	Verifica lavori commissione esaminatrice	Controlli periodici	Rispetto previsioni di legge
		Riscontro con previsioni Atto Aziendale	Direzione strategica/ARU	Incongruenza con Atto Aziendale	Basso	Pubblicazione sul sito web istituzionale dell'Atto Aziendale. Pubblicazioni aggiornate dei posti vacanti dotazione organica	Cadenza semestrale	Rispetto previsioni di legge
		Programmazione periodica del fabbisogno aziendale	Direzione strategica/ARU	Incongruenza con programmazione periodica del fabbisogno aziendale	Basso	Pubblicazioni sul sito web aziendale dei posti vacanti dotazione organica. Pubblicazione completa verbali procedura.	Cadenza periodica	Rispetto previsioni di legge

7 - Autorizzazione incarichi esterni	Rilascio autorizzazioni	Monitoraggio dotazione organica	Direzione strategica/ARU	Incongruenza con dotazione organica	Basso	Verifica rispetto previsioni Atto Aziendale e dotazione organica. Pubblicazione completa sul sito web atti intermedi e finali della procedura	Cadenza periodica	Rispetto previsioni di legge
		Istruttoria	ARU/U.O. di appartenenza	Conflitto di interessi	Alto	Verifica dei requisiti. Applicazione Regolamento aziendale	Cadenza periodica	Rispetto previsioni di legge
				Omissione comunicazione specifici incarichi	Alto	Verifica coerenza tra pratiche istruite e pratiche pubblicate	Verifica trimestrale	Numero difformità rilevate. Numero controlli effettuati
		Pubblicazione su "Amministrazione Trasparente"	AA.GG.	Incompletezza dei dati pubblicati	Medio	Verifica coerenza tra pratiche istruite e pratiche pubblicate	Verifica trimestrale	Numero difformità rilevate. Numero controlli effettuati
8 - Rotazione del personale			Direzione Strategica /ARU	Consolidarsi di situazioni di privilegio e rischio di collusioni.	Medio	Individuazione degli uffici maggiormente esposti al rischio.	Report periodico	Controlli a campione
						Formazione per il personale particolarmente esposto a rischi.	Controlli periodici sulla effettiva partecipazione	Partecipazione ad eventi formativi specifici
						Individuazione delle modalità di attuazione della rotazione previa mappatura degli incarichi più sensibili e adozione di apposite linee guida.	Controlli periodici	Mappatura periodica
						Reperimento professionalità in grado di sostituire quelle incaricate		
9 - Rapporti tra dipendenti/collaboratori/consulenti e soggetti (persone fisiche o giuridiche) che possano risultare di pregiudizio per l’Azienda.			ARU/Tutti i dipendenti	Danni di qualsiasi tipo a carico dell’Azienda	Medio	Verifiche a campione periodiche	Controlli periodici	Dichiarazione conflitti di interesse
				Vantaggi personali, anche di natura non patrimoniale	Medio	Obbligo di astensione dal prendere decisioni o svolgere attività in situazioni di conflitto di interessi Obbligo di valutare tutte le condizioni che possono dar luogo al verificarsi di un possibile conflitto di interessi		Dichiarazione conflitti di interesse

						Obbligo di comunicare tempestivamente al direttore/responsabile dell'unità operativa preposta ogni situazione di conflitto di interesse al fine di prevenirlo e/o risolverlo	Controlli periodici	Dichiarazione conflitti di interesse
10 - Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage)			ARU	Svolgimento, da parte dei dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Amministrazione, di attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'Amministrazione.	Medio	Inserimento, nei contratti di assunzione, del divieto di prestare attività lavorativa, a qualsiasi titolo, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, per i destinatari di provvedimenti adottati o conclusi con l'apporto del dipendente.	Controlli periodici	Rispetto clausola
			Provveditorato/Tecnico/AA.GG			Comunicazione scritta, della misura di cui al punto precedente, al momento della cessazione del rapporto di lavoro, al dipendente che va in quiescenza.	Controlli periodici	Comunicazione clausola
						Inserimento, nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, della condizione di non aver concluso contratti di lavoro di qualsiasi tipo, nè di aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto.	Controlli periodici	Inserimento clausola
11 - Fatturazioni, incassi, pagamenti, adempimenti fiscali	Gestione fatture	Controllo atti di gestione	Servizio Economico Finanziario	Ritardo nell'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti.	Medio	Garanzia della piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari.	Report periodico	Controlli a campione
				Non rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente.	Basso	c.s	c.s	c.s.
				Liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione.	Basso	c.s.	c.s.	c.s.
				Sovrafatturare o fatturare prestazioni non svolte.	Basso	c.s.	c.s	c.s.
				Effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere.		Dare evidenza, attraverso il sito web istituzionale, del percorso di certificabilità dei bilanci (PAC).	c.s.	c.s.

	Pagamenti	Emissione mandati di pagamento	SEF	Utilizzo/accesso improprio ai programmi gestionali dell'Azienda. Mancato rispetto del criterio cronologico. Pagamenti irregolari	Alto	Controllo a campione del dirigente incaricato sui mandati di pagamento. Accesso alle procedure esclusivamente da parte del personale autorizzato	Personale addetto	Monitoraggio periodico sull'applicativo aziendale di Contabilità.Controllo a campione su varie tipologie di pagamenti.
		Gestione sospesi	SEF	c.s.	Alto	c.s.	Personale addetto	Controlli a campione su varie tipologie di pagamenti.
	Incassi	Emissione reversali di incasso	SEF	Utilizzo/accesso improprio ai programmi gestionali dell'Azienda. Errata attribuzione del conto di ricavo. Trasmissione incompleta della reverse di incasso.	Medio	Tenuta scadenziario per i rapporti con altri enti e con privati	Personale addetto	Controlli a campione sulle varie tipologie di incassi
	Adempimenti fiscali	Adempimenti annuali/versamento mensile IVA/dichiarazioni annuali	SEF	Omessa/tardiva trasmissione delle dichiarazioni, dei versamenti dei tributi.Errata imputazione dei dati	Basso	Tenuta scadenziario fiscale Controllo modelli di dichiarazione e prospetti di calcolo tributi	In relazione alle scadenze, da parte del personale addetto	Controlli da parte dei dirigenti incaricati
12 - Donazioni di denaro	Istruttoria e predisposizione atto deliberativo	Parere Direzione Sanitaria e Direttore U.O. interessata	AA.GG.	Individuazione della destinazione della somma da parte del donante in sede di proposta di donazione nell'ipotesi a) di cui all'art. 8 del Regolamento aziendale	Basso	Acquisizione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi da parte del donante e del Direttore U.O. interessata	Personale addetto alla procedura	Evidenza documentale
13 - Convenzioni	Convenzioni attive in ALPI	Acquisizione richiesta motivata stipula convenzione da parte di Enti pubblici o privati non convenzionati. Verifica presupposti	AA.GG/Direttori UU.OO/Direzione Sanitaria/Direzione Generale	Posizione di incompatibilità e/o conflitto di interessi da parte del personale prestatore d'opera. Insufficiente analisi sulla verifica dei presupposti	Basso	Acquisizione dichiarazione conflitto di interessi da parte del soggetto beneficiario. Verifica assolvimento debito orario quando svolta all'interno. Verifica plus orario anche con codice dedicato. Dichiarazione svolgimento attività fuori dall'orario istituz.le	Personale addetto	Evidenza documentale
	Liquidazione compensi in ALPI		SEF	Omessa acquisizione documenti propedeutici. Svolgimento attività in orario istituzionale o in debito orario.	Basso	Contestazione, diffida ed eventuale sospensione attività o revoca e recupero economico.	Personale addetto	Convenzione

	Convenzioni passive	Richiesta stipula convenzione formulata da un Responsabile di U.O.	AA.GG/Resp.li UU.OO./Direzione Sanitaria/Direzione Generale	Possibile discrezionalità nella scelta dell'operatore esterno anzichè interno	Basso	Verifica da parte della Direzione Sanitaria della fattibilità del servizio richiesto all'interno dell'ARNAS	Personale addetto	Rispetto dei termini
14 - Assicurazioni	Gara centralizzata esperita dalla Regione	Liquidazione delle polizze assicurative a regime auto assicurativo per RCTO, copertura dei rischi RCA, infortuni, All risk, Kasko	AA.GG/Tutte le UU.OO.	Mancata o ritardata denuncia all'assicurazione di un sinistro nei termini previsti	Basso	Attivazione della procedura nei termini, rispetto alle scadenze, quando l'informativa sia pervenuta tempestivamente. Nota/circolare recante invito a comunicare l'evento avverso con maggiore tempestività.	Ufficio Assicurazioni - AA.GG	Evidenza documentale
15 - Donazioni Ingresso di tecnologie all'interno dell'Azienda attraverso comodati d'uso, valutazioni in prova, donazioni	Istruttoria e predisposizione atto deliberativo per donazioni e comodati d'uso	Parere Direzione Sanitaria e Direttore U.O. interessata	AA.GG/Provveditorato/ Patrimonio	Destinazione del bene segnalata dal donante in sede di proposta di donazione. Per le apparecchiature, l'insorgere del vincolo per l'Azienda di acquisto di materiale di consumo esclusivo della ditta produttrice.	Basso	Acquisizione di: - dichiarazione di conflitto di interesse da parte della ditta e del Direttore dell'U.O. interessata. - dichiarazione attestante che l'apparecchiatura non necessita di materiale esclusivo. Coinvolgimento delle strutture aziendali interessate e applicazione del Regolamento Aziendale sulle donazioni.	Personale addetto	Controlli a campione

16 - Contenzioso	Gestione sinistri	Apertura sinistro, istruttoria, trasmissione del fascicolo al CAVS/Compagnia Assicurativa	AA.GG.	Ritardi degli altri Uffici nella trasmissione di dati e di relazioni necessari	Basso	Solleciti alle varie UU.OO. e/o ai soggetti coinvolti. Comunicazione dei ritardi nella trasmissione dei dati d'interesse Invio documentazione all'U.O. Medicina Legale e/o richiesta consulenza specialistica.	Personale addetto	Evidenza documentale
	Conferimento incarico legale	Predisposizione atto deliberativo d'incarico senza nominativo in quanto individuato dalla Direzione Strategica	Servizio legale	Possibile conflitto di interessi	Basso	Verifica dell'iscrizione del legale individuato nell'Albo aziendale. Pubblicazione sul sito aziendale dei curricula dei legali e delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi.	Personale addetto	Richiesta documentata attività del legale
	Liquidazione spese legali	Predisposizione atto deliberativo	Servizio legale	Applicazione di trattamenti economici non omogenei	Basso	Applicazione di disciplinari di incarico conformi all’avviso fatto dalla Azienda per la costituzione di un elenco di avvocati esterni con l’applicazione dei parametri forensi vigenti ai minimi.	Personale addetto	Pubblicazione importi
							Personale addetto	Report periodici
17 - Gestione patrimonio	Acquisto o locazione di immobili		U.O. Patrimonio	Favorire, nella gestione dei beni immobili, condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l’interesse della controparte rispetto a quello dell’amministrazione.	Medio	Rafforzare le misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio (informazioni sugli immobili di proprietà di cui all’art. 30 del D.lgs.33/2013.) Garantire il rispetto degli obblighi di trasparenza rispetto a modalità di messa a reddito, patrimonio non utilizzato ai fini istituzionali, esito procedure dismissione/locazione, redditività delle procedure.	Personale addetto	Report periodici
	Beni immobili e immobilizzazioni	Cancellazione libro cespiti beni immobili dichiarati fuori uso	U.O. Patrimonio	Mancata tracciabilità	Medio	Regolamentazione Aziendale e adozione modulistica con verifica presenza relative attestazioni per tipologia del bene. Verifiche propedeutiche alla proposta di atto deliberativo per fuori uso.	Personale addetto	Report periodici

		Registrazione dati sul registro cespiti: beni immobili ed immobilizzazioni	U.O. Patrimonio	Inserimento beni in mancanza di documentazione contabile a supporto	Alto	Verifica della completezza e della regolarità della documentazione a supporto/individuazione della corretta causale di acquisizione. Verifica dei corretti adempimenti propedeutici	Personale addetto	Report contabile trimestrale
		Trasferimento beni da/a U.O	U.O. Patrimonio	Mancata tracciabilità dei beni	Medio	Verifica correttezza centri di costo di provenienza e di destinazione. Utilizzo e controllo modulistica aziendale.	Personale addetto	Inserimento registro cespiti
18 - Ispezioni e verifiche								
	Ispezioni e verifiche		Personale incaricato di svolgere attività ispettiva, di verifica e di controllo./Servizio Ispettivo Aziendale.	Omissioni, parzialità e discrezionalità nell’esecuzione di ispezioni, verifiche e controlli. Manomissione dei sistemi informatici aziendali. Mancata applicazione delle sanzioni previste da norme e regolamenti.	Medio	Procedure standard per l’attività di vigilanza, controllo e ispezione. Controlli effettuati in coppia o in èquipe (quando possibile). Rotazione del personale ispettivo. Audit interni e supervisione. Codice di comportamento dei dipendenti. Procedura per la segnalazione di illeciti e di irregolarità. Regolamento aziendale servizio ispettivo.	Annuale	Utilizzo di strumenti di controllo e di verifica standardizzati. Report annuale

19 - Presenza/ assenza del personale			ARU	Omissioni e/o esercizio di discrezionalità e/o parzialità nello svolgimento delle attività di verifica che consentano ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/ sanzioni derivanti, con conseguenti indebiti vantaggi.	Medio	Introduzione nel Codice di comportamento di disposizioni dedicate al personale ispettivo stesso.	Esecuzione delle disposizioni	Controlli a campione
20 - Liste di attesa	Gestione liste di attesa e prenotazioni	Prenotazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali in regime istituzionale – primo accesso	UU.OO.mediche e sanitarie/Direzioni Mediche di presidio/Direzione Sanitaria ARNAS/Resp.le liste di attesa	Gestione scorretta delle liste di attesa per favorire particolari utenti . Utilizzo improprio delle liste di attesa e della comunicazione con gli utenti per indurre il ricorso alla libera professione.	Medio	Prenotazione effettuata tramite CUP con dipendenti aziendali e personale non strutturato. Rilevamento periodico dei tempi di attesa per prestazioni critiche con pubblicazione dei risultati sul portale internet. Rispetto del Codice di Comportamento da parte di tutti gli operatori coinvolti. Adesione al nuovo processo di informatizzazione aziendale.	Report periodico	Regolare funzionamento del CUP
		Prenotazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali in regime istituzionale – visite successive	CUP/UU.OO.mediche e sanitarie/Direzioni Mediche di presidio/Direzione Sanitaria ARNAS/Resp.le liste di attesa	Utilizzo improprio delle liste di attesa e della comunicazione con gli utenti per indurre il ricorso alla libera professione.	Basso	Controlli sulla regolare tenuta delle agende di prenotazione	Report periodico	Controlli sulla regolare tenuta delle agende di prenotazione
		Prenotazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali in regime libero professionale svolta presso spazi aziendali	Dirigenti medici che svolgono ALPI presso spazi aziendali/Referente Az. ALPI/	Elusione delle norme regolamentari ai fini dell’indebita percezione di denaro. Pagamenti effettuati direttamente al professionista	Medio	Prenotazione prestazioni da parte del medico erogante. Effettuazione pagamenti presso l’Ufficio Ticket. Elaborazione di report sintetici sulle prestazioni in ALPI	Report periodico	Controlli sulla corrispondenza prenotato/erogato/incassato. Rispetto degli adempimenti contabili per l’ALPI svolta presso gli spazi aziendali. Pagamenti tramite Ufficio ticket. Elaborazione materiale informativo. Raffronto report attività amb. in regime ist.le/ALPI
		Erogazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali in regime istituzionale	CUP/Dirigenti medici/Ufficio ticket/SEF/Direzione Sanitaria ARNAS	Percezione indebita di denaro per prestazioni dovute (peculato). Falsificazione di atti per ottenere profitti ingiusti a	Medio	Codice penale (art.314) Codice di comportamento generale ed aziendale. Regolamento ALPI	Report periodici	Controlli sulla corrispondenza prenotato/erogato/incassato Raffronto report attività

21 - Mancata disdetta prestazione sanitaria	Ricoveri in elezione		Dir. Mediche di Presidio	danno del Servizio Pubblico (truffa aggravata). Abusi nella gestione dei rimborsi per prestazioni non effettuate e nell'applicazione delle sanzioni amministrative per mancata disdetta della prenotazione.				amb. in regime ist.le/ALPI
				Mancato rispetto delle priorità di accesso ai ricoveri	Alto	Applicazione di apposito regolamento in via di adozione	Trimestrale	Avvenuta centralizzazione delle liste
	Recupero somme per mancata disdetta prestazione sanitaria	Inoltro da parte del CUP dei fogli di prenotazione degli utenti che non si sono presentati alla visita nella giornata stabilita e non hanno effettuato nei tempi utili la relativa disdetta	CUP/SEF	Mancato introito prestazione	Medio	Attivazione procedura apposita	Periodico	Attivazione procedura entro il 31/12/2020
		Richiesta di rimborso all'utente tramite lettera contenente le informazioni utili ai fini del relativo pagamento	Uffici interessati (CED/UU.OO.CC.)	Mancato introito prestazione		Implementazione del sistema di prenotazione con elaborazione di report su drop out	Periodico	Adozione regolamento entro il 31/12/2020
		Trasmissione elenchi dei pazienti all'Ufficio Ticket e richiesta al SEF della stampa degli incassi per accertare l'eventuale avvenuto pagamento	Ufficio Ticket/SEF/Addetti alla procedura	CUP/SEF	Medio	Implementazione della procedura informatica del CUP	Periodico	Adozione regolamento entro il 31/12/2020

22 - Attività Libero Professionale	Verifica preventiva della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'ALPI		Ufficio A.L.P.I./Controllo di gestione/Flussi informativi CUP	Comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti.	Medio	Negoziazione dei volumi di attività in A.L.P.I. in relazione agli obiettivi istituzionali. Istituzione di un sistema centralizzato di prenotazione.	Verifiche periodiche da parte del personale addetto alla procedura	Verifiche al 100%
			Tecnico/Direzioni Mediche di presidio	Svolgimento ALPI in promiscuità con attività istituzionale	Medio	Ricognizione, verifica e attivazione degli spazi utilizzabili per lo svolgimento dell’ A.L.P.I. tra quelli afferenti al patrimonio immobiliare dell’ Azienda.	Controlli periodici a campione da parte del personale addetto	Rispondenza tra quanto dichiarato e le condizioni effettive di svolgimento dell'attività.
			C.U.P/Ufficio ALPI/Informatizzazione/Dir. Mediche presidio	Mancata informatizzaz. delle liste di attesa e mancato monitoraggio dei tempi di attesa e dei relativi raffronti tra attività svolta in regime istituzionale e regime libero-professionale.	Alto	Implementazione di agende informatizzate per l’A.L.P.I., per i ricoveri e per l’attività ambulatoriale	Verifica stato di avanzamento dei processi	Utilizzo agende informatizzate
	Verifica irregolarità poste in essere dai dirigenti e da altri soggetti/organismi		Ufficio ALPI/U.O. Qualità/Tecnico/CUP/URP	Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale.	Medio	Sezione informativa dedicata nel sito internet aziendale Carta dei servizi aggiornata, cartelli di informazione all’utenza.	Controlli periodici a campione	Disponibilità delle informazioni secondo le modalità previste ed aggiornamento almeno annuale
			ARU/Commissione ALPI	Svolgimento della libera professione in orari di servizio o in orari diversi da quelli autorizzati.	Medio	Confronto campionario di timbrature F3, attività ispettive occasionali in loco.	Controlli periodici a campione	Evidenza documentale dei controlli effettuati
			CUP Dir. Mediche di Presidio/Commissioni ALPI/Servizio Ispettivo	Erogazione di prestazioni prima che le stesse siano pagate dall’utenza.	Alto Alto	Agenda informatizzata con software dedicato. Verifica campionaria presso ambulatori su pazienti in attesa della visita.	Periodico Periodico	Esiti controlli effettuati Esiti controlli effettuati
			Responsabili UU.OO -Direzioni Mediche di presidio - Ufficio ALPI/ Controllo di gestione	Trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione.	Medio	Programmazione e diffusione di orari differenziati per l’attività A.L.P.I. Verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione.	Periodico Periodico	Esiti controlli effettuati Esiti controlli effettuati

23 - Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	Programmazione del fabbisogno e gestione del magazzino		Provveditorato/Farmacia/Direttori Dipartimento/Direttori UU.OO.CC.	Induzione a favorire determinate case farmaceutiche piuttosto di altre a fini personali.	Alto	Regolamento per la tenuta della contabilità di magazzino. Procedura informatizzata di gestione dei farmaci con completa tracciabilità dei processi e dei prodotti.	Farmacia/SEF Report trimestrale sulle giacenze di magazzino e sui dati di consumo	Regolare svolgimento dell'attività di controllo e di reportistica
				Potenziali rischi connessi al ciclo degli approvvigionamenti dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto.	Medio	Gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte, nonché l’informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione per rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-paziente.	Report trimestrale	Regolare svolgimento dell'attività di controllo e di reportistica
			Dirigenti medici/Farmacia	Comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di eventi avversi.	Medio	Puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all’associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente.	Report trimestrale	Regolare svolgimento dell'attività di controllo e di reportistica
				Prescrizioni ripetute favorenti la diffusione di un particolare farmaco e/o la frode al Servizio Sanitario Nazionale.	Alto	Introduzione di specifiche regole di condotta nel Codici di Comportamento Aziendale.	Inserimento disposizioni specifiche	Controlli a campione
			Direzioni Mediche di presidio/Farmacia	Omissioni e/o irregolarità nell’attività di vigilanza e controllo quali- quantitativo delle prescrizioni da parte dell’ Azienda.	Medio	Controlli/ispezioni periodici	Report periodici	Regolare svolgimento dell'attività di controllo e di reportistica
		Gestione impropria del magazzino centrale	Farmacia/SEF	Furto di beni e falsificazione contabile. Traffico illecito di farmaci e dispositivi	Basso	Informatizzazione del magazzino con piena tracciabilità dei processi e dei prodotti. Verifica periodica delle giacenze di magazzino. Adozione di adeguate misure di sorveglianza dei locali	Report periodici	Regolare tenuta della contabilità di magazzino
		Accesso alle strutture da parte di rappresentanti di case farmaceutiche e di Informatori Scientifici del farmaco o di altri prodotti	Dirigenti medici/Farmacia/Direzioni mediche di presidio	Induzione ad utilizzare specifici prodotti sulla base di premi o vantaggi pecuniari o in natura	Medio	Applicazione Regolamento aziendale per l'Informazione Scientifica	Misure specifiche previste dal Regolamento	Regolare svolgimento dell'attività di controllo da parte del personale addetto.

24 - Ricerca, sperimentazioni, sponsorizzazioni e didattica	Svolgimento della sperimentazione e liquidazione somme	Ricezione fatture. Comunicazione e liquidazione compensi al personale che ha partecipato alla sperimentazione	Sperimentatori/AA.GG./SEF	Rischio di favoritismi nella sia nella fase dei contatti preliminari tra sperimentatore e sponsor che al momento della liquidazione delle somme a conclusione della sperimentazione	Medio	Applicazione Regolamento aziendale sulle modalità di conduzione delle sperimentazioni cliniche presso l’A.R.N.A.S e ripartizione dei compensi.	Direzioni mediche di presidio	Verifiche a campione sul rispetto delle disposizioni regolamentari in materia di ripartizione dei compensi.
		Modalità svolgimento sperimentazione	Sperimentatori/AA.GG./SEF	Rischio di non corretta applicazione del protocollo e/o di manipolazione dei risultati durante la conduzione dello studio.	Medio	Controlli a campione su sperimentazioni in corso	Direzioni mediche di presidio	Percentuale di corrispondenza al Protocollo originario approvato dal Comitato Etico
	Sponsorizzazioni per congressi, eventi....	Ricezione/esame proposte di sponsorizzazione per partecipare ad eventi - Individuazione del professionista	Personale sponsorizzato/Direttori UU.OO./ARU	Discrezionalità nella designazione dei professionisti beneficiari. Induzione all'utilizzo di determinati presidi, farmaci. Conflitti di interesse con le finalità istituzionali dell'Azienda.	Medio	Applicazione Regolamento aziendale sugli eventi sponsorizzati e relativa modulistica. Verifica inesistenza incompatibilità con le finalità istituzionali dell'Azienda. Verifica coerenza della proposta con i bisogni formativi individuati nel Piano formativo aziendale.	ARU	Verifica a campione delle richieste pervenute. Compilazione da parte di tutti i beneficiari della dichiarazione di assenza di conflitto di interesse.
	Attività formativa e docenze remunerate su richiesta di enti esterni	Ricezione/esame richieste di autorizzazione allo svolgimento di attività formativa/docenza	Personale aziendale/U.O. Formazione	Rischio conflitto di interesse con le finalità istituzionali dell'Azienda. Remunerazione difforme dalle tariffe regionali per attività formative.	Medio	Verifica inesistenza incompatibilità con le finalità istituzionali dell'Azienda. Verifica esistenza, o meno, di situazioni di conflitto di interesse nel materiale formativo (diapositive, relazioni.....) Verifica coerenza con le tariffe regionali per le attività formative.	ARU	Verifiche a campione delle richieste pervenute. Compilazione da parte di tutti i beneficiari della dichiarazione di assenza di conflitto di interesse.
	Donazioni e comodato d'uso	Proposte di donazioni/comodato gratuito a favore dell'Azienda	AA.GG/utilizzatori	Induzione a spese impreviste e non programmate (es. impiego di materiale di consumo esclusivo e dedicato)	Medio	Obbligo per gli sponsor di produrre dichiarazione di assenza di oneri per l'Azienda e di assenza di conflitto di interessi.	AA.GG.	Applicazione del Regolamento aziendale.
25 - Utilizzo di fondi destinati a progetti di ricerca e progetti per obiettivi di PSN	Modalità utilizzo fondi per p.o. PSN		Direzione Strategica	Utilizzo distorto dei fondi assegnati per finalità diverse da quelle programmate	Alto	Controllo sui singoli progetti quanto alla corretta e pertinente destinazione dei fondi assegnati	Controllo a monte delle proposte degli atti deliberativi con particolare	Adozione regolamento specifico

							riferimento alla congruenza e alla pertinenza dei fondi dei singoli progetti	
			SIRS/Provveditorato/SEF/ARU	Eccessività delle spese rispetto agli obiettivi assegnati	Alto	Programmazione chiara e trasparente delle spese rispetto agli obiettivi assegnati	Elaborazione report trimestrale mediante procedura informatizzata condivisa tra tutti i soggetti coinvolti nella gestione delle voci di spesa	Adozione regolamento specifico
			SIRS/SEF	Mancata ed incompleta descrizione della destinazione specifica delle risorse	Alto	Rendicontazione interna ed analitica delle spese sostenute per singolo progetto da trasmettere ai Direttori UU.OO./Uffici/Servizi interessati e al Collegio Sindacale Rendicontazione trimestrale, per il tramite della Direzione Strategica, agli organi di controllo esterno.	Elaborazione report trimestrale mediante procedura informatizzata condivisa tra tutti i soggetti coinvolti nella gestione delle voci di spesa	Adozione regolamento specifico
26 - Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero	Gestione della salma dall'arrivo in camera mortuaria al rilascio		Direzione Sanitaria A.R.N.A.S/Direzioni mediche di presidio/AA.GG.	Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili e segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili.	Alto	Adozione di specifiche regole di condotta all’interno dei codici di comportamento, come ad es: obblighi di riservatezza relativi all’evento del decesso cui devono attenersi gli operatori addetti al servizio. Formazione del personale addetto. Monitoraggio dei tempi di assegnazione anche al fine di riscontrare eventuali proroghe ripetute e/o un eccessiva concentrazione verso una stessa impresa o gruppo di imprese.	Periodico Percorsi formativi specifici Report periodici	Analisi periodica (semestrale) degli interventi delle diverse imprese funebri per monitorare eventuali concentrazioni di chiamate a vantaggio di una o più pompe funebri Controlli periodici Controlli a campione

						Predisposizione di modulistica interna obbligatoria che individui il percorso della salma dal reparto (luogo del decesso) fino alla dimissione. Cartellonistica nella camera mortuaria (diritti e doveri dell'utenza).	Report periodici Report periodici	Controlli a campione Controlli a campione
			Tutto il personale addetto	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).	Alto	Formazione del personale.	Percorsi formativi specifici	Controlli periodici
27 - Sicurezza sul lavoro			Direzione Strategica / Servizio Prevenzione e Protezione/UOS Sorveglianza Sanitaria/RLS	Induzione ad una non corretta valutazione del rischio negli ambienti di lavoro, sia in termini di carenza che in termini di sopravvalutazione.	Alto	Controllo degli organismi interni sui luoghi di lavoro. Ispezioni delle strutture pubbliche preposte alla vigilanza	Periodico	Verifiche rispetto normativa antinfortunistica
			Direzione Generale	Induzione ad una mancata vigilanza sul rispetto degli obblighi che gravano sui dirigenti, sui preposti, sui lavoratori, sul medico competente e sugli appaltatori.	Alto	Riunione annuale con tutti gli attori della sicurezza	Periodico	Numero incidenti sul lavoro
28 - Relazioni sindacali	Contratti integrativi	Verifica requisiti potere di rappresentatività delle OO.SS. Contrattazione integrativa Stipula contratto	Responsabile Ufficio Relazioni sindacali Responsabile Ufficio Relazioni sindacali Responsabile Ufficio Relazioni	Mancato rispetto dei confini e/o ambiti di contrattazione Irregolare utilizzo delle disponibilità finanziarie dei fondi specifici. Irregolare istruttoria dei punti all'ordine del giorno. Inapplicazione delle norme contrattuali e contabili Irregolare utilizzo delle	Basso Medio Medio	Miglioramento continuo collaborazione con le OO.SS. Verifica potere di rappresentatività delle singole OO.SS. Aggiornamento continuo dei sistemi informatici di comunicazione e scambio dati con le OO.SS. Eliminazione della produzione cartacea	Annuale Annuale	Verifica sul sito ARAN della percentuale, a livello nazionale, del numero degli iscritti Verifica documentale /certificazione finanziaria da parte degli uffici finanziari aziendali. Pubblicazione atti. Verifica osservanza tempistica di trasmissione e

		integrativo	sindacali	disponibilità finanziarie dei fondi specifici. Inosservanza delle norme contrattuali e contabili		Pubblicazione sul link ipertestuale in "Amministrazione Trasparente" con collegamento al sito ARAN	Tempestiva	pubblicazione sul sito ARAN/certificazione finanziaria da parte degli organi di controllo. Pubblicazione atti.
	Accesso agli atti di interesse sindacale		Responsabile Ufficio Relazioni sindacali	Mancato e/o incompleto rilascio della documentazione	Basso		Report periodico	Verifica semestrale/ segnalazione inadempienze e solleciti.
	Permessi e distacchi sindacali		Responsabile Ufficio Relazioni sindacali	Rilascio autorizzazione irregolare per mancanza di requisiti. Monte ore permessi sindacali non conforme o sufficienti	Medio		Report periodico	Attivazione provvedimenti specifici e pubblicazione
29 - Attività deliberativa	Adozione atto deliberativo e pubblicazione		Segreteria deliberante	Mancata pubblicazione nei termini previsti. Incompletezza documenti pubblicati	Medio	Verifica completezza prima della pubblicazione. Adozione software per collegamento applicativo tra il Repertorio Delibere ed il sito web istituzionale per la pubblicazione automatica all’Albo Pretorio <i>on line</i>	Annuale	Verifica avvenuta pubblicazione ai sensi della L.R. n.30/1993/ Pubblicazione all’Albo <i>on line</i>
	Accesso agli atti deliberativi		Segreteria deliberante	Mancato e/o incompleto rilascio della documentazione. Ritardo accesso oltre i termini.	Medio	Calendarizzazione delle richieste e avviso scadenze. Utilizzo sistemi informatici intranet per le interlocuzioni con strutture e/o uffici che detengono informazioni utili.	Semestrale	Verifica segnalazioni, inadempienze e solleciti
30 - Protocollo informatico	Protocollo dei documenti mediante procedura informatica		Addetti alla procedura	Distruzione/sottrazione documenti; apertura buste contenenti offerte di gara. Sviata individuazione degli assegnatari per competenza e per materia. Ritardo nella registrazione dei documenti in entrata. Comunicazione/diffusione notizie su documenti protocollati a soggetti estranei. Apertura buste indirizzate nominalmente e riservate. Rettifica attività di protocollazione.	Medio	Evidenza documentale/segnalazioni	Addetti alle procedure	Segnalazioni

UOC Affari Generali

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Acquisizione di servizi: - adesione gara centralizzata esperita dalla Regione - autorizzazione espletamento procedura MEPA	Definizione di fabbisogni urgenti non reali con caratteristiche qualitative quantitative volte a favorire un'impresa	Maggiori controlli sulle indagini di mercato e applicazione del principio di equivalenza delle offerte	Report periodico				
Programmazione dei fabbisogni di servizi	Varietà e complessità dei servizi in ambito non sanitario	Analisi e documentazione di tutte le fasi del ciclo dalla definizione delle necessità (quantificazione del bisogno), alla programmazione, alla definizione delle modalità di reperimento dei servizi fino alla gestione dell'esecuzione del contratto	Report periodico				
	Disomogeneità delle valutazioni nella scelta del contraente	Stesura di capitolati di gara che prevedano la qualità e la quantità delle prestazioni attese, che individuino unicamente l'attribuzione dei punteggi nelle gare con offerta economicamente più vantaggiosa. Soltanto nei casi previsti dal Codice Unico dei Contratti					

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Programmazione dei fabbisogni di servizi	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati	Applicazione linee guida ANAC, Codice Unico dei contratti, AVCPASS	Report periodico				
	Scarso controllo del servizio erogato	Pubblicazione di dati minimi nella delibera a contrarre; indicazione adempimenti nel contratto e in tutti gli ulteriori atti connessi all'appalto, che saranno a cura del DEC e del RUP	Report periodico				
	Criteri di aggiudicazione, non definiti, univoci od oggettivi	Pubblicità della delibera a contrarre. Adozione di patti di integrità a pena di esclusione. Adozione di bandi tipo ANAC a seconda della tipologia di gara. Coerenza dei criteri di aggiudicazione con le finalità programmate e le esigenze dell'Azienda	Report periodico				
	Base di gara superiore ai valori di mercato	Consultazioni preliminari di mercato, verifica prezzi osservatorio contratti pubblici, adozione dei patti di integrità a pena di esclusione	Report annuale				
Gestione servizi appaltati	Servizi non eseguiti o qualitativamente inferiori rispetto a quanto previsto dal contratto	Segnalazione da parte delle UU.OO. ARNAS e contestazione alle ditte	Intervento tempestivo da parte del personale addetto				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Gestione servizi appaltati	Mancata segnalazione da parte delle UU.OO ARNAS	Interlocuzione con le UU.OO ARNAS	Intervento tempestivo da parte del personale addetto				
	Verifica della perfetta esecuzione. Contabilizzazione dei servizi non richiesti, non eseguiti o di qualità inferiore a quella prevista	Rispetto normativa e codice di comportamento. Verifica periodica della contabilità dei servizi	Report periodico				
	Proroghe illegittime, varianti tecniche od economiche non giustificabili	Adozioni delibere, autorizzazioni debitamente motivate per ogni eventuale proroga o variante tecnica o economica	Report periodico				
Pantouflage	Svolgimento di attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dell'attività dell'Amministrazione da parte di dipendenti con poteri autoritativi che sono andati in quiescenza da meno di tre anni	Comunicazione scritta al momento della cessazione del rapporto di lavoro al dipendente che va in quiescenza	Controlli periodici				
Pubblicazione su "Amministrazione trasparente"	Incompletezza dei dati pubblicati	Verifica tra pratiche istruite e pratiche pubblicate	Verifica trimestrale				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Autorizzazioni incarichi esterni	Omissione di comunicazione per specifici incarichi	Verifica per incompatibilità o conflitto di interessi: verifica delle informazioni riportate nei moduli a seconda della tipologia di incarico con apposito nulla osta da parte dei Direttori di UO o Capi dipartimento:	Verifica trimestrale				
Rilascio autorizzazione	Incompletezza dei dati pubblicati	Verifica tra pratiche istruite e pratiche pubblicate	Verifica trimestrale				
Donazioni di denaro	La destinazione della somma donata da parte del donante in sede di proposta di donazione art. 8 del regolamento aziendale	Acquisizione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi da parte del donante e del direttore U.O. interessata	Controllo della procedura documentale				
Donazioni di beni	Destinazione del bene segnalata dal donante in sede di proposta di donazione. Per le apparecchiature il vincolo dell'Azienda di acquisto di materiale di consumo esclusivo della ditta produttrice	Dichiarazione di conflitto di interesse da parte della ditta e del direttore dell'UO interessata Dichiarazione attestante che l'apparecchiatura non necessita di materiale esclusivo. Coinvolgimento delle strutture aziendali interessate, acquisizione del parere della direzione sanitaria aziendale e applicazione del Regolamento aziendale sulle donazioni	Controlli periodici				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Convenzioni	Posizione di incompatibilità e/o conflitto di interessi da parte del personale prestatore d'opera. Insufficiente analisi sulla verifica dei presupposti	Acquisizione dichiarazione assenza conflitto di interessi da parte del soggetto beneficiario. Verifica assolvimento debito orario quando svolta all'interno. Verifica plus orario con codice dedicato Dichiarazione svolgimento attività fuori dall'orario istituz.le	Evidenza documentale. Controlli periodici propedeutici al pagamento demandati agli uffici competenti				
Assicurazioni	Mancata o ritardata denuncia all'assicurazione di un sinistro nei termini previsti	Attivazione della procedura nei termini rispetto alla scadenza quando l'informativa sia pervenuta tempestivamente. Nota o Circolare recante invito a comunicare l'evento avverso con maggiore tempestività	Controlli periodici				
Contenzioso	Ritardi degli altri Uffici nella trasmissione di dati e di relazioni attinenti al sinistro	Solleciti alle varie UU.OO. e/o ai soggetti coinvolti. Comunicazione di eventuali ritardi nella trasmissione dei dati di interesse. Invio documentazione all'U.O. Medicina Legale e/o richiesta consulenza specialistica	Evidenza documentale				

UOC Area Risorse Umane

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Incarichi e nomine	Incarichi di struttura complessa Assenza dei presupposti programmatori e/o una motivata verifica delle effettive carenze organizzative	Verifica coerenza con l'Atto Aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore, la sostenibilità economica	Report Periodico contenente gli incarichi portati a termine				
	Mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzione	Vincolare il tempo di assegnazione di incarichi temporanei Individuazione del profilo professionale adeguato alla struttura	Monitoraggio periodico della scadenza degli incarichi e trasmissione alla direzione strategica				
	Uso distorto e improprio della discrezionalità	Pubblicazione dei criteri di selezione dei membri della Commissione	Controlli periodici del rispetto della norma				
	Richiesta di requisiti eccessivamente dettagliati e/o generici	Garanzia nella fase di pubblicazione dei risultati della massima trasparenza nella pubblicazione degli atti	Controlli periodici del rispetto della norma				
	Accordi per l'attribuzione di incarichi	Per gli incarichi a soggetti esterni	Controlli a campione				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
		Massima pubblicizzazione delle esigenze alla base del conferimento delle caratteristiche e competenze professionali funzionali allo svolgimento dell'incarico al fine di consentire opportune verifiche sul possesso dei requisiti e sul rispetto dei principi di trasparenza rotazione ed imparzialità	Controlli a campione				
	Eccessiva discrezionalità nella fase di valutazione dei candidati con l'attribuzione di punteggi incongruenti che favoriscono specifici candidati	<u>Per gli incarichi sia esterni che interni</u> Pubblicare tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento incarichi di responsabili di dipartimento, strutture semplici e complessi, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure nonché gli atti di conferimento	Controlli Periodici				
Verifica lavori della Commissione	Motivazione generica nell'individuazione del soggetto incaricato	Verifica di aderenza formale ai dettagli dei bandi	Controlli in fase di approvazione atti				
Monitoraggio dotazione organica	Incongruenza con dotazione organica	Verifica rispetto previsioni Atto Aziendale e dotazione organica	Pubblicazioni sul sitoweb aziendale dei posti vacanti dotazione organica. Pubblicazione completa verbali procedura.				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Monitoraggio dotazione organica	Programmazione periodica del fabbisogno aziendale incongruenza con programmazione periodica del fabbisogno aziendale						
	Consolidarsi di situazioni di privilegio e rischio di collusione	Individuazione degli uffici maggiormente esposti al rischio	Report verifiche semestrali				
		Formazione del personale particolarmente esposto ai rischi	Controlli periodici				
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro pantouflage	Svolgimento da parte dei dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritari di negozializzazione per conto dell'Amministrazione di attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'Amministrazione	Inserimento nei contratti di assunzione, del divieto di prestare attività lavorativa, a qualsiasi titolo, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, per i destinatari di provvedimenti adottati o conclusi con l'apporto del dipendente. Comunicazione scritta della misura di cui al punto precedente, al momento della cessazione del rapporto di lavoro, al dipendente che va in quiescenza.	Controlli periodici				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Presenza/assenza del personale	Omissioni e/o esercizio di discrezionalità e/o parzialità nello svolgimento delle attività di verifica che consentono ai destinatari oggetto di controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti, con conseguenti indebiti vantaggi	Introduzione nel codice di comportamento di disposizioni dedicate al personale ispettivo stesso	Esecuzione delle disposizioni				
Utilizzo di fondi destinati a progetti di ricerca e progetti di PSN	Modalità utilizzo fondi per P.O. PSN	Incoerenza delle spese rispetto agli obiettivi assegnati Programmazione chiara e trasparente delle spese rispetto agli obiettivi assegnati	Elaborazione report trimestrale mediante procedura informatizzata condivisa tra tutti i soggetti coinvolti nella gestione delle voci di spesa				
Relazioni sindacali	Verifica requisiti potere di rappresentanza delle OO.SS.	Miglioramento continuo collaborazione con le OO.SS verifica potere di rappresentatività delle singole OO.SS					
	Mancato rispetto dei confini e/o ambiti di contrattazione						

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
	Contrattazione integrativa Irregolare utilizzo delle disponibilità finanziarie dei fondi specifici. Irregolare istruttoria dei punti all'ordine del giorno. Mancata applicazione delle norme contrattuali e contabili	Aggiornamento continuo dei sistemi informatici di comunicazione e scambio dati con le OO.SS. Eliminazione della produzione cartacea	Annuale				
	Stipula contratto integrativo irregolare utilizzo delle disponibilità finanziarie dei fondi specifici. Inosservanza delle norme contrattuali e contabili	Pubblicazione sul link ipertestuale in "Amministrazione Trasparente" con collegamento al sito ARAN	Tempestiva				
	Accesso agli atti di interesse sindacale Permessi e distacchi sindacali	Mancato e/o incompleto rilascio della documentazione Rilascio autorizzazione irregolare per mancanza di requisiti Monte ore permessi sindacali non conforme o sufficienti	Report monitoraggio				

UOC Economico-Finanziario

AREA RISCHIO	PROCEDIMENTO	SUB PROCEDIMENTO	TIPOLOGIA DI RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE/CONTRA STO	MONITORAGGIO	SI	NO	SE NO PERCHÈ	NOTE
Fatturazioni, incassi, pagamenti, adempimenti fiscali	Gestione fatture	Controllo atti di gestione	Ritardo nell'erogazion e di <u>compensi</u> dovuti rispetto aitempi contrattualme nte previsti	Garanzia della piena tracciabilità etrasparenza dei flussi contabili e finanziari.	Report periodico				Relativamente ai <u>corrispettivi per l'acquisto di beni e servizi</u>
			Non rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparitàdi trattamento tra i creditori dell'ente.	c.s	c.s				
			Liquidare fatture senzaadeguata verifica della prestazione.	c.s.	c.s				Relativamente alle fatture di competenza
			Sovrafattur are o fatturare prestazioni non svolte.	c.s.	c.s				Relativamente alle fatture di competenza

[illegible]

AREA RISCHIO	PROCEDIMENTO	SUB PROCEDIMENTO	TIPOLOGIA DI RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE/CONTRA STO	MONITORAGGIO	SI	NO	SE NO PERCHÈ	NOTE
	Incassi	Emissione di reversali di incasso	Utilizzo/accesso improprio ai programmi gestionali dell'Azienda. Errata attribuzione del conto di ricavo. Trasmissione incompleta della reversale di incasso	Tenuta scadenziario per i rapporti con altri enti e con privati	Personale addetto				
	Adempimenti fiscali	Adempimenti annuali/versa mentomensile IVA/dichiarazioni annuali	Omessa/tardiva trasmissione delle dichiarazioni, dei versamenti dei tributi. Errata imputazione dei dati	Tenuta scadenziario fiscale. Controllo modelli di dichiarazionee prospetti di calcolo tributi	In relazione alle scadenze da parte del personale addetto				

Gestione Patrimonio	Acquisto o locazione di immobili		Favorire, nella gestione dei beni immobili, condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte rispetto a quello dell'amministrazione	Rafforzare le misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio (informazioni sugli immobili di proprietà di cui all'art. 30 del D. lgs.33/2013.) Garantire il rispetto degli obblighi di trasparenza rispetto a modalità di messa a reddito, patrimonio non utilizzato ai fini istituzionali, esito procedure dismissione/locazione, redditività delle procedure	Personale addetto				Rilevazione straordinaria in atto mediante soggetto terzo
	Beni immobili e immobilizzazioni	Cancellazione libro cespiti beni <u>immobili</u> dichiarati fuori uso	Mancata tracciabilità	Regolamentazione Aziendale e adozione modulistica con verifica presenza relative attestazioni per tipologia del bene. Verifiche propedeutiche alla proposta di atto deliberativo per fuori uso.	Personale addetto				IN RIFERIMENTO AI BENI <u>MOBILI</u> Rilevazione straordinaria in atto mediante soggetto terzo E' stato adottato regolamento aziendale
		Registrazione dati sul registro cespiti: beni immobili e immobilizzazioni	Inserimento beni in mancanza di documentazione contabile a supporto	Verifica della completezza e della regolarità della documentazione a supporto/individuazione della corretta causale di acquisizione. Verifica dei corretti adempimenti propedeutici	Personale addetto				IN RIFERIMENTO AI BENI <u>MOBILI</u> Rilevazione straordinaria in atto mediante soggetto terzo

AREA RISCHIO	PROCEDIMENTO	SUB PROCEDIMENTO	TIPOLOGIA DI RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE/CONTRA STO	MONITORAGGIO	SI	NO	SE NO PERCHÈ	NOTE
		Trasferimento beni da/a U.O.	Mancata tracciabilità dei beni	Verifica correttezza centri di costodi provenienza e di destinazione. Utilizzo e controllo modulistica aziendale	Personale addetto				Rilevazione straordinaria in atto mediante soggetto terzo
Ricerca, sperimentazioni, sponsorizzazioni e didattica	Svolgimento della sperimentazione e liquidazione somme	Ricezione fatture. Comunicazione e liquidazione compensi al personale che ha partecipato alla sperimentazione	Rischio favoritismi sia nella fase dei contatti preliminari tra sperimentatore e sponsor che al momento della liquidazione delle somme a conclusione della sperimentazione	Applicazione regolamento aziendale sulle modalità di conduzione delle sperimentazioni cliniche presso l'A.R.N.A.S. e ripartizione dei compensi	Direzioni mediche di presidio				Relativamente ripartizione dei <u>proventi</u> derivanti dalla sperimentazione
Utilizzo di fondi destinati a progetti di ricerca e progetti per obiettivi di PSN	Modalità utilizzo fondi per PO di PSN		Incoerenza delle spese rispetto agli obiettivi assegnati	Programmazione chiara e trasparente delle spese rispetto agli obiettivi assegnati	Elaborazione report trimestrale mediante procedura informatizzata condivisa tra tutti i soggetti coinvolti nella gestione delle voci di spesa				Relativamente alle <u>risorse</u> assegnate

UOC Farmacia

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
-Farmaceutica, Dispositivi e altre tecnologie	Induzione a favorire determinate case farmaceutiche piuttosto di altre a fini personali	Regolamento per la tenuta della contabilità di magazzino. Procedura informatizzata di gestione dei farmaci con completa tracciabilità dei processi e dei prodotti.	Farmacia/SEF Report trimestrale sulle giacenze di magazzino e sui dati di consumo				
	Potenziali rischi connessi al ciclo degli approvvigionamenti dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto	Gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte, nonché l'informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione per rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-paziente	Report trimestrale				
	Comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di eventi avversi	Puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente	Report trimestrale				
	Prescrizioni ripetute favorevoli la diffusione di un particolare farmaco e/o la frode al Servizio	Introduzione di specifiche regole di condotta nel Codice di comportamento	Inserimento disposizioni specifiche				

	Sanitario Nazionale	aziendale				
	Omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali-quantitativo delle prescrizioni da parte dell'Azienda	Controlli/ispezioni periodici	Report periodico			
	Furto di beni e falsificazione contabile. Traffico Illecito di Farmaci e dispositivi	Informatizzazione del magazzino con piena tracciabilità dei processi e dei prodotti. Verifica periodica delle giacenze di magazzino. Adozione di adeguate misure di sorveglianza dei locali	Report periodici			
	Induzione ad utilizzare specifici prodotti sulla base di premi o vantaggi pecuniari o in natura	Applicazione del Regolamento aziendale per l'informazione scientifica	Misure specifiche previste dal Regolamento			
Accesso alle strutture da parte di rappresentanti di case farmaceutiche e di informatori scientifici del farmaco o di altri prodotti	Come sopra	Come sopra	Come sopra			
Acquisizione di beni e servizi	Varietà e complessità dei beni acquistati in ambito sanitario anche in relazione alle introduzioni di nuove tecnologie	Ricognizione logistica e delle giacenze di magazzino attraverso inventari trimestrali ed ispezioni nei magazzini di reparto	Report periodico			
Rapporti tra dipendenti/collaboratori/consulenti e soggetti(persone	Danni di qualsiasi tipo a carico dell'Azienda vantaggi personali, anche di natura non	Verifiche a campione periodiche	Controlli periodici			

fisiche o giuridiche) che possano risultare di pregiudizio per l'azienda	patrimoniale	Obbligo di astensione dal prendere decisioni o svolgere attività in situazioni di conflitto di interesse Obbligo di valutare tutte le condizioni che possono dar luogo al verificarsi di un possibile conflitto di interesse Obbligo di comunicare tempestivamente al Direttore/Responsabile dell'unità operativa ogni situazione di conflitto di interesse al fine di prevenirlo e/o risolverlo	Controlli periodici Controlli periodici controlli periodici				
Partecipazioni ad eventi formativi	Rischio di informazione scientifica basata sul rapporto personale tra produttori/venditori e prescrittori in grado di indurre inappropriata prescrivita	Rotazione e movimentazione della scelta del nominativo da inviare all'evento da parte del Direttore del' U.O. con comunicazione della scelta agli altri specialisti. Applicazione del nuovo Regolamento agli eventi sponsorizzati	Report periodico Report periodico				

UOC Gestione Tecnica

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Acquisizione di beni e servizi							
Affidamento in urgenza	Definizione di fabbisogni urgenti non reali con caratteristiche quali-quantitative volte a favorire un'impresa	Maggiori controlli sulle indagini di mercato e applicazione del principio di equivalenza delle offerte	Report Periodico				
	Criteri di aggiudicazione generici, volti a favorire un'impresa	Disciplinare di gara maggiormente standardizzato. Rispetto dei patti di integrità. Applicazione bandi tipo ANAC	Report annuale				
Verifiche in corso di esecuzione dei contratti	Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato di avanzamento	Utilizzo di banche dati e/o altri informazioni tecniche/benchmark intra e/o extra aziendale, che consentano una corretta pianificazione degli approvvigionamenti anche grazie all'utilizzo del sistema informatico in uso	Report periodico				
		Adozione di indicatori per la misurazione di anomalie (es. nr. di affidamenti di beni infungibili/esclusivi sul totale acquistato; nr. di proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti; nr. di affidamenti diretti sul totale degli acquisti)	Report periodico				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Verifiche in corso di esecuzione dei contratti	Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato di avanzamento	Valutazione documentazione sull'infungibilità di un prodotto	Report periodico				
		Utilizzo dei bandi tipo ANAC per requisiti e modalità di partecipazione	Report periodico				
	Varietà e specificità degli attori coinvolti nell'intero processo di approvvigionamento	Garanzia della rotazione di incarichi e affidamenti sia alle ditte che ai professionisti esterni	Dichiarazioni su conflitto di interesse				
	Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore (rischio frazionamenti ed eccessivo ricorso al principio dell'esclusività/condizioni di gara che interferiscono con la libera concorrenza e creano disparità di trattamento)	Verifica che i componenti delle commissioni di gara non abbiano interessi o legami con le imprese concorrenti	Predisposizione modulistica				
		Utilizzo di apposita modulistica per le dichiarazioni di conflitti di interesse	Predisposizione modulistica				
		Formazione dei professionisti coinvolti mediante moduli dedicati alla gestione dei conflitti di interesse	Previsione appositi percorsi formativi				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
		Provenienza delle proposte di acquisto da parte di soggetti diversi dall'utilizzatore (ingegneria clinica), corredate comunque da apposite dichiarazioni in ordine alla "non identificabilità" di produzioni specifiche					
	Scarsa trasparenza/alterazione della concorrenza in procedure ad evidenza pubblica	Effettuazioni di apposite indagini di mercato					
		Adozione di apposito regolamento					
	Alterazione della concorrenza per incarichi e affidamenti per procedure di gara	Utilizzo di FVOE per verifica requisiti di OE aggiudicatario (ex art. 80 e 83, d.lgs 50/2016)	Report periodico				
		Eventuali verifiche a campione per affidamento di importo inferiore ad Euro 40.000,00					
	Disomogeneità delle valutazioni nella scelta del contraente	Stesura di capitolati di gara che prevedano la qualità e la quantità delle prestazioni attese, che individuino univocamente l'attribuzione dei punteggi nelle gare con offerta economicamente più vantaggiosa	Report periodico				
	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati	Applicazione linee guida ANAC, Codice Unico dei Contratti, FVOE, richiesta documentazione specifica ad Enti preposti	Report semestrale				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
	Scarso controllo del servizio erogato	Pubblicazione di un set di dati minimi nella delibera/determina a contrarre, nel contratto e in tutti gli ulteriori atti connessi all'appalto, che saranno a cura del DEC e del RUP	Report periodico				
	Criteri di aggiudicazione, non definiti, univoci od oggettivi	Pubblicità della determina a contrarre. Adozione dei patti di integrità a pena di esclusione Adozione dei bandi tipo ANAC a seconda della tipologia di gara. Coerenza dei criteri di aggiudicazione con le finalità programmate e le esigenze dell'Azienda					
	Frazionamento/ accorpamento di appalto ingiustificato	Monitoraggio appalti di importo inferiore e superiore ad Euro 40.000	Report annuale				
	Base di gara superiore ai valori di mercato	Indagini di mercato, verifica prezzi.	Report annuale				
	Alterazione documentazione di gara e violazione obbligo di riservatezza	Protocollazione offerte e conservazione sicura e tracciabile della documentazione	Report annuale				
	Irregolare disamina della documentazione presentata	Verbalizzazione delle domande ed offerte e dei punteggi assegnati. Dettagliata motivazione delle esclusioni e delle valutazioni qualitative. Esteso utilizzo PEC	Report periodico				
	Verifica della perfetta esecuzione e contabilizzazione dei servizi non richiesti, non eseguiti o di qualità inferiore a quella prevista	Rispetto normativa e codice di comportamento. Verifica periodica della contabilità dei servizi	Report periodico				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
	Proroghe illegittime, varianti tecniche od economiche non giustificabili	Adozione delibere autorizzazioni debitamente motivate per ogni eventuale proroga o variante tecnica od economica					
Lavori							
Ricognizione dei fabbisogni, programmazione	Programmazione ingiustificata al fine di favorire l'affidamento per determinati concorrenti	Pubblicità dei criteri di programmazione	Report periodico				
Progettazione	Progettazione ingiustificata al fine di promuovere determinati concorrenti e/o settori di mercato	Verbalizzazione riunioni di progettazione con progettisti esterni. Rispetto normativa e codice di comportamento.					
Scelta del contraente	Individuazione criteri di aggiudicazione incoerenti rispetto alle esigenze aziendali al fine di favorire determinati concorrenti	Pubblicità della delibera /determina a contrarre nei tempi di pubblicità nazionale /regionale dei bandi di gara, nel rispetto della vigente normativa	Report trimestrale				
	Criteri di aggiudicazione non definiti, univoci od oggettivi	Pubblicità della determina a contrarre. Adozione dei patti di integrità. Adozione dei bandi tipo ANAC a seconda della tipologia di gara. Coerenza dei criteri di aggiudicazione con le finalità programmate e le esigenze dell'Azienda.	Report Trimestrale				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Aggiudicazione	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati	Applicazione linee guida ANAC, Codice Unico dei Contratti, FVOE, richiesta documentazione specifica ad Enti preposti	Report semestrale				
Esecuzione del contratto	Frazionamento/accorpamento appalto ingiustificato	Regolamento per la tenuta della contabilità di magazzino. Procedura informatizzata di gestione del materiale	Elaborazione report trimestrale mediante procedura informatizzata condivisa tra tutti i soggetti coinvolti nella gestione delle voci di spesa				
		Verifica coerenza con la programmazione dei lavori					
	Alterazione plico/documentazione di gara. Violazione obblighi di riservatezza	Protocollazione offerte e conservazione sicura e tracciabile	Report trimestrale				
	Irregolare disamina della documentazione presentata	Controllo sugli atti e sulla procedura demandato a più soggetti. Utilizzo esteso pec.					
	Contabilizzazione di lavori non eseguiti o di qualità inferiore a quella prevista	Rispetto normativa e codice di comportamento. Verifica periodica della contabilità dei lavori					

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage)	Inserimento, nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, della condizione di non aver concluso contratti di lavoro di qualsiasi tipo, né di aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto	Controlli Periodici					

UOC Provveditorato

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Acquisizione di beni e servizi							
Affidamenti in urgenza	Definizione di fabbisogni urgenti non reali con caratteristiche quali-quantitative volte a favorire un'impresa	Maggiori controlli sulle indagini di mercato e applicazione del principio di equivalenza delle offerte	Report Periodico				
	Criteri di aggiudicazione generici, volti a favorire un'impresa	Disciplinare di gara maggiormente standardizzato. Rispetto dei patti di integrità. Applicazione bandi tipo ANAC	Report annuale				
Programmazione dei fabbisogni di beni e servizi per tecnologie sanitarie	Varietà e complessità dei beni acquistati in ambito sanitario anche in relazione alla introduzione di nuove tecnologie	Analisi e documentazione di tutte le fasi del ciclo degli approvvigionamenti, dalla definizione delle necessità (qualificazione del bisogno), alla programmazione dell'acquisto, alla definizione delle modalità di reperimento di beni e servizi, fino alla gestione dell'esecuzione del contratto	Report periodico				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Verifiche in corso di esecuzione dei contratti	Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato di avanzamento		Mappatura dei processi mediante PAC				
		Utilizzo di banche dati e/o altri informazioni tecniche/benchmark intra e/o extra aziendale, che consentano una corretta pianificazione degli approvvigionamenti anche grazie all'utilizzo del sistema informatico in uso	Report Periodico				
		Adozione di indicatori per la misurazione di anomalie (Es: nr. di affidamenti di beni infungibili/esclusivi sul totale acquistato; nr. di affidamenti di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza; nr. di proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti; nr. di affidamenti diretti sul totale degli acquisti)	Report Periodico				
		Valutazione documentazione sull'infungibilità di un prodotto	Report periodico				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Verifiche in corso di esecuzione dei contratti		Utilizzo dei Bandi tipo ANAC per requisiti e modalità di partecipazione	Report periodico				
	Varietà e specificità degli attori coinvolti nell'intero processo di approvvigionamento	Garanzia della rotazione di incarichi e affidamenti sia alle ditte che ai professionisti esterni	Report Periodico				
	Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore (rischio frazionamenti ed eccessivo ricorso al principio dell'esclusività/condizioni di gara che interferiscono con la libera concorrenza e creano disparità di trattamento)	Verifica che i componenti delle commissioni di gara non abbiano interessi o legami parentali con le imprese concorrenti. Utilizzo di apposita modulistica per le dichiarazioni di conflitti di interesse. Formazione dei professionisti coinvolti mediante moduli dedicati alla gestione dei conflitti di interesse.	Dichiarazione su conflitto di interesse Predisposizione di modulistica previsione appositi percorsi formativi				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Verifiche in corso di esecuzione dei contratti		Provenienza delle proposte di acquisto da parte di soggetti diversi dall'utilizzatore (ingegneria clinica) corredate comunque da apposite dichiarazioni in ordine alla "non identificabilità" di produzioni specifiche.	Supporto ingegneria clinica				
		Effettuazione di apposite indagini di mercato					
	Scarsa trasparenza/alterazione della concorrenza in procedure ad evidenza pubblica	Divieto per il sanitario di far parte di commissioni per la conformità tecnica, quando lo stesso deve esprimere parere su offerte di ditte che con fondi propri assicurano formazione, master od aggiornamenti scientifici	Utilizzo apposita modulistica				
		Adozione di apposito regolamento	Report periodico				
	Alterazione della concorrenza per incarichi e affidamenti per procedure in economia	Utilizzo AVCPASS per affidamenti di importi pari o superiori ad € 40.000	Report Periodico				
		Verifiche a campione per affidamento di importo inferiore ad € 40.000					

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
	Disomogeneità delle valutazioni nella scelta del contraente	Stesura di capitolati di gara che prevedano la qualità e la quantità delle prestazioni attese, che individuino univocamente la attribuzione dei punteggi nelle gare con offerta economicamente più vantaggiosa. Soltanto nei casi previsti dal codice Unico dei contratti	Report periodico				
	Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati	Applicazione linee guida ANAC, codice Unico dei contratti AVCPASS	Report periodico				
	Scarso controllo del servizio erogato	Pubblicazione di un set di dati minimi della determina a contrarre, nel contratto e in tutti gli ulteriori atti connessi all'appalto, che saranno a cura del DEC e del RUP	Report periodico				
	Criteri di aggiudicazione non definiti univoci ed oggettivi	Pubblicità della determina a contrarre. Adozione dei patti di integrità a piena esclusione.					
	Gara	Adozione dei bandi tipo ANAC a seconda della tipologia di gara. Coerenza dei criteri di aggiudicazione con le finalità programmate e le esigenze dell'azienda					

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
	Frazionamento/accorpamento appalto ingiustificato	Monitoraggio appalti di importo inferiore e superiore a € 40 000,00	Report annuale				
	Base di gara superiore ai valori di mercato	Indagini di mercato, verifica prezzi Osservatorio contratti pubblici, adozione dei patti di integrità a pena di esclusione	Report annuale				
	Alterazione documentazione di gara e violazione obbligo di riservatezza	Protocollo offerte e conservazione sicura e tracciabile	Report annuale				
	Irregolare disamina della documentazione presentata	Verbalizzazione delle domande ed offerte e dei punteggi assegnati. Ampia motivazione delle esclusioni e delle valutazioni qualitative. Utilizzo esteso PEC	Report periodico				
	Verifica della perfetta esecuzione Contabilizzazione di servizi non richiesti, non eseguiti o di qualità inferiore a quella prevista	Rispetto normativa e codice di comportamento verifica periodica della contabilità dei servizi	Report periodico				
	Proroghe illegittime, varianti tecniche od economiche non giustificabili	Adozione delibere autorizzazioni debitamente motivate per ogni eventuale proroga o variante tecnica od economica	Report periodico				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Comodato d'uso	Ricorso sempre più frequente a tale modalità di approvvigionamento	Rafforzamento della trasparenza attraverso la pubblicazione dei dati inerenti le relative procedure organizzative					
		Integrazione delle informazioni sul sito istituzionale con un set minimo di dati concernenti: l'utilizzatore; tipologia di tecnologia; estremi dell'autorizzazione della DS; durata/termini della scadenza; valore economico della tecnologia; eventuali costi correlati all'utilizzo della tecnologia (es. materiale di consumo)	Farmacia/SEF Report trimestrale sulle giacenze di magazzino e sui dati di consumo				
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro pantouflage		Inserimento, nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti della condizione di non aver concluso contratti di lavoro di qualsiasi tipo, né di aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto	Controlli periodici				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Farmaceutica Programmazione del fabbisogno e gestione del magazzino	Induzione a favorire determinate case farmaceutiche piuttosto di altre ai fini personali	Regolamento per la tenuta della contabilità di magazzino. Procedura informatizzata di gestione dei farmaci con completa tracciabilità dei processi e dei prodotti	Report trimestrale sulle giacenze di magazzino e sui dati di consumo				
	Potenziali rischi al ciclo degli approvvigionamenti dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto	Gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte, nonché l'informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione per rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-paziente	Elaborazione report trimestrale mediante procedura informatizzata condivisa tra tutti i soggetti coinvolti nella gestione delle voci di spesa				
Utilizzo di fondi destinati a progetti di ricerca e progetti per obiettivi di PSN	Incoerenza delle spese rispetto agli obiettivi assegnati	Programmazione chiara e trasparente delle spese rispetto agli obiettivi assegnati	Elaborazione report trimestrale mediante procedura informatizzata condivisa tra tutti i soggetti coinvolti nella gestione delle voci di spesa				

UOC/UOSD Sanitarie

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Partecipazione ad eventi formativi	Rischio di informazione scientifica basata sul rapporto personale tra produttori/venditori e prescrittori in grado di indurre inappropriately prescrittiva	Rotazione e motivazione della scelta del nominativo da inviare all'evento da parte del Direttore dell'U.O. con comunicazione della scelta agli altri specialisti	Report periodico				
		Applicazione nuovo regolamento sulla partecipazione agli eventi sponsorizzati	Report periodico				
Rapporti tra dipendenti /collaboratori /consulenti e soggetti (persone fisiche o giuridiche) che possano risultare di pregiudizio per l'Azienda	Danni di qualsiasi tipo a carico dell'Azienda Vantaggi personali, anche di natura non patrimoniale	Verifiche a campione periodiche Obbligo di astensione dal prendere decisioni o svolgere attività in situazioni di conflitto di interessi Obbligo di valutare tutte le condizioni che possono dar luogo al verificarsi di un possibile conflitto di interesse Obbligo di comunicare tempestivamente al direttore/responsabile dell'unità operativa preposta ogni situazione di conflitto di interesse di prevenirlo e/o risolverlo	Controlli periodici				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Convenzioni	Posizione di incompatibilità e/o conflitto di interessi da parte del personale prestatore d'opera	Acquisizione dichiarazione conflitto di interessi da parte del soggetto beneficiario. Verifica assolvimento debito orario quando svolta all'interno. Verifica plus orario, anche con codice dedicato Dichiarazione svolgimento attività fuori dall'orario di servizio	Personale addetto				
	Possibile discrezionalità nella scelta dell'operatore esterno anziché interno	Verifica da parte della Direzione Sanitaria della fattibilità del servizio richiesto all'interno dell'ARNAS	Personale addetto				
Ispezioni e verifiche	Omissioni, parzialità e discrezionalità nell'esecuzione di ispezioni, verifiche e controlli. Manomissione dei sistemi informatici aziendali. Mancata applicazione delle sanzioni previste da norme e regolamenti	Procedure standard per l'attività di vigilanza, controllo e ispezione. Controlli effettuati in coppia o in equipe (quando possibile). rotazione del personale ispettivo Audit interni e supervisione. Codice di comportamento dei dipendenti. Procedura per la segnalazione di illeciti e di irregolarità. Regolamento aziendale servizio ispettivo	Report verifiche semestrali				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Liste di attesa	Gestione scorretta delle liste di attesa per favorire particolari utenti. Utilizzo improprio delle liste di attesa e della comunicazione con gli utenti per indurre il ricorso alla libera professione.	Prenotazione effettuata tramite CUP con dipendenti aziendali e personale non strutturato. Rilevamento periodico dei tempi di attesa per prestazioni critiche con pubblicazione dei risultati sul portale internet. Rispetto del codice di comportamento da parte degli operatori coinvolti. Adesione al nuovo processo di informatizzazione aziendale	Report periodico				
	Utilizzo improprio delle liste di attesa e della comunicazione con gli utenti per indurre il ricorso alla libera professione	Controlli sulla regolare tenuta e pulizia delle agende di prenotazione	Report periodico				
	Percezione indebita di denaro per prestazioni dovute (peculato) Falsificazione di atti per ottenere profitti ingiusti a danno del Servizio Pubblico (truffa aggravata). Abusi nella gestione dei rimborsi per prestazioni non effettuate e nell'applicazione delle sanzioni amministrative per mancata disdetta della prenotazione	Codice penale (art.314) Codice di comportamento generale ed aziendale Regolamento ALPI	Report periodico				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	Induzione a favorire determinate case farmaceutiche piuttosto di altre a fini personali	Regolamento per la tenuta della contabilità di magazzino. Procedura informatizzata di gestione dei farmaci con completa tracciabilità dei processi e dei prodotti.	Misure specifiche previste dal Regolamento				
	Potenziali rischi connessi al ciclo degli approvvigionamenti dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto	Gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte. Informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione per rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-paziente.					
	Comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di eventi avversi Prescrizioni ripetute favorenti la diffusione di un particolare farmaco e/o la frode al Servizio Sanitario Nazionale	Puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente.					
	Induzione ad utilizzare specifici prodotti sulla base di premi o vantaggi pecuniari o in natura	Applicazione Regolamento aziendale per l'informazione scientifica	Misure specifiche previste dal regolamento				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Ricerca, sperimentazioni, sponsorizzazioni e didattica	Rischio di favoritismi nella fase dei contatti preliminari tra sperimentatore e sponsor sia a conclusione della sperimentazione a che al momento della liquidazione delle somme	Applicazione Regolamento aziendale sulle modalità di conduzione delle sperimentazioni cliniche presso l'ARNAS e ripartizione dei compensi.	Applicazione regolamento aziendale sulle modalità di conduzione delle sperimentazioni cliniche presso l'A.R.N.A.S. e ripartizioni di compensi				
Per gli sperimentatori	Rischio di non corretta applicazione del protocollo e/odi manipolazione dei risultati durante la conduzione dello studio	Controlli a campione su sperimentazioni in corso	Controlli a campione su sperimentazioni in corso				
	Discrezionalità nella designazione dei professionisti beneficiari. Induzione all'utilizzo di determinati presidi o farmaci. Conflitti di interesse con le finalità istituzionali dell'Azienda	Applicazione del regolamento aziendale sugli eventi sponsorizzati e relativa modulistica. Verifica inesistenza incompatibilità con le finalità istituzionali dell'Azienda. Verifica coerenza della proposta con i bisogni formativi individuati nel Piano formativo aziendale	Verifica a campione delle richieste pervenute. Compilazione da parte di tutti i beneficiari della dichiarazione di assenza di conflitto di interesse				

UOC/UOSD Direzione Medica di Presidio

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Rapporti tra dipendenti /collaboratori /consulenti e soggetti (persone fisiche o giuridiche) che possano risultare di pregiudizio per l'Azienda	Danni di qualsiasi tipo a carico dell'Azienda	Verifica rispetto codice di comportamento aziendale	Controlli periodici				
	Vantaggi personali, anche di natura non patrimoniale	Obbligo di valutare tutte le condizioni che possono dar luogo al verificarsi di un possibile conflitto di interessi o di astensione dal prendere decisioni o svolgere attività in situazioni di conflitto di interessi	Controlli periodici				
		Obbligo di comunicare tempestivamente al direttore/responsabile dell'unità operativa preposta ogni potenziale situazione di conflitto di interesse al fine di prevenirlo e/o risolverlo					

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Convenzioni	Posizione di incompatibilità e/o conflitto di interessi da parte del personale prestatore d'opera Insufficiente analisi sulla verifica dei presupposti	Acquisizione dichiarazione conflitto di interessi da parte del soggetto beneficiario. Verifica assolvimento debito orario quando svolta all'interno. Verifica plus orario anche con codice dedicato. Dichiarazione svolgimento attività fuori dall'orario istituzionale	Personale addetto				
	Possibile discrezionalità nella scelta dell'operatore esterno anziché interno	Verifica da parte della Direzione Sanitaria della opportunità e sostenibilità del servizio richiesto all'interno dell'ARNAS	Personale addetto				
Ispezioni e Verifiche	Omissioni, parzialità e discrezionalità nell'esecuzione di ispezioni, verifiche e controlli. Manomissione dei sistemi informatici aziendali. Mancata applicazione delle sanzioni previste da norme e regolamenti.	Procedure standard per l'attività di vigilanza, controllo e ispezione. Controlli effettuati in coppia o in equipe (quando possibile). Rotazione del personale ispettivo. Audit interni e supervisione. Codice di comportamento dei dipendenti. Procedura per la segnalazione di illeciti e di irregolarità.	Report verifiche semestrali				
Liste di attesa	Gestione scorretta delle liste di attesa per favorire particolari utenti Utilizzo improprio delle liste di attesa e della comunicazione con gli utenti per indurre il ricorso alla libera professione	Prenotazione effettuata tramite CUP con dipendenti aziendali e personale non strutturato. Rilevamento periodico dei tempi di attesa per prestazioni critiche con pubblicazione dei risultati sul portale Internet. Rispetto del Codice di comportamento da parte di tutti gli operatori coinvolti. Adesione al nuovo processo di informatizzazione aziendale	Report Periodico				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
	Elusione delle norme regolamentari ai fini dell'indebita percezione di denaro. Pagamenti effettuati direttamente al professionista	Tracciabilità delle prestazioni erogate. Effettuazione pagamenti presso l'Ufficio Ticket e/o tramite PagoPA. Elaborazione di report sintetici sulle prestazioni in ALPI. Controlli sulla regolare tenuta delle agende di prenotazione	Report Periodico				
	Percezione indebita di denaro per prestazioni dovute (peculato). Falsificazione di atti per ottenere profitti ingiusti a danno del Servizio Pubblico (truffa aggravata) Abusi nella gestione dei rimborsi per prestazioni non effettuate e nell'applicazione delle sanzioni amministrative per mancata disdetta della prenotazione.	Codice penale (art.314). Verifica adempienza al codice di comportamento generale ed aziendale. Rispetto del regolamento ALPI	Report periodico				
	Mancato rispetto delle priorità di accesso ai ricoveri						
Farmaceutica Dispositivi e altre Tecnologie	Omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali-quantitativo delle prescrizioni da parte dell'Azienda	Controlli/ispezioni periodici	Regolare svolgimento dell'attività di controllo e di reportistica				

Area di rischio	Tipologia di rischio	Misure di prevenzione e di contrasto	Monitoraggio	SI	NO	Se no perché	Note
Accesso alle strutture da parte di rappresentanti di case farmaceutiche e di informatori scientifici del farmaco o di altri prodotti	Induzione ad utilizzare specifici prodotti sulla base di premi o vantaggi pecuniari o in natura	Applicazione Regolamento aziendale per l'informazione scientifica. Uso piattaforma AIFA. Abilitazione al sistema TS	Misure specifiche previste dal Regolamento				
Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero	Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili e segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili	Adozione di specifiche regole di condotta all'interno dei codici di comportamento, come ad es: obblighi di riservatezza relativi all'evento del decesso cui devono attenersi gli operatori addetti al servizio Formazione del personale addetto. Aderenza al regolamento aziendale dei decessi e della MEDICINA necroscopica	Controlli periodici				



ALLEGATO 6

Protocollo di Legalita'/Patto di Integrita'

PROTOCOLLO DI LEGALITA'/PATTO DI INTEGRITA'

tra

l'ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli e i PARTECIPANTI

alla scelta del contraente

PARTECIPANTE _____

Specificare tipologia e oggetto procedura _____

CIG _____ CUP _____; (ove prevista)

PREMESSA

Al fine di rafforzare le condizioni di legalità e di sicurezza nella gestione degli appalti e dei contratti pubblici, già sancite, nel 2005, nel Protocollo di Legalità "Carlo Alberto Dalla Chiesa", con l'aggiornamento 2019 al Piano Anticorruzione e Trasparenza, si ritiene opportuno procedere ad un aggiornamento alla luce dall'art. 1, comma 17, della L. 6 novembre 2012, n. 190.

Ai sensi della citata normativa, è stato previsto nell'avviso, bando di gara o lettera d'invito che il mancato rispetto delle clausole contenute in questo documento costituisce causa di esclusione dalla procedura di scelta o di applicazione delle sanzioni previste all'art. 4.

Il presente documento deve essere pertanto obbligatoriamente ed attentamente esaminato, sottoscritto in calce e siglato su ogni foglio e presentato insieme all'offerta o al preventivo, dal titolare o rappresentante legale del soggetto partecipante alla procedura in oggetto.

La mancata consegna di questo documento debitamente sottoscritto comporterà mancanza di elemento essenziale sottoposto a soccorso istruttorio ai sensi del D.L. n. 90/2014 convertito in Legge n. 114/2014 previo pagamento di sanzione a titolo di penale.

Esso costituisce parte integrante della procedura in oggetto ed esplica la sua efficacia su qualsiasi contratto conseguentemente assegnato dall'ARNAS.

Nel caso di procedura di scelta *on line* il documento sarà predisposto a cura dell'ARNAS ed inserito negli atti e modelli di gara che ciascun concorrente deve esaminare, sottoscrivere ed inviare nei termini perentori all'amministrazione aggiudicatrice.

Art. 1 - Oggetto

1.1. Questo Protocollo di legalità/Patto d'Integrità stabilisce la reciproca, formale obbligazione dell'ARNAS e dei partecipanti alla procedura in oggetto di conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza nonché l'espresso impegno anti-corruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione.

Art. 2 - Obblighi dell'ARNAS

2.1. Il personale, i collaboratori ed i consulenti dell'ARNAS impiegati ad ogni livello nell'espletamento della

procedura in oggetto e nel controllo dell'esecuzione del relativo contratto assegnato, sono consapevoli del presente Protocollo di legalità/Patto d'Integrità, il cui spirito condividono pienamente, nonché delle sanzioni previste a loro carico in caso di mancato rispetto di questo Patto.

2.2. A tal fine, il predetto personale si impegna a comunicare prontamente al proprio Responsabile di struttura/RUP e al Responsabile Prevenzione Corruzione eventuali comportamenti difformi posti in essere dai concorrenti/contraenti.

2.3 L'Azienda si impegna a comunicare a tutti i partecipanti alla procedura di scelta del contraente, con le forme previste dalla normativa vigente e normalmente mediante evidenza nelle sedute pubbliche, i dati più rilevanti riguardanti la gara: l'elenco dei concorrenti ed i relativi prezzi quotati, l'elenco delle offerte respinte con la motivazione dell'esclusione e le ragioni specifiche per l'assegnazione del contratto al vincitore con relativa attestazione del rispetto dei criteri di valutazione indicati nel capitolato di gara/manifestazione d'interesse.

Art. 3 Obblighi del partecipante alla procedura di scelta

3.1. Il Partecipante alla procedura di scelta s'impegna a segnalare all'ARNAS qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità o distorsione nelle fasi di svolgimento della procedura in oggetto e/o durante l'esecuzione dei contratti, da parte di ogni interessato o addetto o di chiunque possa influenzare le decisioni relative alla procedura stessa.

3.2. Il Partecipante dichiara di non trovarsi in situazioni di controllo o di collegamento (formale e/o sostanziale) con altri partecipanti; in caso contrario deve dichiarare ogni situazione di controllo o di collegamento sostanziale e formale e dichiara di avere formulato autonomamente l'offerta, allegando documentazione idonea a dimostrare che la situazione di controllo e/o di collegamento non ha influito sulla formulazione dell'offerta stessa.

3.3. Il Partecipante dichiara altresì di non avere concluso né che concluderà con altri operatori economici alcun tipo di accordo volto ad alterare o limitare la concorrenza.

3.4. Il partecipante si obbliga ad acquisire con le stesse modalità e gli stessi adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia di subappalto, preventiva autorizzazione da parte dell'Amministrazione aggiudicatrice, anche per i sub-affidamenti relativi alle seguenti categorie:

- a) trasporto di materiali a scarica per conto di terzi;
- b) trasporto, anche transfrontaliero, e smaltimento rifiuti per conto terzi;
- c) estrazione, fornitura e trasporto terra e materiali inerti;
- d) confezionamento, fornitura e trasporto di calcestruzzo e di bitume;
- e) noli a freddo di macchinari;
- f) forniture di ferro lavorato;
- g) noli a caldo;
- h) autotrasporti per conto di terzi
- i) guardiania dei cantieri.

3.5. Il partecipante si obbliga altresì ad inserire identiche clausole di integrità e anti-corruzione nei contratti di subappalto e di subcontratto ed è consapevole che, in caso contrario, le eventuali autorizzazioni non saranno concesse.

3.6. L'assegnatario s'impegna a rendere noti, su richiesta dell'ARNAS, tutti i pagamenti eseguiti e riguardanti il contratto assegnato, inclusi quelli eseguiti a favore di intermediari e consulenti. La remunerazione di questi ultimi non deve superare il "congruo ammontare dovuto per servizi legittimi" in riferimento a tariffe professionali laddove presenti.

3.7. Il partecipante s' impegna al pieno e leale rispetto delle norme contenute nel Codice Etico e nel Codice di Comportamento adottato vigenti all'interno dell'ARNAS, dei quali dichiara di aver preso piena visione e

conoscenza.

3.8. Il partecipante è a conoscenza del disposto dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001, così come modificato dalla Legge n. 190/2012 e dal Piano Nazionale Anticorruzione, disposizione per la quale è fatto divieto a dipendenti dell'ARNAS che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autorizzativi o negoziali per conto della stessa pubblica amministrazione, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. Il concorrente dichiara quindi di non avere attualmente in essere rapporti di lavoro o professionali con il predetto personale dell'Azienda e si impegna altresì a non instaurarne fino a tre anni dopo la cessazione dal rapporto di pubblico impiego, consapevole che i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dalla predetta normativa, sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati, ad essi riferiti.

3.9. Il partecipante è a conoscenza di quanto previsto dall'art. 4 commi 2 e 6 del D.P.R. n. 62/2013, disposizioni per le quali:

a) è fatto divieto a dipendenti dell'ARNAS di accettare, per sé o per altri, regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore pari ad € 150,00 calcolato su base annua, per ciascun donante effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia e nell'ambito delle consuetudini internazionali. In ogni caso, indipendentemente dalla circostanza che il fatto costituisca reato, il dipendente non chiede, per sé o per altri, regali o altre utilità, neanche di modico valore a titolo di corrispettivo per compiere o per aver compiuto un atto del proprio ufficio da soggetti che possano trarre benefici da decisioni o attività inerenti all'ufficio, né da soggetti nei cui confronti è o sta per essere chiamato a svolgere o a esercitare attività o potestà proprie dell'ufficio ricoperto;

b) è fatto divieto a dipendenti dell'ARNAS di accettare incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano, o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza.

3.10. Il partecipante dichiara quindi di rispettare i divieti di cui alle precedenti lettere a) e b), non offrendo regali o altre utilità o incarichi in violazione delle predette disposizioni impegnandosi prontamente a segnalare al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione ARNAS eventuali comportamenti difformi posti in essere da personale dipendente dell'amministrazione.

Art. 4 Sanzioni

4.1. Il sottoscritto soggetto partecipante prende nota ed accetta che, ferme restando le penalità e le cause di risoluzione previste dalla normativa e dai capitolati speciali di appalto/contratti, nel caso di mancato rispetto degli impegni anticorruzione assunti con il presente Protocollo di legalità/Patto di integrità comunque accertato dall'ARNAS, potranno essere applicate le seguenti sanzioni, non in maniera alternativa ma anche congiuntamente, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità, in relazione alla gravità dell'evento e all'eventuale recidiva dello stesso:

a) escussione della cauzione provvisoria;

b) risoluzione del contratto anche nel caso di un solo episodio perché comunque giudicato grave e rilevante;

c) escussione della cauzione definitiva;

d) penali previste dall'amministrazione, applicate per danni accertati arrecati all'ARNAS nella misura della percentuale prevista, impregiudicata la prova dell'esistenza di un danno maggiore;

e) esclusione del concorrente dalle procedure indette dall'ARNAS per 1 anno.

f) segnalazione alle Autorità competenti, compresa l'Autorità Nazionale Anticorruzione;

g) nullità dei contratti e degli incarichi e divieto di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti, per i soggetti privati che violano le disposizioni del precedente comma 3.8.

Art. 5 Durata del Protocollo di Legalità/Patto di Integrità e delle relative sanzioni

5.1. Il presente Protocollo di Legalità/Patto di Integrità e le relative sanzioni applicabili, resteranno in vigore sino alla completa esecuzione del contratto assegnato a seguito della procedura in oggetto.

Per le specifiche previsioni di cui all'art. 53 del D.lgs n. 165/2001, così come modificato dalla Legge 190/2012 e di cui dall'art. 4, commi 2 e 6, del D.P.R. n. 62/2013, ambedue descritte all'art. 3 “**Obblighi del partecipante alla procedura di scelta**”, il presente Protocollo di Legalità/Patto di Integrità e le relative sanzioni restano in vigore anche successivamente alla completa esecuzione del contratto, per i periodi corrispondenti alle annualità fissate dalle predette disposizioni.

Art. 6 Foro competente per la risoluzione di controversie

6.1. Ogni controversia relativa all'interpretazione ed esecuzione del presente Protocollo di Legalità/Patto d'Integrità fra l'ARNAS ed i Partecipanti e tra gli stessi Partecipanti sarà risolta dall'Autorità Giudiziaria competente del Foro di Palermo in quanto Foro esclusivo.

Per l'ARNAS

Per il Partecipante

(timbro della società)
(firma legale rappr.nte)

ALLEGATO 7

Obblighi di pubblicazione

– obblighi di pubblicazione

Si riporta di seguito la mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione di cui alla delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 che recepisce le modifiche introdotte dal D.L.vo 97/2016 relativamente ai dati da pubblicare e che contiene altresì l'indicazione dei Responsabili degli obblighi.

Denominazione e sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	R.P.C.T.
	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 "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Uff. Legale
			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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Uff. Legale

			determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse		
		Documenti di programmazione e strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Strategica
	Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Uff. Legale
	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	U.P.D.
Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	Dip. Amm.
	Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	

				o certificatori, nonchè l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti		
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016	
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)		
Organizzazioni	Titolari di incarichi politici, di amministrazioni, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Strategica
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	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)	Direzione Strategica
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Strategica
		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)	Direzione Strategica
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Strategica
		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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Strategica

	qualsiasi titolo corrisposti		
Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Strategica
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Direzione Strategica
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Direzione Strategica

Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Strategica
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	Direzione Strategica
Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.
Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.
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)	A.R.U.

		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.
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)	A.R.U.
Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	A.R.U.
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	A.R.U.

		limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)		
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.
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	A.R.U.
Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazioni e da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	A.R.U.
Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	A.R.U.
Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi	Nessuno	A.R.U.

	all'assunzione della carica		
	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	A.R.U.
Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	A.R.U.
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	A.R.U.
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	A.R.U.
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	Nessuno	A.R.U.

			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 €)		
	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).	A.R.U.
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 amministrazioni, 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)	A.R.U.
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)	

			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici		Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.
	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)	A.R.U.
	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)	A.R.U.
Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica		Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tecnico
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AA.GG. ARU Servizio tecnico Provveditorato SEF Staff
				Per ciascun titolare di		

			incarico:		
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AA.GG. ARU Servizio tecnico Provveditorato SEF Staff
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Amministrativa
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AA.GG. ARU Servizio tecnico Provveditorato SEF Staff
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	AA.GG.
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	AA.GG. ARU Servizio tecnico Provveditorato SEF Staff
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:		

Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.
Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.
Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.
	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.
Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.
Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza	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).	A.R.U.

	del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]		
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	A.R.U.
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	A.R.U.
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	A.R.U.
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	A.R.U.
Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza	Annuale (non oltre il 30 marzo)	A.R.U.

		pubblica		
Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico:		
	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.
	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.
	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.

	valutazione del risultato)		
	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.
Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.
Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	A.R.U.
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	A.R.U.

		eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)		
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	A.R.U.
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	A.R.U.
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	A.R.U.
Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	A.R.U.
Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	
Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	A.R.U.

	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	A.R.U.
Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione e da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	A.R.U.
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	A.R.U.
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	A.R.U.
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	A.R.U.
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	A.R.U.
	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	A.R.U.
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura	Nessuno	A.R.U.

			dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)		
	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).	A.R.U.
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)	A.R.U.
Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.
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	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.

			personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico		
	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)	A.R.U.
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)	A.R.U.
	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)	A.R.U.
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)	A.R.U.
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)	A.R.U.
Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8,	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)	A.R.U.

	d.lgs. n. 165/2001				
Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.
	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)	A.R.U.
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)	Stutt. Tecnica
	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Stutt. Tecnica
	Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Stutt. Tecnica
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 nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A.R.U.

Performance	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	Controllo di Gestione
	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)	Controllo di Gestione
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Controllo di Gestione
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ARU
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ARU
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura tecnica
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ARU
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ARU
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs.	Enti pubblici vigilati	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti,	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	

		n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	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		
				Per ciascuno degli enti:		
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				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)	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (<u>link al sito dell'ente</u>)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n.	

			delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	39/2013)	
	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
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)	S.E.F.
			Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.E.F.
	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.E.F.
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.E.F.
			3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.E.F.
			4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.E.F.
			5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.E.F.

		economico complessivo a ciascuno di essi spettante		
		6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.E.F.
		7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.E.F.
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	S.E.F.
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	S.E.F.
Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.E.F.
Art. 22, c. 1. lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

			obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	
			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)
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)
			Per ciascuno degli enti:	
	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			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)
			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

				economico complessivo	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) S.E.F.
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Tipologie di procedimento		Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento:	
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Dip.Amm.
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Dip.Amm.
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Dip.Amm.

	di posta elettronica istituzionale		
Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dip.Amm.
Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dip.Amm.
Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dip.Amm.
Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013	7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dip.Amm.
Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dip.Amm.
Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013	9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia	Tempestivo (ex art. 8,	Dip.Amm.

	già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	d.lgs. n. 33/2013)	
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)	Dip.Amm.
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)	Dip.Amm.
	Per i procedimenti ad istanza di parte:		
Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dip.Amm.
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)	Dip.Amm.

	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tecnico
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Prov.to Tecnico AA.GG.
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	

	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (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)	Prov.to Tecnico AA.GG.
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative		
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare	Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	Prov.to Tecnico AA.GG.

			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 deliber. Anac 39/2016)			
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 deliber. Anac n. 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	Prov.to Tecnico AA.GG.	
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 deliber. 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, c. 32, l. n. 190/2012)	Prov.to Tecnico AA.GG.	

Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione e di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	Prov.to 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	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016	Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Prov.to Tecnico
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)		Tempestivo	Prov.to Tecnico
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, 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.		Tempestivo	Prov.to Tecnico AA.GG.

	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 privileg		
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Tempestivo	Prov.to Tecnico AA.GG.

Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Prov.to Tecnico AA.GG.
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Prov.to Tecnico AA.GG.
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Prov.to Tecnico AA.GG.

		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	Prov.to Tecnico AA.GG.
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	Prov.to Tecnico AA.GG.
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo	Prov.to Tecnico AA.GG.
		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	Prov.to Tecnico AA.GG.
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)	

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)	
			Per ciascun atto:		
	Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) <i>link</i> al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	

		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	
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)	S.E.F.
		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)	S.E.F.
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.E.F.
		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)	S.E.F.

	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n. 118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.E.F.
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.E.F.
	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)	S.E.F.
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.AC.	Stutt. Tecnica
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Stutt. Tecnica
				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	Stutt. Tecnica

				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)	Stutt. Tecnica
	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)	Colleg. Sindacale
	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)	Colleg. Sindacale
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O. Qualità
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Uff. Legale
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Uff. Legale
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Uff. Legale
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5,	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)	S.E.F.

	d.lgs. n. 33/2013				
Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	C.U.P.
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.R.P.
Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	S.E.F.
Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	S.E.F.
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	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.E.F.

				tempestività dei pagamenti)		
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.E.F.
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.E.F.
	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)	S.E.F.
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni reative 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)	
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21	Atti di programmazione e delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo:	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Tecnico

	co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016		- Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)		
Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Tecnico
	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Tecnico
Pianificazione e governo del territorio	Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

			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	
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)
		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)
		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)
		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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

				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		
			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)	
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	AA.GG.
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	AA.GG.
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n.	Interventi straordinari e di emergenza	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

		33/2013	(da pubblicare in tabelle)	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		
		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)	
		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)	
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	R.P.C.T.
		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	R.P.C.T.
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	R.P.C.T.
		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)	R.P.C.T.

		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	R.P.C.T.
		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	R.P.C.T.
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	R.P.C.T.
		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	R.P.C.T.
		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	R.P.C.T.
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.	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	Tempestivo	Serv. Informatiz. e Telecomun.

		179/16		dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID		
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Serv. Informatiz. e Telecomun.
		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)	Serv. Informatiz. e Telecomun.
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 e 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		

Allegato 10

N°	Unità operativa proponente	Titolo del corso	Responsabile/i scientifico/i	Tip. Form.	Obiettivo formativo ECM nazionale e regionale	N° ob.	Tipo Ob.	Destinatari	N° partec. X ediz.	N. ed.	Totale costi presunti	NOTE
1	Anestesia e Rianimazione con Neuroranimazione - Mcau con pronto soccorso e Obi	POSIZIONAMENTO E GESTIONE DI MIDLINE	Sanzone Salvatore – Hopps M. Raffaella	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	Infermieri-Infermieri pediatrici con 4 posti riservati per ciascuna delle seguenti UU.OO.: UTIC – Terapie Intensive – MCAU	24	4	€ 692,98	
2	Anestesia e Rianimazione con Neuroranimazione	UPDATE IN TERAPIA INTENSIVA	Mazzarese Vincenzo – Scafidi Antonio	FSC – GdM	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)	2	S	Medici – infermieri (Anestesia e Rianimazione I e II)	24	1	€ 751,32	
3	Anestesia e Rianimazione con Neuroranimazione	IL PROCUREMENT ORGANI E TESSUTI NELL'ARNAS CIVICO	Mazzarese Vincenzo – Scafidi Antonio	RES	Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto	28	TP	Tutte le professioni sanitarie ECM	12	1	€ 305,68	
4	Area Risorse Umane	IL CONTRATTO DI LAVORO DEL COMPARTO E DELLA DIRIGENZA	Curti Maria Luisa – Germanà Carmela – Ragusa Maria Cinzia	RES	Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale	8	P	Tutte le professioni	35	2	€ 434,78	
5	C.O. 118	LA RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE IN AMBIENTE OSPEDALIERO (BLS-D)	Bonanno Biagio – Genco Fabio	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	Tutte le professioni sanitarie ECM e non (OSS)	18	20	€ 10.504,58	
6	C.O. 118	GESTIONE DEL PAZIENTE TRAUMATIZZATO – ADVANCED PTC	Bonanno Biagio – Genco Fabio	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	Tutte le professioni sanitarie ECM e non (OSS)	12	12	€ 10.537,32	50 % POSTI RISERVATI AD OPERATORI AFFERENTI ALLA C.O. 118
7	C.O. 118	GESTIONE DELLE VIE AEREE ED ACCESSO INTRAOSSEO – AVANZATO	Bonanno Biagio – Genco Fabio – Palmeri Marco	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	Medici - infermieri - infermieri pediatrici	12	12	€ 10.537,32	50 % POSTI RISERVATI AD OPERATORI AFFERENTI ALLA C.O. 118
8	C.O. 118	MAXIEMERGENZE – CORSO AVANZATO	Bonanno Biagio – Genco Fabio	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	Tutte le professioni sanitarie ECM e non (OSS)	12	12	€ 10.537,32	50 % POSTI RISERVATI AD OPERATORI AFFERENTI ALLA C.O. 118
9	C.O. 118	CRM (Crew Resource Management) – CORSO AVANZATO	Bonanno Biagio – Genco Fabio – Palmeri Marco	RES	La sicurezza del paziente. Risk Management	7	S	Tutte le professioni sanitarie ECM	35	2	€ 402,86	RISERVATO AD OPERATORI AFFERENTI ALLA C.O. 118
10	Cardiologia	ELEMENTI DI ELETTROCARDIOGRAFIA DI BASE ED AVANZATA IN AREA CRITICA (CORSO PER MEDICI)	Cerruto Giuliana – Hopps M. Raffaella	RES	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)	1	S	Medici	20	4	€ 692,98	RISERVARE POSTI AGLI SPECIALIZZANDI DI CARDIOLOGIA
11	Cardiologia	LA CONSULENZA CARDIOLOGICA PREOPERATORIA PER CHIRURGIA NON CARDIACA	Cerruto Giuliana	RES	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)	1	S	Medici	20	2	€ 434,78	
12	Cardiologia/PS MCAU	ALGORITMI DELL'ARRESTO E DEL PERIARRESTO SECONDO LE LINEE GUIDA ACLS (ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT) (PER MEDICI)	Cerruto Giuliana – Hopps M. Raffaella – Genco Fabio	RES	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)	1	S	Medici - Infermieri (Area critica – UU.OO. Cardiologia, Cardioch., P.S. con MCAU)	20	4	€ 4.893,15	ACQUISTO DI DUE DEFIBRILLATORI DEDICATI ALLA SIMULAZIONE
13	Cardiologia	GESTIONE DEI PAZIENTI IN TERAPIA CON N.A.O. DA SOTTOPORRE A CHIRURGIA IN ELEZIONE, URGENZA, EMERGENZA E TRATTAMENTO DEI SANGUINAMENTI FARMACO INDOTTI	Cerruto Giuliana	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	Medici	20	2	€ 434,78	
14	Cardiologia	LA METODICA POCUS IN AREA DI EMERGENZA	Cerruto Giuliana – Hopps M. Raffaella	RES	Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione,	18	TP	Medici	20	2	€ 21.545,79	ACQUISTO DI DUE SIMULATORI CON SOFTWARE E SONDE ECOGRAFICHE + PC PORTATILE O TABLET DEDICATI - IN ALTERNATIVA ACQUISTO PACCHETTO CORSO WINFOCUS PER 50 MEDICI – COSTO STIMATO EURO 20.000
15	Chirurgia Pediatrica – Area Professioni Infermieristiche-osteriche	MANAGEMENT DELLE STOMIE IN ETÀ PEDIATRICA	Caruso Anna Maria	RES	Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specializzazione e attività ultraspecialistica	18	TP	Medici - infermieri - infermieri pediatrici	30	2	€ 719,55	
16	Malattie Infettive P.O. Civico – Malattie Infettive P.O. Di Cristina – Direzione Medica P.O. Civico	GESTIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP)	Colomba Claudia - Iaria Chiara – Marsala Maria Grazia Laura	RES	Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema - formazione in infezioni ospedaliere.	33	S	Tutte le professioni sanitarie ECM	35	2	€ 434,78	
17	Malattie Infettive Ped.- Area delle Prof. Infermieristiche Ostetriche	CURARE E PRENDERSI CURA DEGLI ALTRI, LA CHIAVE DELLA FELICITÀ...	Cascino Vincenzo	RES	Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure	12	P	Tutte le professioni sanitarie ECM e non (OSS)	35	4	€ 692,98	
18	Mcau con pronto soccorso e Obi	EMOGASANALISI IN EMERGENZA/URGENZA	Hopps M. Raffaella	RES	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)	1	S	Infermieri	35	4	€ 692,98	

Allegato 10

N°	Unità operativa proponente	Titolo del corso	Responsabile/i scientifico/i	Tip. Form.	Obiettivo formativo ECM nazionale e regionale	N° ob.	Tipo Ob.	Destinatari	N° partec. X ediz.	N. ed.	Totale costi presunti	NOTE
19	Mcau con pronto soccorso e Obi	TEAM WORKING E GESTIONE DEI CONFLITTI IN AREA DI EMERGENZA	Hopps M. Raffaella	RES	Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie	5 S		Medici del P.S. P.O. Civico e Referenti infermieristici di turno	12	2	€ 1.827,43	DOCENTE ESTERNO – ESPERTO IN TEAM WORKING
20	Mcau con pronto soccorso e Obi	NIV PER INFERMIERI	Hopps M. Raffaella - Federico Quartetti	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2 S		Infermieri	24	2	€ 434,78	
21	Mcau con pronto soccorso e Obi	CENNI SU TERAPIA MEDICA NUTRIZIONALE	Hopps M. Raffaella - Claudia Gnoffo	RES	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)	1 S		Medici e infermieri (20+15)	35	2	€ 434,78	
22	Mcau con pronto soccorso e Obi	TERAPIA MEDICA PER IL DOLORE ACUTO	Hopps M. Raffaella - Federico Quartetti	RES	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)	1 S		Medici e infermieri (20+15)	35	2	€ 434,78	
23	Mcau con pronto soccorso e Obi	RICONOSCERE E TRATTARE IL DELIRIUM	Hopps M. Raffaella - Federico Quartetti	RES	Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura	3 P		Medici e infermieri (20+15)	35	2	€ 434,78	
24	Mcau con pronto soccorso e Obi	SHOCK SETTICO IN EMERGENZA: REAL LIFE IN ARNAS CIVICO	Hopps M. Raffaella - Giuliana Cerruto	RES	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)	1 S		Medici	35	2	€ 827,55	
25	Mcau con pronto soccorso e Obi	UPTODATE AZIENDALE	Hopps M. Raffaella – Federico Quartetti – Giuliana Cerruto	RES	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)	1 S		medici	50	1	€ 4.970,20	ACQUISTO 9 LICENZE PIATTAFORMA “UPTODATE” (1 LICENZA PER OGNI DIPARTIMENTO) CON VALIDITÀ 1 ANNO
26	Mcau con pronto soccorso e Obi	JOURNAL CLUB IN AREA DI EMERGENZA	Hopps M. Raffaella – Federico Quartetti	FSC – GdM	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)	1 S		Medici e infermieri di Area di Emergenza – P.O. Civico	30	1	€ 10.156,32	ACQUISTO 19 LICENZE PIATTAFORMA “UPTODATE” CON VALIDITÀ 1 ANNO
27	Mcau con pronto soccorso e Obi	ALGORITMI DELL'ARRESTO E DEL PERI ARRESTO SECONDO ACLS	Hopps M. Raffaella	FSC – Training	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)	6 S		Infermieri e Medici di PS – Mcau	10	3	€ 269,46	
28	Mcau con pronto soccorso e Obi	NIV PER MEDICI SU PAZIENTE CRITICO	Hopps M. Raffaella - Federico Quartetti	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2 S		Medici di UU.OO. Med. Int., Terapie Intensive, UTIR, UTIC, PS/MCAU	20	2	€ 719,55	
29	Mcau con pronto soccorso e Obi	ECOGRAFIA APPLICATA ALL'ATTIVITÀ INFERMIERISTICA	Hopps M. Raffaella – Federico Quartetti	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2 S		Infermieri (riserva posti infermieri MCAU)	20	2	€ 5.951,18	ACQUISTO DI 2 SIMULATORI PER ACCESSI VASCOLARI PERIFERICI E 2 SONDE ECOGRAFICHE DEDICATE
30	Mcau con pronto soccorso e Obi	POSIZIONAMENTO CVC ECO GUIDATO	Hopps M. Raffaella	RES	Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione,	18 TP		Medici	10	2	€ 10.692,98	ACQUISTO DI 2 SIMULATORI PER ACCESSI VASCOLARI CENTRALI E 2 SONDE ECOGRAFICHE DEDICATE
31	Mcau con pronto soccorso e Obi	DISIONIE	Hopps M. Raffaella, Gassirà Giusy	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2 S		Infermieri, Infermieri Pediatrici (riserva posti infermieri MCAU)	35	2	€ 434,78	
32	Mcau con pronto soccorso e Obi	IL TRIAGE	Hopps M. Raffaella	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2 S		Infermieri	20	2	€ 1.726,20	
33	Mcau con pronto soccorso e Obi	LETTURA ED INTERPRETAZIONE DELL'E.C.G. - CORSO PER INFERMIERI	Hopps M. Raffaella - Cerruto Giuliana	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2 S		Infermieri - infermieri pediatrici – tecnici perfusionisti	24	4	€ 1.209,38	
34	Mcau con pronto soccorso e Obi	FARE RETE CONTRO LA VIOLENZA: COMPETENZE DEI CAREGIVER NELL'AZIENDA OSPEDALIERA – CODICI ROSA INTERAZIENDALE	Zambito Maria	RES	Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale;	8 P		Tutte le professioni sanitarie ECM e non (OSS)	30	1	€ 5.000,00	CORSO INTERAZIENDALE PROVIDER VILLA SOFIA CERVELLO; COSTO COME PREVISTO DA PROGETTO REGIONALE POR; SOMMA CONFLUITA SU BILANCIO CORRENTE
35	Neurochirurgia	VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE DI CASI CLINICI AFFERENTI PRESSO LE NEUROSCIENZE	Giammalva Roberto – Tringali Giovanni	FSC – GdM	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2 S		Medici (Area Neuroscienze)	24	1	€ 751,32	
36	Oncologia Medica	IL PERCORSO TERAPEUTICO/ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO CON NEOPLASIA POLMONARE	Blasi Livio – Savio Giuseppina	FSC – GdM	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2 S		Medici (Area Oncologica)	24	1	€ 310,78	
37	MCAU Di Cristina	CORSO PBLS-D AZIENDALE	Cipolla Domenico – D'Aiuto Francesca – Terrana Simona	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2 S		MEDICI ED INFERMIERI del presidio G Di Cristina con priorità alle UUOO Mcau pediatrico, TIP	18	12	€ 10.119,53	CONVENZIONE CON SIMEUP CON COSTI AGGIUNTIVI PER MANUALE E CARD.

Allegato 10

N°	Unità operativa proponente	Titolo del corso	Responsabile/i scientifico/i	Tip. Form.	Obiettivo formativo ECM nazionale e regionale	N° ob.	Tipo Ob.	Destinatari	N° partec. X ediz.	N. ed.	Totale costi presunti	NOTE
38	MCAU Di Cristina	GESTIONE DELL'ARRESTO CARDIACO INTRAOSPEDALIERO IN ETA' PEDIATRICA CON UTILIZZO DEL CARRELLO CODICE COLORE IN PEDIATRIA	Cipolla Domenico – D'Aiuto Francesca – Terrana Simona - Lattuca Maria Rosa	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	Medici – infermieri – infermieri pediatrici (UU.OO. Pediatriche)	12	12	€ 5.969,70	
39	MCAU Di Cristina	PEDIATRIC EMERGENCY, ASSESSMENT , RECOGNITION AND STABILIZATION – PEARS AHA	Cipolla Domenico – D'Aiuto Francesca – Terrana Simona	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	Medici - infermieri - infermieri pediatrici (di rea pediatrica che abbiano superato corso PBLIS-D negli ultimi 24 mesi) E SI POSSONO TROVARE A GESTIRE PAZIENTI IN ETA' PEDIATRICA	12	6	€ 7.269,51	COSTI AGGIUNTIVI PER CERTIFICAZIONE SIMEUP AHA PEARS PROVIDER E MANUALE PEARS PROVIDER
40	MCAU Di Cristina	CORSO TEORICO PRATICO "EMERGENZE ARITMICHE" IN ETA' PEDIATRICA	Cipolla Domenico – D'Aiuto Francesca – Terrana Simona - Sanfilippo Fiorella	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	MEDICI ED INFERMIERI CHE ABBIANO SUPERATO, NEGLI ULTIMI 24 MESI, UN CORSO PEARS E SI POSSONO TROVARE A GESTIRE PAZIENTI IN ETA' PEDIATRICA	12	4	€ 2.107,62	
41	MCAU Di Cristina	NATI PER LEGGERE E PER GIOCARE	Cipolla Domenico - D'Aiuto Francesca - Lattuca Maria Rosa	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	Medici - infermieri - infermieri pediatrici del MCAU Ped. Di Cristina	12	2	€ 522,42	PARTECIPAZIONE ASS. VOLONTARIATO "NATI PER LEGGERE"
42	MCAU Di Cristina	TRIAGE PEDIATRICO	Cipolla Domenico – Rotondo Calogero – Terrana Simona - D'Aiuto Francesca - Lattuca Maria Rosa	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	Medici - infermieri - infermieri pediatrici	12	2	€ 2.814,94	
43	MCAU Di Cristina	RICONOSCIMENTO SEGNI PRECOCI ABUSI E MALTRATTAMENTI IN PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	Cipolla Domenico – Lagalla Luca- Tantillo Matilde	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	Tutte le professioni sanitarie ECM e non	35	4	€ 1.043,54	
44	Anestesia e Rianimazione ad indirizzo Pediatrico (P.O. Di Cristina)	TRAINING DI ENDOSCOPIA BRONCHIALE IN PEDIATRIA	Piazza Marcello	FSC – Training	Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere	18	TP	Medici	24	2	€ 259,14	RISERVATO AI MEDICI ANESTESISTI DEL P.O. G. DI CRISTINA
45	Malattie Infettive Pediatriche – Ufficio Infermieristico	L'OPERATORE SANITARIO IN PEDIATRIA: GIOCO E FANTASIA COME STRUMENTI RELAZIONALI (riservato agli operatori P.O. Di Cristina)	Cascino Vincenzo	RES	Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure	12	P	Tutte le professioni sanitarie ECM e non (OSS) che operano in ambiente pediatrico	20	8	€ 2.365,37	SOLO PER PERSONALE DEL DI CRISTINA; SE POSSIBILE ACQUISTARE; COSTO AGGIUNTIVO PER BOLLE DI SAPONE, PALLONCINI MODELLABILI, POMPETTE PER POMPE
46	Radiologia – Area delle professioni tecnico-sanitarie	AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO SU TC	Longo Filippo – Messana Domenico	FSC – Training	Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere	18	TP	TRSM – Medici	24	2	€ 259,14	
47	Radiologia P.O. Di Cristina	LA POCUS PEDIATRICA	Paviglianiti Giuseppe	RES	Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura	3	P	Medici, infermieri, TSRM, Tecnici Perfusionisti	14	2	€ 1.523,94	
48	Staff Direzione Generale – Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	CORSO AZIENDALE IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	Carruba Giuseppe	RES	Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema.	17	S	Tutte le professioni	90	4	€ 1.776,58	DOCENTE/I ESTERNI CON COMPETENZE SPECIFICHE IN AMBITO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DI TRASPARENZA
49	Staff Direzione Generale	LE BASI DELLA PARITA' DI GENERE – CORSO AZIENDALE	Carruba Giuseppe – Pirrera Carmelina	RES	Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema.	17	S	Tutte le professioni	35	2	€ 434,78	
50	Staff Direzione Generale – Sorveglianza Sanitaria – Fisica Sanitaria	LA RADIOPROTEZIONE DELL' OPERATORE SANITARIO AI SENSI DEL D. LGS. 101/2020. CENNI DI RADIOPROTEZIONE DEL PAZIENTE IN AMBITO OSPEDALIERO.	Iacoviello Giuseppina - Abbate Boris – Crema Marco	RES	Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione	27	TP	Tutte le professioni sanitarie ECM	35	8	€ 1.209,38	
51	Staff Direzione Generale – SPP	LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO - CORSO PER LAVORATORI - AI SENSI DELL'ART. 37 D.LGS. N. 81/08 E S.M.I.- FORMAZIONE GENERALE PARI A 4 ORE E SPECIFICA PARI A 12 ORE PER UN TOTALE DI 16 ORE	Sapienza Salvatore	RES	Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione	27	TP	Tutte le professioni	35	9	€ 4.594,30	

Allegato 10

N°	Unità operativa proponente	Titolo del corso	Responsabile/i scientifico/i	Tip. Form.	Obiettivo formativo ECM nazionale e regionale	N° ob.	Tipo Ob.	Destinatari	N° partec. X ediz.	N. ed.	Totale costi presunti	NOTE
52	Staff Direzione Generale – SPP	LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO: CORSO DI AGGIORNAMENTO PER LAVORATORI ART. 37 D.LGS. 81/08 E S.M.I. ACCORDO STATO-REGIONI N. 221 DEL 21.12.2011 (DURATA 6 ORE)	Sapienza Salvatore	RES	Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione	27	TP	Tutte le professioni	35	6	€ 1.214,10	
53	Staff Direzione Generale – SPP	LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO – ARTICOLO 37 COMMA 7 DEL D. LGS. 81-08 - CORSO PER PREPOSTI	Sapienza Salvatore	RES	Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione	27	TP	Tutte le professioni	35	2	€ 702,01	
54	Staff Direzione Generale – SPP	CORSO DI FORMAZIONE AZIENDALE PER DIRIGENTI/DELEGATI - LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI - ART. 37 D. LGS 81/08 E S.M.I. (DURATA 16 ORE)	Sapienza Salvatore	RES	Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione	27	TP	Dirigenti e delegati – NON ECM	35	2	€ 1.194,03	
55	Staff Direzione Generale – SPP	CORSO DI FORMAZIONE AZIENDALE PER RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (RLS) - LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI - ART. 37 D. LGS. 81/08 E S.M.I. (DURATA 32 ORE)	Sapienza Salvatore	RES	Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione	27	TP	RLS – NON ECM	30	1	€ 1.190,89	
56	Staff Direzione Generale – SPP	CORSO ANTINCENDIO PER ADDETTI ANTINCENDIO IN ATTIVITÀ DI LIVELLO 3	Sapienza Salvatore	RES	Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione	27	TP	Addetti antincendio – NON ECM	15	10	€ 30.943,79	
57	Staff Direzione Generale – SPP	CORSO ADDETTO ALLA CONDUZIONE DI CARRELLI ELEVATORI SEMIMOVENTI	Formazione extra-aziendale da privato	RES + Training	non ECM				6	1	€ 1.000,00	
58	Staff Direzione Generale – SPP	IL GENDER EQUALITY PLAN TRA TEORIA E PRATICA	Formazione extra-aziendale da privato	WEBINAIR	non ECM				20	1	€ 2.000,00	
59	Staff Direzione Generale – Ufficio Legale	LA RESPONSABILITÀ DEL MEDICO E DELLA STRUTTURA SANITARIA	Rizzotto Caterina - Cristofalo Alessandra - Pirrello Andrea	RES	Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale	6	S	Tutte le professioni sanitarie ECM	25	1	€ 305,68	
60	U.T.I.R.	REVISIONE DEL PAZIENTE CRITICO IN U.T.I.R.	Marchese Santino	FSC – GdM	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)	1	S	Tutte le professioni sanitarie ECM e non (OSS)	28	1	€ 420,92	
61	Anatomia Patologica	ATTIVITÀ DIAGNOSTICA ISTOPATOLOGICA INTRAOPERATORIA	Unti Elettra	FSC – Training	Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specializzazione e attività ultraspecialistica	18	TP	Medici – TSLB	24	1	€ 751,32	
62	Neuropsichiatria infantile	LO STATO DI MALE EPILETTICO (S.M.E.) DA 0 A 18 ANNI: GESTIONE INTRA-OSPEDALIERA IN AREA DI EMERGENZA	Santangelo Giuseppe	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	Tutte le professioni sanitarie ECM e non (OSS)	35	2	€ 719,55	
63	Neuropsichiatria infantile	PERCORSO LILLA IN PRONTO SOCCORSO: GESTIONE INTEGRATA DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE (D.N.A.) PER SOGGETTI < 18 ANNI	Santangelo Giuseppe/Buffa Daniela/	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	Tutte le professioni sanitarie ECM e non (OSS)	35	2	€ 743,83	
64	Ufficio Stampa - c/o Direzione Strategica	LA COMUNICAZIONE EFFICACE PER LA GESTIONE DEI CONFLITTI DI GRUPPO NELLE ORGANIZZAZIONI AZIENDALI COMPLESSE	Maria Grazia Elfo	RES	Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali	11	P	Tutte le professioni	35	1	€ 305,68	
65	Direzione Medica P.O. Civico - U.O. Qualità e Rischio Clinico	LA PREVENZIONE DELLE I.C.A. NELLA REALTÀ OPERATIVA	Marsala M.G. Laura	RES	Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo - formazione in infezioni ospedaliere.	32	P	Tutte le professioni sanitarie ECM e non (OSS)	24	10	€ 951,18	COORDINARE CON FASE B DEI CORSI PNRR
66	U.O.S. Qualità e Rischio Clinico	CORSO DI FORMAZIONE SU ASPETTI LEGATI ALLA QUALITÀ ED AL RISCHIO CLINICO	Marsala M.G. Laura	RES	La sicurezza del paziente. Risk Management	7	S	Medici ed Infermieri	35	6	€ 951,18	
67	U.O.S. Qualità e Rischio Clinico	LO STORYTELLING PER APPRENDERE DALL'ERRORE	Marsala M.G. Laura – Randazzo Filomena	RES	Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale	6	S	Tutte le professioni sanitarie ECM	24	2	€ 661,70	
68	Direzione Medica P.O. Civico - U.O. Qualità e Rischio Clinico	LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO DAL PROTOCOLLO S.N.I.C.H.2 ALLE IMPLICAZIONE PER LA PRATICA	Marsala M.G. Laura - Picciua Zina	RES	Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo - formazione in infezioni ospedaliere.	32	P	Medici – infermieri – infermieri pediatrici	35	2	€ 610,06	
69	Direzione Medica P.O. Civico - U.O. Qualità e Rischio Clinico	LABORATORIO TECNICO PRATICO PER LA GESTIONE DEGLI ACCESSI VENOSI	Marsala M.G. Laura - Picciua Zina	RES	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)	1	S	Infermieri	35	3	€ 1.338,48	

Allegato 10

N°	Unità operativa proponente	Titolo del corso	Responsabile/i scientifico/i	Tip. Form.	Obiettivo formativo ECM nazionale e regionale	N° ob.	Tipo Ob.	Destinatari	N° partic. X ediz.	N. ed.	Totale costi presunti	NOTE
70	Direzione Medica P.O. Civico - U.O. Qualità e Rischio Clinico	GESTIONE DEL RISCHIO NELLA PRATICA CLINICA E MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	Marsala Maria Grazia Laura	RES	La sicurezza del paziente. Risk Management	6	S	Tutte le professioni sanitarie ECM e non (OSS)	35	6	€ 951,18	
71	Direzione Medica P.O. Civico - U.O. Qualità e Rischio Clinico	METODI E STRUMENTI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN SANITÀ	Marsala Maria Grazia Laura	RES	La sicurezza del paziente. Risk Management	6	S	Tutte le professioni sanitarie ECM e non (OSS)	35	4	€ 692,98	
72	Direzione Medica P.O. Civico - U.O. Qualità e Rischio Clinico	QUALITÀ DOCUMENTALE E APPROPRIATEZZA DELLA CARTELLA CLINICA	Marsala Maria Grazia Laura – Allegra Giovanna	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	3	P	Medici	35	2	€ 434,78	
73	Psicologia Clinica	LO PSICODRAMMA NELLA GESTIONE DELLE DINAMICHE DEI GRUPPI DI LAVORO	Di Pasquale Angela	RES	Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure	12	P	Tutte le professioni	12	3	€ 1.846,28	
74	Nefrologia, Dialisi e Trapianto	GESTIONE DELLA CRRT	Schillaci Onofrio	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	Medici ed Infermieri	24	2	€ 434,78	
75	C.O. 118	STANDARDIZZAZIONE DELLE PROCEDURE IN CAMERA IPERBARICA	Cracchiolo Andrea – Genco Fabio	FSC – GdM	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	Tutte le professioni sanitarie ECM e non ECM che operano in Camera Iperbarica	12	1	€ 207,54	
76	C.O. 118	OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA: PRINCIPALI PATOLOGIE, LE MALATTIE E LE INDICAZIONI TERAPEUTICHE DI QUESTA TERAPIA	Bonanno Biagio – Cracchiolo Andrea	RES	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM – EBN – EBP)	1	S	Tutte le professioni sanitarie ECM	24	4	€ 692,98	
77	Professioni Sanitarie di Riabilitazione	COMPETENZE DELL'EQUIPE ASSISTENZIALE NELLA MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE ALLETTATO, COME PREVENZIONE DELLA SINDROME D'ALLETAMENTO	Mirotta Ornella	RES	Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute con acquisizione di nozioni tecnico-professionali	10	TP	Infermieri, OSS	30	6	€ 951,18	
78	Professioni Sanitarie di Riabilitazione	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO PER LA CONDIVISIONE DELLE PROCEDURE FISIOTERAPICHE AZIENDALI	Ginestra Angelo	FSC – GdM	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	Fisioterapisti	16	2	€ 374,42	
79	Microbiologia e Virologia	PREANALITICA ED APPROPRIATEZZA DELLA RICHIESTA IN MICROBIOLOGIA	Aronica Tommaso – Verde Stella	RES	Appropriatezza prestazioni sanitarie nei lea. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia	4	P	Tutte le professioni ECM	35	1	€ 531,03	
80	U.O.C. Farmacia	FARMACOVIGILANZA: DALLE BASI TEORICHE ALLA PRATICA	Silvana Bavetta, Erica Cusumano	RES	Farmacoepidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza	25	S	Tutte le professioni sanitarie ECM	35	1	€ 305,68	
81	Cardiologia-UTIC	COMPETENZE INFERMIERISTICHE IN SALA DI EMODINAMICA ED ELETTROFISIOLOGIA	Giuliana Cerruto	RES	Appropriatezza prestazioni sanitarie nei lea. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia	4	P	infermieri	20	2	€ 434,78	
82	U.O Servizio Legale	DAL TEAM BUILDING AL TEAM WORKING EFFICACE; GESTIONE DEI CONFLITTI NEL TEAM; PROBLEM SOLVING E DECISIONE MAKING	Cristofalo Alessandra	RES	management sanitario, innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali	11	P	professionisti ecm e non ecm (personale medico e amministrativo)	35	1	€ 576,58	
83	Cardiologia-UTIC	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA E NIV IN UTIC	Giuliana Cerruto	RES	Appropriatezza prestazioni sanitarie nei lea. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia	4	P	infermieri	20	2	€ 434,78	
84	Cardiologia-UTIC	GESTIONE DELL 'ARRESTO CARDIACO E SIMULAZIONE SCENARI BLS-D E ACLS	Giuliana Cerruto	RES	Appropriatezza prestazioni sanitarie nei lea. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia	4	P	infermieri	20	2	€ 434,78	
85	Cardiologia-UTIC	LETTURA ED INTERPRETAZIONE EGA IN UTIC	Giuliana Cerruto	RES	Appropriatezza prestazioni sanitarie nei lea. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia	4	P	infermieri	20	2	€ 434,78	
86	Cardiologia-UTIC	UPDATE TERAPIA CARDIOLOGICA	Giuliana Cerruto	RES	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM – EBN – EBP)	1	S	infermieri	20	2	€ 434,78	
87	Cardiologia-UTIC	LA TERAPIA MEDICA NUTRIZIONALE NEL PAZIENTE CRITICO	Giuliana Cerruto	RES	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM – EBN – EBP)	1	S	infermieri	20	2	€ 434,78	
88	Cardiologia-UTIC	LETTURA ED INTERPRETAZIONE ECG E TRACCIA MONITOR	Giuliana Cerruto	RES	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM – EBN – EBP)	4	P	infermieri	20	2	€ 434,78	
89	Cardiologia-UTIC	LE INFEZIONI IN UTIC ED IL RICONOSCIMENTO PRECOCE DELLA SEPSI	Giuliana Cerruto	RES	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM – EBN – EBP)	1	S	infermieri	20	2	€ 434,78	
90	STAFF – UOS asset manager centro oncologico M. Ascoli	RUOLO DELL'INFERMIERE NEL PDTA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO	Terrazzino Fabrizia	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	infermieri e professioni sanitarie non ECM	35	1	€ 305,68	

Allegato 10

N°	Unità operativa proponente	Titolo del corso	Responsabile/i scientifico/i	Tip. Form.	Obiettivo formativo ECM nazionale e regionale	N° ob.	Tipo Ob.	Destinatari	N° partec. X ediz.	N. ed.	Totale costi presunti	NOTE
91	STAFF – UOS asset manager centro oncologico M. Ascoli	MODELLI ORGANIZZATIVI E PERCORSI DEL PAZIENTE CHIRURGICO NEL BLOCCO OPERATORIO ONCOLOGICO	Terrazzino Fabrizia	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	infermieri e professioni sanitarie non ECM	35	1	€ 305,68	
92	STAFF – UOS asset manager centro oncologico M. Ascoli	RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO CHIRURGICO	Terrazzino Fabrizia	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	infermieri e professioni sanitarie non ECM	35	1	€ 305,68	
93	U.T.I.N. neonatologia e nido	RIANIMAZIONE NEONATALE IN SALA PARTO	Vitaliti Salvino Marcello	FSC – Training	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	Medici, infermieri, Ostetrici ed OSS	15	10	€ 589,38	
94	Medicina I	AGGIORNAMENTI IN EPATOLOGIA	Mitra Mario	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	Medici, infermieri	35	1	€ 393,32	
95	Ostetricia e Ginecologia	DAL TEAM BUILDING AL TEAM WORKING	Maiorana Antonio	RES	management sanitario, innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali	11	P	Medici, infermieri, ostetriche ed OSS	25	2	€ 2.219,43	
96	Ostetricia e Ginecologia	LA GESTIONE DEI CONFLITTI CON UNA CORRETTA APPLICAZIONE DEL PROBLEM SOLVING E DECISIONE MAKING IN UN TEAM EFFICACE	Maiorana Antonio	RES	management sanitario, innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali	11	P	Medici, infermieri, ostetriche ed OSS	25	2	€ 2.219,43	
97	RID - Dipartimento Pediatria – Servizio Infermieristico P.O. G. Di Cristina	ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE PEDIATRICO	Magno Alessandro	RES	Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie	5	S	infermieri del P.O. Di Cristina	25	3	€ 563,88	
98	Pediatria ad indirizzo pneumologico con fibrosi cistica	POSIZIONAMENTO DI CVP ECOGUIDATO	Ficili Francesca	RES	Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica	2	S	Medici e infermieri	25-30	1	€ 305,68	
99	Medicina Immunotrasfusionale	IL CORRETTO UTILIZZO DEGLI EMOCOMPONENTI, LINEE GUIDA TECNICHE ED ORGANIZZATIVE: IL PBM (PATIENT BLOOD MANAGEMENT)	Bellavia Diego; Dr. Ferrante Bannera Antonio	RES	Appropriatezza prestazioni sanitarie nei lea. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia	4	P	professioni ECM	35	2	€ 434,78	
100	RID Area Complessi Operatori Aziendali – Servizio Infermieristico P.O. Civico	L'INFERMIERE DI SALA OPERATORIA NEI PROCESSI ASSISTENZIALI	Randazzo Maria Grazia	RES	Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura	3	P	infermieri	25	4	€ 692,98	
101	RID Area Complessi Operatori Aziendali – Servizio Infermieristico P.O. Civico	L'OPERATORE SOCIO SANITARIO NEI COMPLESSI OPERATORI AZIENDALI	Randazzo Maria Grazia	RES	non ECM			OSS	25	4	€ 692,98	
102	Servizio infermieristico – P.O. Civico	LA FUNZIONE DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO NELLA GESTIONE DEI PROCESSI SANITARI DELL'ARNAS	Gargano Francesco	RES	La comunicazione efficace e esterna con il paziente. La privacy ed il consenso informato	7	P	Infermieri, infermieri pediatrici	25	4	€ 692,98	RENDERE OBBLIGATORIO PER TUTTI I COORDINATORI
103	RID Area Assistenziale Medicina Clinica – Servizio Infermieristico P.O. Civico	IL PERCORSO ASSISTENZIALE AMBULATORIALE DEL PAZIENTE DI AREA MEDICA	Pizzo Giuseppe	RES	La comunicazione efficace interna, esterna con il paziente. La privacy ed il consenso informato;	7	P	infermieri e oss	25	2	€ 434,78	
104	RID Area Assistenziale Medicina Clinica – Servizio Infermieristico P.O. Civico	L'INFERMIERE NEI PROCESSI ASSISTENZIALI DEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA	Pizzo Giuseppe	RES	Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura	3	P	Infermieri e oss	30	3	€ 563,88	
105	Diabetologia Pediatrica e Malattie Metaboliche	LE NUOVE TECNOLOGIE NELLA CURA DEL DIABETE MELLITO TIPO 1 IN ETÀ EVOLUTIVA - MONITORAGGIO IN CONTINUO DEL GLUCOSIO INTERSTIZIALE	Cardella Francesca – Roppolo Rosalia	RES	Innovazione tecnologica: valutazione miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment	29	S	Medici, infermieri, dietisti	30	4	€ 692,98	
106	Diabetologia Pediatrica e Malattie Metaboliche	LE NUOVE TECNOLOGIE NELLA CURA DEL DIABETE MELLITO TIPO 1 IN ETÀ EVOLUTIVA - IL CALCOLO DEI CARBOIDRATI IN DIABETOLOGIA PEDIATRICA	Cardella Francesca – Roppolo Rosalia	RES	Innovazione tecnologica: valutazione miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment	29	S	Medici, infermieri, dietisti	30	4	€ 692,98	
107	Diabetologia Pediatrica e Malattie Metaboliche	LE NUOVE TECNOLOGIE NELLA CURA DEL DIABETE MELLITO TIPO 1 IN ETÀ EVOLUTIVA - LA TERAPIA INSULINICA CON MICROINFUSORE	Cardella Francesca – Roppolo Rosalia	RES	Innovazione tecnologica: valutazione miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment	29	S	Medici, infermieri, dietisti	30	4	€ 692,98	
108	Diabetologia Pediatrica e Malattie Metaboliche	LE NUOVE TECNOLOGIE NELLA CURA DEL DIABETE MELLITO TIPO 1 IN ETÀ EVOLUTIVA - LA TERAPIA CON SISTEMI AUTOMATICI DI SOMMINISTRAZIONE DELL'INSULINA	Cardella Francesca – Roppolo Rosalia	RES	Innovazione tecnologica: valutazione miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment	29	S	Medici, infermieri, dietisti	30	4	€ 692,98	
109	Staff Direzione Generale – U.O.s Formazione	PROCEDURE PER FACILITATORI DELLA FORMAZIONE AZIENDALE	Clesi Gioacchino – Hopps Maria Raffaella	RES	Innovazione tecnologica: valutazione miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment	29	S	Tutte le professioni ECM	30	2	€ 434,78	
Versamento della quota annuale in favore di AGENAS e della Regione Sicilia per lo svolgimento di attività di formazione continua in qualità di provider accreditato											€ 2.000,00	
										330	€ 237.248,73	



Azienda

AO Civico

Piano triennale del Fabbisogno 2025-2027

NB: le colonne in rosa si autoalimentano, non vanno compilate. Si precisa che per la corretta compilazione del file è necessario partire dal dettaglio per anno.

Di seguito alcune indicazioni per la corretta interpretazione delle colonne presenti:

- **Posti coperti al 31/12/2020 (Teste a tempo indeterminato):** inserire il personale a tempo indeterminato (per i policlinici includere anche il personale universitario) presente al 31 dicembre 2020 (escluso ultimo giorno)

- **Fabbisogno programmato (Teste da coprire):** per fabbisogno programmato si intende il differenziale tra il personale indeterminato presente in azienda e quello previsto nel Piano del Fabbisogno. Il Fabbisogno programmato include eventuali cessazioni nel corso dell'anno, eccedenze riassorbibili in azienda, personale necessario per l'attivazione di posti letto (previsti dalla programmazione ospedaliera D.A. 22/2019 + integrazione da D.A. 614/2020), stabilizzazioni di personale a tempo determinato, etc.

- **Piano del Fabbisogno (Teste):** personale totale per ciascun anno il cui costo deve essere coerente e sostenibile rispetto alla cornice finanziaria e al vincolo di bilancio. Il calcolo per l'anno 2020 è determinato dai posti coperti del 2019 più il fabbisogno programmato. Per gli anni successivi il Piano è determinato come somma delle teste determinate nel Piano dell'anno precedente più il fabbisogno programmato espresso.

- **Costo Personale Piano del Fabbisogno:** costo del personale totale per ciascun anno il cui ammontare deve essere coerente e sostenibile rispetto alla cornice finanziaria e al vincolo di bilancio. Per la valorizzazione del costo medio è consigliato rilevare il costo medio consuntivato per singolo profilo professionale come da Pilastro ex art. 79 al 31 dicembre 2019 includendo il ribaltamento dei fondi contrattuali maturati ancorché non liquidati.

Si precisa di compilare il prospetto di riconciliazione sottostante il "dettaglio disciplina di specializzazione" dei medici, che riguarda il totale personale.

- **Eccedenze residue:** personale non riassorbibile e non ricollocabile a livello aziendale da porre in disponibilità del SSR.

- **Posti vacanti:** si intende vacante il posto che può essere coperto con assunzione a tempo indeterminato (assunzione, stabilizzazione, mobilità etc.) ovvero riassorbimento di esuberi. Nel caso in cui il "fabbisogno programmato" per profilo sia positivo (occorrono all'azienda più teste delle attuali in forza a tempo indeterminato) il valore del campo coincide con il valore espresso nel campo "fabbisogno programmato". Nel caso contrario (l'azienda ha delle eccedenze per il singolo profilo) il valore del campo deve essere posto pari a zero. La valorizzazione del campo per singolo profilo è utile al confronto tra fabbisogni programmati anno per anno. Ciò al fine di determinare l'ammontare, sia nei singoli fogli che nel foglio di sintesi, delle risorse per le quali è possibile ricorrere al reclutamento.

- **Posti vacanti disponibili da destinare ai processi di stabilizzazione:** indicare il numero delle teste da stabilizzare per effetto di tutte le norme vigenti.

- **Posti vacanti disponibili da destinare all'accesso dall'esterno:** indicare il numero delle teste da assumere tramite le relative procedure di assunzione (concorsi, mobilità, vincitore/idoneo graduatorie ancora valide)

Piano del Fabbisogno 2024 AO Civico									
Profilo Gestionale - SDOAMMI Medico									
Disciplina di Inquadramento	Posti coperti al 31/12/2024 (Feste a tempo indeterminato)	Fabbisogno programmato (Feste) 2025	Piano del Fabbisogno (Feste) 2025	Costo Personale Piano del Fabbisogno (€mgl)	Eccedenze residue Personale non riassorbibile e non ricollocabile a livello aziendale da piani di disponibilità	Posti Vacanti	Posti vacanti disponibili da destinare al processo di sostituzione	Posti vacanti disponibili da destinare all'accesso dall'esterno	Note
	A	a1	B1+a1	B1+BPosto medio	X	Cin1	D	E=C+D	
Totale personale	2.246	525	2.871	168.318	0	197	0	197	
Totale personale - Medico	602	52	654	68.250	0	118	0	118	
001 Allergologia ed immunologia clinica	1		1	105					
002 Anestesiologia									
003 Cardiologia	32	3	35	3.675		0	0	0	
004 Gastroenterologia eepatologia									
005 Endocrinologia	15		15	1.480					
006 Endocrinologia									
007 Gastroenterologia	10		10	1.050		0			
008 Genetica medica			0						
009 Geriatria			0						
010 Infiammazione respiratoria e diabeteologia			0						
011 Infiammazione dell'apparato cardiovascolare	20	1	21	2.205					
012 Infiammazione infettiva	17	7	24	2.520		1			
013 Infiammazione e Chirurgia di gastroenterologia e di urologia	30	4	34	3.580					
014 Infiammazione, Infiammazione e infettologia	0		0			0			
015 Infiammazione infettiva	35	4	39	4.050					
016 Infiammazione delle vie respiratorie									
017 Infiammazione	17		17	1.765		4			
018 Infiammazione	10		10	1.040			0		
019 Infiammazione	12	1	13	1.355		0			
020 Infiammazione infettiva	4	1	5	525		4			
021 Infiammazione	13	1	14	1.470		0			
022 Infiammazione	40	5	45	4.640		0			
023 Infiammazione			0						
024 Infiammazione			0						
025 Infiammazione	2	2	4	410		1			
026 Infiammazione			0						
027 Infiammazione			0						
028 Infiammazione	20	4	24	2.520		0			
029 Infiammazione infettiva	0		0	0		0			
030 Infiammazione infettiva	5		5	525					
031 Infiammazione infettiva	14		14	1.470		0			
032 Infiammazione infettiva			0						
033 Infiammazione infettiva	11	1	12	1.260		1			
034 Infiammazione infettiva	12		12	1.260		0			
035 Infiammazione infettiva	11	1	12	1.260		4			
036 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
037 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
038 Infiammazione infettiva	10	1	11	1.155		0			
039 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
040 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
041 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
042 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
043 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
044 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
045 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
046 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
047 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
048 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
049 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
050 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
051 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
052 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
053 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
054 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
055 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
056 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
057 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
058 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
059 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
060 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
061 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
062 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
063 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
064 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
065 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
066 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
067 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
068 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
069 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
070 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
071 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
072 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
073 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
074 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
075 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
076 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
077 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
078 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
079 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
080 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
081 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
082 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
083 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
084 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
085 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
086 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
087 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
088 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
089 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
090 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
091 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
092 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
093 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
094 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
095 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
096 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
097 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
098 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
099 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
100 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
101 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
102 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
103 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
104 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
105 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
106 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
107 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
108 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
109 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
110 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
111 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
112 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
113 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
114 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
115 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
116 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
117 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
118 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
119 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
120 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
121 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
122 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
123 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
124 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
125 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
126 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
127 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
128 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
129 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
130 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
131 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
132 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
133 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
134 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
135 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
136 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
137 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
138 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
139 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
140 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
141 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
142 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
143 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
144 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
145 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
146 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
147 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
148 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
149 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
150 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
151 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
152 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
153 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
154 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
155 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
156 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
157 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
158 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
159 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
160 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
161 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
162 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
163 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
164 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
165 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
166 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
167 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
168 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
169 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
170 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
171 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
172 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			
173 Infiammazione infettiva	11		11	1.155		0			</

Piano del Fabbisogno 2024 AO Civico									
Altri profili									
Profilo Gestionale	Posti coperti al 31/12/2024(Teste a tempo indeterminato)	Fabbisogno programmato (Teste da coprire) 2025	Piano del Fabbisogno (Teste) 2025	Costo Personale Piano del Fabbisogno €/mgl	Eccedenze residue (personale non riassorbibile e non ricollocabile a livello aziendale da porre in disponibilità)	Posti Vacanti	Posti vacanti disponibili da destinare ai processi di stabilizzazione	Posti vacanti disponibili da destinare all'accesso dall'esterno	Note
	A	a1	B=A+a1	B1=B*costo medio	X	C=a1	I	L=H-I	
Totale personale - Altri profili	1,744	473	2,217	100,068	0	79	0	79	
SCCCH01 Infermiere	997	348	1,345	61.870		0		0	
SCCCH02 Infermiere psichiatrico			0			0		0	
SCCCH03 Infermiere generico			0					0	
SCCCH04 Infermiere pediatrico			0					0	
TCCMT01 Operatore socio sanitario	218	65	283	10.471		0	0	0	
TCCMT02 Operatore tecnico addetto all'assistenza			0					0	
TCCMTA03 Ausiliario specializzato	13	0	13	416		0		0	
SCGFTP01 Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	1		1			0		0	
SCCDRR01 Educatore professionale			0					0	
SCCDRR02 Terapista occupazionale			0					0	
SCCDRR03 Fisioterapista	26	1	27	1.161		6	0	6	
SCCDRR04 Logopedista	1		1	41		1		1	
SCCDRR05 Massaggiatore			0					0	
SCCDRR06 Massofisioterapista			0					0	
SCCDRR07 Ortottista - assistente di oftalmologia	1		1	43		0	0	0	
SCCDRR08 Tecnico audiometrista	1		1	37		0	0	0	
SCCDRR09 Tecnico audioprotesista			0					0	
SCCDRR10 Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale			0					0	
SCCDRR11 Terapista della neuro episcomotorica dell'età evolutiva			0					0	
SCCCIA01 Assistente sanitario	2		2	90		0	0	0	
SCCCIA02 Podologo			0					0	
SCCCIA03 Dietista	1		1	45		1	0	1	
SCCCIA04 Igienista dentale			0					0	
SCCCIA05 Ostetrica	18	1	19	817		0		0	
SCCEAT05 Tecnico di neurofisiopatologia	7		7	301		1	0	1	
SCCETD01 Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	85	9	94	4.324		6		6	
SCCETD02 Tecnico sanitario di radiologia medica	74	6	80	3.680		0		0	
SCCGAS01 Profilo Atipico Sanitario	9	2	11	484		0		0	
SCCEAT01 Odontotecnico	1		1	42		0	0	0	
SCCEAT02 Tecnico ortopedico			0					0	
SCCEAT03 Ottico			0					0	
SCCEAT04 Puericultrice	4		4	152			0	0	
SCCEAT05 Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	3	0	3	126		1	0	1	
TCCMTS01 Assistente sociale	5	1	6	252		1	0	1	
TDOLDT01 Analista	1	1	2	100		1		1	
TDOLDT02 Statistico			0					0	
TDOLDT03 Sociologo			0					0	
TDOLDT04 Altro dirigente tecnico			0					0	
TCCMTA01 Assistente tecnico	3	10	13	468		7		7	
TCCMTA02 Programmatore			0					0	
TCCMTA04 Collaboratore tecnico	9	3	12	504		0		0	
TCCMTA05 Operatore tecnico	55	8	63	2.205		4		4	
TCCMTA06 Profilo Atipico - Tecnico			0					0	
TCCMTA09 Profilo generico			0					0	
SDDAMA02 Veterinario			0					0	
SDDAMA01 Odontoiatra	0		0			1		1	
SDDBAA01 Psicologo	1	6	7	644		0		0	
SDDBAA02 Biologo	30		30	2.760		4		4	
SDDBAA03 Chimico			0					0	
SDDBAA04 Fisico	5		5	460		0		0	
SDDBAA05 Pedagogista	1		1	92		0	0	0	
SDDBAA06 Dirigente delle professioni sanitarie	4		4	368		0		0	
SDDBAA07 Altro D. Sanitario		0	0			1		1	
SDDBAF01 Farmacista	9		9	828		0		0	
ADONAD01 Dirigenti amministrativi	6	2	8	800		5		5	
ACCOAC01 Assistente amministrativo	34	1	35	1.250		4		4	
ACCOAC02 Commesso	13		13	403		10	0	10	
ACCOAC03 Coadiutore amministrativo	55	3	58	1.972		15		15	
ACCOAC04 Collaboratore amministrativo	40	5	45	1.890		5		5	
ACCOAC05 Profilo Atipico - Amministrativo			0					0	
ACCOAC09 Profilo generico			0					0	
PCCIPC01 Assistente religioso			0					0	
PCCIPC02 Profilo Atipico - Ruolo Professionale		1	1	36		0		0	assistente informazione
PCCIPC03 Specialista della comunicazione istituzionale			0					0	
PCCIPC04 Specialista nei rapporti con i media, giornalista pubblico			0			2		2	
PCORRR01 Personale religioso in convenzione	3		3	126		0	0	0	
PCCIPC08 Personale religioso in convenzione			0					0	
PCCIPC09 Profilo generico			0					0	
PDDHPD01 Avvocato	1		1	100		2	0	2	
PDDHPD02 Ingegnere	5		5	500		0	0	0	
PDDHPD03 Architetto	2		2	200		1	0	1	
PDDHPD04 Geologo			0					0	
PDDHPD05 Altro dirigente professionale			0					0	

Tabella riepilogo anno 2024 - Piano dei Fabbisogni del Personale

MACROPROFILI	DIPENDENTE		
	Personale dipendente		
	Posti Vacanti 2025	Piano del Fabbisogno (Teste) 2025	Costo piano del fabbisogno (€mg)
PERSONALE DIRIGENTE			
di cui Medici	118	654	68,250
di cui Veterinari	-	-	-
di cui Altri Dirigenti Sanitari	6	56	5,152
di cui Dirigenti PTA	9	18	1,700
TOTALE DIRIGENTE	133	728	75,102
PERSONALE COMPARTO			
di cui Infermiere	-	1,345	61,870
di cui Altro Comparto Sanitario	9	223	10,061
di cui OSS-OTA-ASA	-	296	10,887
di cui Personale della riabilitazione e Fisioterapia	7	30	1,282
di cui Comparto Amministrativo e Professionale	36	155	5,687
di cui Altro Comparto Tecnico	12	94	3,429
TOTALE COMPARTO	64	2,143	93,216
TOTALE FABBISOGNO PERSONALE 2021	197	2,871	168,318

Piano del Fabbisogno 2025 AO Civico								
Profilo Gestionale - SDDAMM01 Medico								
Disciplina di inquadramento	Piano del Fabbisogno (Teste) 2025	Fabbisogno programmato (Teste da coprire) 2026	Piano del Fabbisogno (Teste) 2026	Costo Personale Piano del Fabbisogno €/mgl	Posti Vacanti	Posti vacanti disponibili da destinare ai processi di stabilizzazione	Posti vacanti disponibili da destinare all'accesso dall'esterno	Note
	A	a1	B=A+a1	B1=B*costo medio	C=a1	D	E=C-D	
Totale personale	2,871	31	2,902	172,891	165	0	165	
Totale personale - Medico	654	25	679	71,190	93	0	93	
I001 Allergologia ed immunologia clinica	1		1	105	2		2	
I002 Angiologia	0		0				0	
I003 Cardiologia	35	5	40	4,200	3		3	
I004 Dermatologia e venerologia	2		2	210	1	0	1	
I005 Ematologia	16		16	1,785	3	0	3	
I006 Endocrinologia	0		0				0	
I007 Gastroenterologia	10		10	1,050		0	0	
I008 Genetica medica	0		0				0	
I009 Geriatria	0		0				0	
I010 Malattie metaboliche e diabetologia	0		0				0	
I011 Malattie dell'apparato respiratorio	21		21	2,205	3		3	
I012 Malattie infettive	24	1	25	2,625	0		0	
I013 Medicina e Chirurgia di accettazione e di urgenza	36		36	3,780	0		0	
I014 Medicina fisica e riabilitazione	0		0		3		3	
I015 Medicina interna	39	1	40	4,200	0	0	0	
I018 Medicina dello sport	0		0				0	
I019 Nefrologia	17	4	21	2,205	0	0	0	
I020 Neonatologia	12	3	15	1,575	0	0	0	
I021 Neurologia	13		13	1,365	0	0	0	
I022 Neuropsichiatria infantile	5		5	525	4	0	4	
I023 Oncologia	14	0	14	1,470	4	0	4	
I024 Pediatria	48		48	5,040	7		7	
I025 Psichiatria	0		0				0	
I026 Radioterapia	7	1	8	840	0	0	0	
I027 Reumatologia	2		2	210	1		1	
I029 Cardiochirurgia	3		3		6	0	6	
I030 Chirurgia generale	24		24	2,520	6	0	6	
I031 Chirurgia maxillo-facciale	5		5	525	4	0	4	
I032 Chirurgia pediatrica	5		5	525	6	0	6	
I033 Chirurgia plastica e ricostruttiva	14		14	1,470	7	0	7	
I034 Chirurgia toracica	7	1	8	840	1	0	1	
I035 Chirurgia vascolare	12		12	1,260	1	0	1	
I036 Ginecologia e ostetricia	25		25	2,625	5		5	
I037 Neurochirurgia	12		12	1,260	6	0	6	
I038 Oftalmologia	8		8	840	1	0	1	
I039 Ortopedia e traumatologia	12		12	1,260	4	0	4	
I040 Otorinolaringoiatria	8		8	840	3	0	3	
I041 Urologia	11		11	1,155			0	
I042 Anatomia patologica	7		7	735	1	0	1	
I043 Anestesia e rianimazione	102	3	105	11,025	0	0	0	
I044 Biochimica clinica	0		0				0	
I045 Farmacologia e Tossicologia clinica	0		0				0	
I046 Laboratorio di genetica medica	0		0				0	
I047 Medicina Trasfusionale	11		11	1,155		0	0	
I048 Medicina legale	1		1			0	0	
I049 Medicina nucleare	7		7	735	0	0	0	
I050 Microbiologia e virologia	4		4	420	2	0	2	
I051 Neurofisiopatologia	0		0				0	
I052 Neuroradiologia	11		11	1,155	0	0	0	
I053 Patologia clinica	5		5	525	4		4	
I054 Radiodiagnostica	40	5	45	4,725	0		0	
I055 Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	0		0				0	
I056 Igiene degli alimenti e della nutrizione	0		0				0	
I057 Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro	0		0	210	2	0	2	
I061 Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	0		0				0	
I062 Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati	0		0				0	
I063 Sanità animale	0		0				0	
I064 Odontoiatria	0		0				0	
I066 Farmacia Ospedaliera	0		0				0	
I067 Farmacia territoriale	0		0				0	
I076 Chimica analitica	0		0				0	
I077 Psicoterapia	0		0				0	
I078 Psicologia clinica	0		0				0	
I079 Fisica Sanitaria	0		0				0	
I106 Scienza dell'alimentazione e dietetica	0		0				0	
I107 Direzione medica di presidio ospedaliero	15	1	16	1,680		0	0	
I108 Organizzazione dei servizi sanitari di base	0		0				0	
I111 Audiologia e foniatria	0		0				0	
I114 Cure Palliative	3		3	315	1	0	1	
I115 Epidemiologia	0		0				0	

TOTALE COSTO DEL PERSONALE

Costo Personale (€/mgl)	172,891.00

(+) IRAP	10,330	(+)
(+) Assegni per il nucleo familiare, buoni pasto e spese per equo indennizzo		(+)
(-) Spese per il personale appartenente alle categorie protette	3,600	(-)
(-) spese sostenute dall'Azienda per il proprio personale comandato presso altre Amministrazioni e per le quali è previsto il rimborso da parte delle Amministrazioni utilizzatrici		(-)
(-) Somme maturate per competenza verso l'Ass.to Reg.le al Lavoro per il rimborso L.S.U. contrattualizzati.		(-)
(-) oneri per i rinnovi contrattuali succedutisi a decorrere dal 2004, calcolati secondo il principio della competenza	33,000	(-)

Totale Spesa Netta (Medici + altri profili) - (A)	146,620.65

Delta Tetto di spesa assegnato vs Spesa Netta Personale nuova dotazione organica C=(B-A)	10,530

Piano del Fabbisogno 2025 AO Civico								
Altri profili								
Profilo Gestionale	Piano del Fabbisogno (Teste) 2025	Fabbisogno programmato (Teste da coprire) 2026	Piano del Fabbisogno (Teste) 2026	Costo Personale Piano del Fabbisogno €/mgl	Posti Vacanti	Posti vacanti disponibili da destinare ai processi di stabilizzazione	Posti vacanti disponibili da destinare all'accesso dall'esterno	Note
	A	a1	B=A+a1	B1=B*costo medio	C≈a1	D	E=C-D	
Totale personale - Altri profili	2,217	6	2,223	101,701	72	0	72	
SCCCH01 Infermiere	1,345		1,345	63,215	0		0	
SCCCH02 Infermiere psichiatrico	0		0				0	
SCCCH03 Infermiere generico	0		0				0	
SCCCH04 Infermiere pediatrico	0		0				0	
TCCMTT01 Operatore socio sanitario	283		283	10,471	0		0	
TCCMTT02 Operatore tecnico addetto all'assistenza	0		0				0	
TCCMTA03 Ausiliario specializzato	13		13	416	0	0	0	
SCCFTP01 Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	1		1				0	
SCCDRR01 Educatore professionale	0		0				0	
SCCDRR02 Terapista occupazionale	0		0				0	
SCCDRR03 Fisioterapista	27		27	1,161	6	0	6	
SCCDRR04 Logopedista	1		1	41	1		1	
SCCDRR05 Massaggiatore	0		0				0	
SCCDRR06 Massofisioterapista	0		0				0	
SCCDRR07 Ortottista – assistente di oftalmologia	1		1	43	0	0	0	
SCCDRR08 Tecnico audiometrista	1		1	37	0	0	0	
SCCDRR09 Tecnico audioprotesista	0		0				0	
SCCDRR10 Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale	0		0				0	
SCCDRR11 Terapista della neuro epsicomotricista dell'età evolutiva	0		0				0	
SCCCIA01 Assistente sanitario	2		2	90	0	0	0	
SCCCIA02 Podologo	0		0				0	
SCCCIA03 Dietista	1		1	45	1		1	
SCCCIA04 Igienista dentale	0		0				0	
SCCCIA05 Ostetrica	19		19	817	0	0	0	
SCCEAT06 Tecnico di neurofisiopatologia	7		7	301	1	0	1	
SCCETD01 Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	94		94	4,324	6		6	
SCCETD02 Tecnico sanitario di radiologia medica	80		80	3,680	0		0	
SCCGAS01 Profilo Atipico Sanitario	11		11	462	0	0	0	
SCCEAT01 Odontotecnico	1		1	42	0	0	0	
SCCEAT02 Tecnico ortopedico	0		0				0	
SCCEAT03 Ottico	0		0				0	
SCCEAT04 Puericultrice	4		4	152	0	0	0	
SCCEAT05 Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	3		3	126	1	0	1	
TCCMTS01 Assistente sociale	6		6	252	1	0	1	
TDDLDT01 Analista	2		2	100	1	0	1	
TDDLDT02 Statistico	0		0				0	
TDDLDT03 Sociologo	0		0				0	
TDDLDT04 Altro dirigente tecnico	0		0				0	
TCCMTA01 Assistente tecnico	13		13	468	7	0	7	
TCCMTA02 Programmatore	0		0				0	
TCCMTA04 Collaboratore tecnico	12		12	504	0	0	0	
TCCMTA05 Operatore tecnico	63		63	2,205	4	0	4	
TCCMTA06 Profilo Atipico - Tecnico	0		0				0	
TCCMTA09 Profilo generico	0		0				0	
SDDAMA02 Veterinario	0		0				0	
SDDAMA01 Odontoiatra	0	1	1	100	0		0	
SDDBAA01 Psicologo	7		7	644	0	0	0	
SDDBAA02 Biologo	30		30	2,760	4	0	4	
SDDBAA03 Chimico	0		0				0	
SDDBAA04 Fisico	5		5	460	0		0	
SDDBAA05 Pedagogista	1		1	92	0	0	0	
SDDBAA06 Dirigente delle professioni sanitarie	4		4	368	0	0	0	
SDDBAA07 Altro D. Sanitario	0		0				0	
SDDBAF01 Farmacista	9		9	828	0		0	
ADDNAD01 Dirigenti amministrativi	8		8	800	5		5	
ACCOAC01 Assistente amministrativo	35		35	1,260	4	0	4	
ACCOAC02 Commesso	13		13	403	10	0	10	
ACCOAC03 Coadiutore amministrativo	58		58	1,972	15	0	15	
ACCOAC04 Collaboratore amministrativo	45	5	50	2,100	0		0	
ACCOAC05 Profilo Atipico - Amministrativo	0		0				0	
ACCOAC09 Profilo generico	0		0				0	
PCCIPC01 Assistente religioso	0		0				0	
PCCIPC02 Profilo Atipico - Ruolo Professionale	1		1	36	0		0	assistente informazione
PCCIPC03 Specialista della comunicazione istituzionale	0		0		2		2	
PCCIPC04 Specialista nei rapporti con i media, giornalista pubblico	0		0				0	
PCORRR01 Personale religioso in convenzione	3		3	126	0	0	0	
PCCIPC08 Personale religioso in convenzione	0		0				0	
PCCIPC09 Profilo generico	0		0				0	
PDDHPD01 Avvocato	1		1	100	2		2	
PDDHPD02 Ingegnere	5		5	500	0		0	
PDDHPD03 Architetto	2		2	200	1	0	1	
PDDHPD04 Geologo	0		0				0	
PDDHPD05 Altro dirigente professionale	0		0				0	

Tabella riepilogo anno 2025 - Piano dei Fabbisogni del Personale

MACROPROFILI	DIPENDENTE		
	Personale dipendente		
	Posti Vacanti 2026	Piano del Fabbisogno (Teste) 2026	Costo piano del fabbisogno (€/mgf)
PERSONALE DIRIGENTE			
di cui Medici	93	679	71.190
di cui Veterinari	-	-	-
di cui Altri Dirigenti Sanitari	4	57	5.252
di cui Dirigenti PTA	9	18	1.700
TOTALE DIRIGENTE	106	754	78.142
PERSONALE COMPARTO			
di cui Infermiere	-	1.345	63.215
di cui Altro Comparto Sanitario	9	223	10.039
di cui OSS-OTA-ASA	-	296	10.887
di cui Personale della riabilitazione e Fisioterapia	7	30	1.282
di cui Comparto Amministrativo e Professionale	31	160	5.897
di cui Altro Comparto Tecnico	12	94	3.429
TOTALE COMPARTO	59	2.148	94.749
TOTALE FABBISOGNO PERSONALE 2022	165	2.902	172.891

Piano del Fabbisogno 2026 AO Civico											
Altri profili											
Profilo Gestionale	Piano del Fabbisogno (Teste) 2026	Fabbisogno programmato (Teste da coprire) 2027	Piano del Fabbisogno (Teste) 2027	Costo Personale Piano del Fabbisogno €/mgl	Posti Vacanti	Posti vacanti disponibili da destinare ai processi di stabilizzazione	Posti vacanti disponibili da destinare all'accesso dall'esterno				Note
	A	a1	B=A+a1	B1=B*costo medio	C≈a1	D	E=C-D	M	N	O	
Totale personale - Altri profili	2,223	72	2,295	103,978	0	0	0	0			
SCCCH01 Infermiere	1,345		1,345	61,870	0		0				
SCCCH02 Infermiere psichiatrico	0		0				0				
SCCCH03 Infermiere generico	0		0				0				
SCCCH04 Infermiere pediatrico	0		0				0				
TCCMT01 Operatore socio sanitario	283		283	10,471	0		0				
TCCMT02 Operatore tecnico addetto all'assistenza	0		0				0				
TCCMTA03 Ausiliario specializzato	13		13	416	0	0	0				
SCCFTP01 Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	1		1	40	0	0	0				
SCCDRR01 Educatore professionale	0		0				0				
SCCDRR02 Terapista occupazionale	0		0				0				
SCCDRR03 Fisioterapista	27	6	33	1,419	0	0	0				
SCCDRR04 Logopedista	1	1	2	82			0				
SCCDRR05 Massaggiatore	0		0				0				
SCCDRR06 Massofisioterapista	0		0				0				
SCCDRR07 Ortottista – assistente di oftalmologia	1		1	43			0				
SCCDRR08 Tecnico audiometrista	1		1	37	0	0	0				
SCCDRR09 Tecnico audioprotesista	0		0				0				
SCCDRR10 Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale	0		0				0				
SCCDRR11 Terapista della neuro epsicomotricista dell'età evolutiva	0		0				0				
SCCCIA01 Assistente sanitario	2		2	90	0	0	0				
SCCCIA02 Podologo	0		0				0				
SCCCIA03 Dietista	1	1	2	90	0	0	0				
SCCCIA04 Igienista dentale	0		0				0				
SCCCIA05 Ostetrica	19		19	817	0	0	0				
SCCEAT06 Tecnico di neurofisiopatologia	7	1	8	344	0	0	0				
SCCETD01 Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	94	6	100	4,600	0	0	0				
SCCETD02 Tecnico sanitario di radiologia medica	80		80	3,680	0	0	0				
SCCGAS01 Profilo Atipico Sanitario	11		11	484			0				
SCCEAT01 Odontotecnico	1		1	42	0	0	0				
SCCEAT02 Tecnico ortopedico	0		0				0				
SCCEAT03 Ottico	0		0				0				
SCCEAT04 Puericultrice	4		4	152	0	0	0				
SCCEAT05 Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	3	1	4	168	0	0	0				
TCCMTS01 Assistente sociale	6	1	7	294	0	0	0				
TDDLDT01 Analista	2	1	3	300	0	0	0				
TDDLDT02 Statistico	0		0				0				
TDDLDT03 Sociologo	0		0				0				
TDDLDT04 Altro dirigente tecnico	0		0				0				
TCCMTA01 Assistente tecnico	13	7	20	720	0	0	0				
TCCMTA02 Programmatore	0		0				0				
TCCMTA04 Collaboratore tecnico	12		12	504	0	0	0				
TCCMTA05 Operatore tecnico	63	4	67	2,345	0	0	0				
TCCMTA06 Profilo Atipico - Tecnico	0		0				0				
TCCMTA09 Profilo generico	0		0				0				
SDDAMA02 Veterinario	0		0				0				
SDDAMA01 Odontoiatra	1		1	105	0		0				
SDDBAA01 Psicologo	7		7	644	0		0				
SDDBAA02 Biologo	30	4	34	3,128	0	0	0				
SDDBAA03 Chimico	0						0				
SDDBAA04 Fisico	5		5	460	0		0				
SDDBAA05 Pedagogista	1		1	92	0	0	0				
SDDBAA06 Dirigente delle professioni sanitarie	4		4	368	0	0	0				
SDDBAA07 Altro D. Sanitario	0		0		0		0				
SDDBAF01 Farmacista	9		9	828	0	0	0				
ADDNAD01 Dirigenti amministrativi	8	5	13	1,300	0	0	0				
ACCOAC01 Assistente amministrativo	35	4	39	1,404	0	0	0				
ACCOAC02 Commesso	13	10	23	713	0	0	0				
ACCOAC03 Coadiutore amministrativo	58	15	73	2,482	0	0	0				
ACCOAC04 Collaboratore amministrativo	50		50	2,100	0	0	0				
ACCOAC05 Profilo Atipico - Amministrativo	0		0				0				
ACCOAC09 Profilo generico	0		0				0				
PCCIPC01 Assistente religioso	0		0				0				
PCCIPC02 Profilo Atipico - Ruolo Professionale	1		1	36			0				assistente informazione
PCCIPC03 Specialista della comunicazione istituzionale	0		0				0				
PCCIPC04 Specialista nei rapporti con i media, giornalista pubblico	0	2	2	84			0				
PCORRR01 Personale religioso in convenzione	3		3	126	0	0	0				
PCCIPC08 Personale religioso in convenzione	0		0				0				
PCCIPC09 Profilo generico	0		0				0				
PDDHPD01 Avvocato	1	2	3	300	0	0	0				
PDDHPD02 Ingegnere	5		5	500	0	0	0				
PDDHPD03 Architetto	2	1	3	300	0	0	0				
PDDHPD04 Geologo	0		0				0				
PDDHPD05 Altro dirigente professionale	0		0				0				

Tabella riepilogo anno 2026 - Piano dei Fabbisogni del Personale

MACROPROFILI	DIPENDENTE		
	Personale dipendente		
	Posti Vacanti 2026	Piano del Fabbisogno (Teste) 2026	Costo piano del fabbisogno (€/mgli)
PERSONALE DIRIGENTE			
di cui Medici	-	773	81.165
di cui Veterinari	-	-	-
di cui Altri Dirigenti Sanitari	-	61	5.625
di cui Dirigenti PTA	-	27	2.700
TOTALE DIRIGENTE	-	861	89.490
PERSONALE COMPARTO			
di cui Infermiere	-	1.345	61.870
di cui Altro Comparto Sanitario	-	232	10.507
di cui OSS-OTA-ASA	-	296	10.887
di cui Personale della riabilitazione e Fisioterapia	-	37	1.581
di cui Comparto Amministrativo e Professionale	-	191	6.945
di cui Altro Comparto Tecnico	-	106	3.863
TOTALE COMPARTO	-	2.207	95.653
TOTALE FABBISOGNO PERSONALE 2023	-	3.068	185.143

Piano del Fabbisogno triennale 2024-2026 AO Civico											
Profilo Gestionale - SDDAMM01 Medico											
Disciplina di inquadramento	Piano del Fabbisogno (Teste) 2024	Costo Personale Piano del Fabbisogno 2024 €/mgI	Piano del Fabbisogno (Teste) 2025	Costo Personale Piano del Fabbisogno 2025 €/mgI	Piano del Fabbisogno (Teste) 2026	Costo Personale Piano del Fabbisogno 2026 €/mgI	Eccedenze residue (personale non riassorbibile e non ricollocabile a livello aziendale da porre in disponibilità)	Posti Vacanti nel triennio	Posti vacanti disponibili da destinare ai processi di stabilizzazione	Posti vacanti disponibili da destinare all'accesso dall'esterno	Note
	A	A1	B	B1	C	C1	D	E	F	G=E-F	
Totale personale	2,871	168,318	2,902	172,891	3,068	185,143	0	362	0	362	
Totale personale - Medico	654	68,250	679	71,190	773	81,165	0	211	0	211	
I001 Allergologia ed immunologia clinica	1	105	1	105	3	315	0	4	0	4	
I002 Angiologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I003 Cardiologia	35	3,675	40	4,200	43	4,515	0	11	0	11	
I004 Dermatologia e venerologia	2	210	2	210	3	315	0	2	0	2	
I005 Ematologia	16	1,680	16	1,785	19	1,995	0	6	0	6	
I006 Endocrinologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I007 Gastroenterologia	10	1,050	10	1,050	10	1,050	0	0	0	0	
I008 Genetica medica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I009 Geriatria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I010 Malattie metaboliche e diabetologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I011 Malattie dell'apparato respiratorio	21	2,205	21	2,205	24	2,520	0	6	0	6	
I012 Malattie infettive	24	2,520	25	2,625	25	2,625	0	1	0	1	
I013 Medicina e Chirurgia di accettazione e di urgenza	36	3,780	36	3,780	36	3,780	0	0	0	0	
I014 Medicina fisica e riabilitazione	0	0	0	0	3	315	0	6	0	6	
I015 Medicina interna	39	4,095	40	4,200	40	4,200	0	1	0	1	
I018 Medicina dello sport	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I019 Nefrologia	17	1,785	21	2,205	21	2,205	0	4	0	4	
I020 Neonatologia	12	1,260	15	1,575	15	1,575	0	3	0	3	
I021 Neurologia	13	1,365	13	1,365	13	1,365	0	0	0	0	
I022 Neuropsichiatria infantile	5	525	5	525	9	945	0	8	0	8	
I023 Oncologia	14	1,470	14	1,470	18	1,890	0	8	0	8	
I024 Pediatria	48	5,040	48	5,040	55	5,775	0	14	0	14	
I025 Psichiatria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I026 Radioterapia	7	735	8	840	8	840	0	1	0	1	
I027 Reumatologia	2	210	2	210	3	315	0	2	0	2	
I029 Cardiochirurgia	3	0	3	0	9	945	0	12	0	12	
I030 Chirurgia generale	24	2,520	24	2,520	30	3,150	0	12	0	12	
I031 Chirurgia maxillo-facciale	5	525	5	525	9	945	0	8	0	8	
I032 Chirurgia pediatrica	5	525	5	525	11	1,155	0	12	0	12	
I033 Chirurgia plastica e ricostruttiva	14	1,470	14	1,470	21	2,205	0	14	0	14	
I034 Chirurgia toracica	7	735	8	840	9	945	0	3	0	3	
I035 Chirurgia vascolare	12	1,260	12	1,260	13	1,365	0	2	0	2	
I036 Ginecologia e ostetricia	25	2,625	25	2,625	30	3,150	0	10	0	10	
I037 Neurochirurgia	12	1,260	12	1,260	20	2,100	0	16	0	16	
I038 Oftalmologia	8	840	8	840	9	945	0	2	0	2	
I039 Ortopedia e traumatologia	12	1,260	12	1,260	16	1,680	0	8	0	8	
I040 Otorinolaringoiatria	8	840	8	840	11	1,155	0	6	0	6	
I041 Urologia	11	1,155	11	1,155	11	1,155	0	0	0	0	
I042 Anatomia patologica	7	735	7	735	8	840	0	2	0	2	
I043 Anestesia e rianimazione	102	10,710	105	11,025	105	11,025	0	3	0	3	
I044 Biochimica clinica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I045 Farmacologia e Tossicologia clinica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I046 Laboratorio di genetica medica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I047 Medicina Trasfusionale	11	1,155	11	1,155	11	1,155	0	0	0	0	
I048 Medicina legale	1	0	1	0	1	105	0	0	0	0	
I049 Medicina nucleare	7	735	7	735	7	735	0	0	0	0	
I050 Microbiologia e virologia	4	420	4	420	6	630	0	4	0	4	
I051 Neurofisiopatologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I052 Neuroradiologia	11	1,155	11	1,155	12	1,260	0	0	0	0	
I053 Patologia clinica	5	525	5	525	9	945	0	8	0	8	
I054 Radiodiagnostica	40	4,200	45	4,725	45	4,725	0	5	0	5	
I055 Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I056 Igiene degli alimenti e della nutrizione	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I057 Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro	0	0	0	210	2	210	0	4	0	4	
I061 Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I062 Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I063 Sanità animale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I064 Odontoiatria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I066 Farmacia Ospedaliera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I067 Farmacia territoriale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I076 Chimica analitica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I077 Psicoterapia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I078 Psicologia clinica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I079 Fisica Sanitaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I106 Scienza dell'alimentazione e dietetica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I107 Direzione medica di presidio ospedaliero	15	1,575	15	1,680	16	1,680	0	1	0	1	
I108 Organizzazione dei servizi sanitari di base	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I111 Audiologia e foniatria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I114 Cure Palliative	3	315	3	315	4	420	0	2	0	2	
I115 Epidemiologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

TOTALE COSTO DEL PERSONALE										
2022			2022			2024				
Costo Personale (€/mgli)		168,318.00	172,891.00		185,143.00					
(+) IRAP		9,374.07	10,329.66		12,411.00					
(+) Assegni per il nucleo familiare, buoni pasto e spese per equo indennizzo		-	-		-					
(-) Spese per il personale appartenente alle categorie protette		3,600.00	3,600.00		3,600.00					
(-) spese sostenute dall'Azienda per il proprio personale comandato presso altre Amministrazioni e per le quali è previsto il rimborso da parte delle Amministrazioni utilizzatrici		-	-		-					
(-) Somme maturate per competenza verso l'Ass.le al Lavoro per il rimborso L.S.U. contrattualizzati		-	-		-					
(-) oneri per i rinnovi contrattuali succedutisi a decorrere dal 2004, calcolati secondo il principio della competenza		28,000.00	33,000.00		37,000.00					
Totale Spesa Netta (Medici + altri profili) - (A)		146,092.07	146,620.66		156,954.00					
Delta Tetto di spesa assegnato vs Spesa Netta Personale nuova dotazione organica D=(C-A)		11,059	10,530		197					
							Nuovo Tetto di spesa comprensivo degli incrementi indicati nell'appendice delle Linee Guida 2021 (€/mgli) (C)			
							157,151			
DI CUI COSTO PERSONALE "AGGIUNTIVO" (ex D.L. 34/2020 convertito con Legge 77/2020 + D.A. 614/2020)										

Piano del Fabbisogno triennale 2024-2026 AO Civico											
Altri profili											
Profilo Gestionale	Piano del Fabbisogno (Teste) 2024	Costo Personale Piano del Fabbisogno 2024 €/mgl	Piano del Fabbisogno (Teste) 2025	Costo Personale Piano del Fabbisogno 2025 €/mgl	Piano del Fabbisogno (Teste) 2026	Costo Personale Piano del Fabbisogno 2026 €/mgl	Eccedenze residue (personale non riassorbibile e non ricollocabile a livello aziendale da porre in disponibilità)	Posti Vacanti nel triennio	Posti vacanti disponibili da destinare ai processi di stabilizzazione	Posti vacanti disponibili da destinare all'accesso dall'esterno	Note
	A	A1	B	B1	C	C1	D	E	F	G=E-F	
Totale personale - Altri profili	2,217	100,068	2,223	101,701	2,295	103,978	0	151	0	151	
SCCCH01 Infermiere	1,345	61,870	1,345	63,215	1,345	61,870	0	0	0	0	
SCCCH02 Infermiere psichiatrico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCCH03 Infermiere generico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCCH04 Infermiere pediatrico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TCCMT01 Operatore socio sanitario	283	10,471	283	10,471	283	10,471	0	0	0	0	
TCCMT02 Operatore tecnico addetto all'assistenza	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TCCMTA03 Ausiliario specializzato	13	416	13	416	13	416	0	0	0	0	
SCCFTP01 Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	1	0	1	0	1	40	0	0	0	0	
SCCDRR01 Educatore professionale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCDRR02 Terapista occupazionale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCDRR03 Fisioterapista	27	1,161	27	1,161	33	1,419	0	12	0	12	
SCCDRR04 Logopedista	1	41	1	41	2	82	0	2	0	2	
SCCDRR05 Massaggiatore	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCDRR06 Massofisioterapista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCDRR07 Ortottista – assistente di oftalmologia	1	43	1	43	1	43	0	0	0	0	
SCCDRR08 Tecnico audiometrista	1	37	1	37	1	37	0	0	0	0	
SCCDRR09 Tecnico audioprotesista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCDRR10 Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCDRR11 Terapista della neuro epsicomotricista dell'età evolutiva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCCIA01 Assistente sanitario	2	90	2	90	2	90	0	0	0	0	
SCCCIA02 Podologo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCCIA03 Dietista	1	45	1	45	2	90	0	2	0	2	
SCCCIA04 Igienista dentale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCCIA05 Ostetrica	19	817	19	817	19	817	0	0	0	0	
SCCEAT06 Tecnico di neurofisiopatologia	7	301	7	301	8	344	0	2	0	2	
SCCETD01 Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	94	4,324	94	4,324	100	4,600	0	12	0	12	
SCCETD02 Tecnico sanitario di radiologia medica	80	3,680	80	3,680	80	3,680	0	0	0	0	
SCCGAS01 Profilo Atipico Sanitario	11	484	11	462	11	484	0	0	0	0	
SCCEAT01 Odontotecnico	1	42	1	42	1	42	0	0	0	0	
SCCEAT02 Tecnico ortopedico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCEAT03 Ottico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SCCEAT04 Puericultrice	4	152	4	152	4	152	0	0	0	0	
SCCEAT05 Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	3	126	3	126	4	168	0	2	0	2	
TCCMTS01 Assistente sociale	6	252	6	252	7	294	0	2	0	2	
TDDLDT01 Analista	2	100	2	100	3	300	0	2	0	2	
TDDLDT02 Statistico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TDDLDT03 Sociologo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TDDLDT04 Altro dirigente tecnico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TCCMTA01 Assistente tecnico	13	468	13	468	20	720	0	14	0	14	
TCCMTA02 Programmatore	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TCCMTA04 Collaboratore tecnico	12	504	12	504	12	504	0	0	0	0	
TCCMTA05 Operatore tecnico	63	2,205	63	2,205	67	2,345	0	8	0	8	
TCCMTA06 Profilo Atipico - Tecnico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TCCMTA09 Profilo generico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SDDAMA02 Veterinario	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SDDAMA01 Odontoiatra	0	0	1	100	1	105	0	1	0	1	
SDDBAA01 Psicologo	7	644	7	644	7	644	0	0	0	0	
SDDBAA02 Biologo	30	2,760	30	2,760	34	3,128	0	8	0	8	
SDDBAA03 Chimico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SDDBAA04 Fisico	5	460	5	460	5	460	0	0	0	0	
SDDBAA05 Pedagogista	1	92	1	92	1	92	0	0	0	0	
SDDBAA06 Dirigente delle professioni sanitarie	4	368	4	368	4	368	0	0	0	0	
SDDBAA07 Altro D. Sanitario	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
SDDBAF01 Farmacista	9	828	9	828	9	828	0	0	0	0	
ADDNAD01 Dirigenti amministrativi	8	800	8	800	13	1,300	0	10	0	10	
ACCOAC01 Assistente amministrativo	35	1,260	35	1,260	39	1,404	0	8	0	8	
ACCOAC02 Commesso	13	403	13	403	23	713	0	20	0	20	
ACCOAC03 Coadiutore amministrativo	58	1,972	58	1,972	73	2,482	0	30	0	30	
ACCOAC04 Collaboratore amministrativo	45	1,890	50	2,100	50	2,100	0	5	0	5	
ACCOAC05 Profilo Atipico - Amministrativo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ACCOAC09 Profilo generico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PCCIPC01 Assistente religioso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PCCIPC02 Profilo Atipico - Ruolo Professionale	1	36	1	36	1	36	0	0	0	0	
PCCIPC03 Specialista della comunicazione istituzionale	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	
PCCIPC04 Specialista nei rapporti con i media, giornalista pubblico	0	0	0	0	2	84	0	2	0	2	
PCORRR01 Personale religioso in convenzione	3	126	3	126	3	126	0	0	0	0	
PCCIPC08 Personale religioso in convenzione	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PCCIPC09 Profilo generico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PDDHPD01 Avvocato	1	100	1	100	3	300	0	4	0	4	
PDDHPD02 Ingegnere	5	500	5	500	5	500	0	0	0	0	
PDDHPD03 Architetto	2	200	2	200	3	300	0	2	0	2	
PDDHPD04 Geologo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PDDHPD05 Altro dirigente professionale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Tabella neplogo 2024-2026 - Piano dei Fabbisogni del Personale Dipendente

MACROPROFILI	2024			2025			2026		
	Personale dipendente								
	Posti Vacanti	Piano del Fabbisogno (F							

dotazione organica con prospetti riepilogativi per singolo profilo professionale

DOTAZIONE ORGANICA	
PROFILI	previsione
medici e odontoiatri	774
infermieri	1,345
oss	283
ausiliari	13
altro personale ruolo tecnico (dir+ comp)	109
altro personale sanitario	269
dirigenti sanitari	51
farmacisti	9
ruolo amministrativo e professionale (dir+comp)	215
totale	3068

P.O.	UUOO	TIPOLOGIA UO	PREVISIONE NUMERO MEDICI
DI CRISTINA	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	C	8
DI CRISTINA	CARDIOLOGIA PEDIATRICA	C	8
CIVICO	BREAST UNIT	SD	3
CIVICO	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	C	15
CIVICO	CHIRURGIA GENERALE ONCOLOGICA	C	10
CIVICO	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	C	8
CIVICO	CHIRURGIA TORACICA	C	8
DI CRISTINA	CHIRURGIA PEDIATRICA	C	10
CIVICO	CHIRURGIA PLASTICA	C	6
CIVICO	GRANDI USTIONI	C	13
DI CRISTINA	GRANDI USTIONI PEDIATRICHE	S	0
CIVICO	CHIRURGIA VASCOLARE E ENDOVASCOLARE	C	12
CIVICO	EMATOLOGIA E TALASSEMIA	SD	4
CIVICO	MALATTIE INFETTIVE CIVICO	C	12
DI CRISTINA	MALATTIE INFETTIVE PEDIATRICHE	C	8
CIVICO	MEDICINA GENERALE	C	13
CIVICO	MEDICINA INTERNA AD IND. GERIATR. RIAB.	C	17
CIVICO	RIABILITAZIONE	S	3
CIVICO	LUNGODEGENZA	S	5
CIVICO	DERMATOLOGIA	S	3
CIVICO	REUMATOLOGIA	SD	3
CIVICO	NEUROCHIRURGIA	C	15
DI CRISTINA	NEUROCHIRURGIA	C	3
CIVICO	NEUROLOGIA	C	6
CIVICO	STROKE UNIT	S	6
DI CRISTINA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	C	8
CIVICO	OCULISTICA	C	8
CIVICO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	C	12
DI CRISTINA	ORTOPEDIA PEDIATRICA	S	3
CIVICO	GINECOLOGIA ONCOLOGICA	C	8
CIVICO	OSTETRICA E GINECOLOGIA	C	20
CIVICO	OTORINOLARINGOIATRIA	C	10
DI CRISTINA	PEDIATRIA	C	7
DI CRISTINA	PEDIATRIA A INDIRIZZO GASTROENTEROLOGICO	C	7
DI CRISTINA	PEDIATRIA A INDIRIZZO PNEUMOLOGICO	C	10
CIVICO	UROLOGIA	C	10
CIVICO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	C	70
CIVICO	NEFROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO	C	14
DI CRISTINA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE PEDIATRICA	C	16
CIVICO	CENTRALE OPERATIVA 118	C	9
CIVICO	UTIC	C	25
CIVICO	CARDIOLOGIA	SD	3
CIVICO	ELETTROFISIOLOGIA	SD	5
CIVICO	MCAU	C	35
DI CRISTINA	MCAU DI CRISTINA	C	24
CIVICO	ONCOLOGIA	C	15
CIVICO	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	C	8
CIVICO	ONCOEMATOLOGIA	SD	6
CIVICO	PNEUMOLOGIA	C	10
CIVICO	UTIR	SD	10
CIVICO	UTIN	C	8
CIVICO	NEONATOLOGIA	S	6
DI CRISTINA	PEDIATRIA A INDIRIZZO NEFROLOGICO	C	5
CIVICO	TERAPIA DEL DOLORE	SD	3
CIVICO	MEDICINA PENITENZIARIA	SD	3
CIVICO	HOSPICE	SD	4
CIVICO	ALLERGOLOGIA	SD	3
CIVICO	ENDOSCOPIA BRONCHIALE	SD	3
CIVICO	ANATOMIA PATOLOGICA	C	7
CIVICO	GASTROENTEROLOGIA CON ENDOSCOPIA DIGESTIVA	C	9
CIVICO	MEDICINA NUCLEARE	C	6
CIVICO	RADIOLOGIA DIAGNOSTICA (SENZA PL)	C	27
CIVICO	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	C	5
DI CRISTINA	RADIOLOGIA PEDIATRICA	C	9
CIVICO	RADIOTERAPIA	C	7
CIVICO	MEDICINA TRASFUSIONALE	C	10
CIVICO	PATOLOGIA CLINICA	C	8
CIVICO	DIREZIONE MEDICO PO CIVICO	C	3
DI CRISTINA	DIREZIONE MEDICA PO DI CRISTINA	SD	3
CIVICO	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	C	5
CIVICO	NEURORADIOLOGIA	C	10
DI CRISTINA	UROLOGIA PEDIATRICA	S	0
CIVICO	CRT	C	3
CIVICO	STAFF	C	13
CIVICO	Patologie Infettive Popolazioni Vulnerabili	SD	3
DI CRISTINA	diabetologia e Malattie metaboliche	SD	3
CIVICO	chirurgia in uremico ed in trapianto di reni	SD	3
		Dirigenti medici	721
		Direttori UOC	52
		TOTALE	773

P.O.	UUOO	TIPOLOGIA UO	PREVISIONE NUMERO INFERMIERI
DI CRISTINA	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	C	9.00
DI CRISTINA	CARDIOLOGIA PEDIATRICA	C	10.00
CIVICO	BREAST UNIT	SD	3.00
CIVICO	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	C	31.00
CIVICO	CHIRURGIA GENERALE ONCOLOGICA	C	23.00
CIVICO	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	C	12.00
CIVICO	CHIRURGIA TORACICA	C	15.00
DI CRISTINA	CHIRURGIA PEDIATRICA	C	23.00
CIVICO	CHIRURGIA PLASTICA	C	25.00
CIVICO	GRANDI USTIONI	C	28.00
DI CRISTINA	GRANDI USTIONI PEDIATRICHE	S	4.00
CIVICO	CHIRURGIA VASCOLARE E ENDOVASCOLARE	C	21.00
CIVICO	EMATOLOGIA E TALASSEMIA	SD	6.00
CIVICO	MALATTIE INFETTIVE CIVICO	C	15.00
DI CRISTINA	MALATTIE INFETTIVE PEDIATRICHE	C	16.00
CIVICO	MEDICINA GENERALE	C	25.00
CIVICO	MEDICINA INTERNA AD IND. GERIATR. RIAB.	C	42.00
CIVICO	RIABILITAZIONE	S	0.00
CIVICO	LUNGODEGENZA	S	10.00
CIVICO	DERMATOLOGIA	SD	4.00
CIVICO	REUMATOLOGIA	SD	4.00
CIVICO	NEUROCHIRURGIA	C	31.00
DI CRISTINA	NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	C	4.00
CIVICO	NEUROLOGIA	C	13.00
CIVICO	STROKE UNIT	S	16.00
DI CRISTINA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	C	9.00
CIVICO	OCULISTICA	C	12.00
CIVICO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	C	25.00
DI CRISTINA	ORTOPEDIA PEDIATRICA	S	4.00
CIVICO	GINECOLOGIA ONCOLOGICA	C	16.00
CIVICO	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	C	40.00
CIVICO	OTORINOLARINGOIATRIA	C	15.00
DI CRISTINA	PEDIATRIA	C	22.00
DI CRISTINA	PEDIATRIA A INDIRIZZO GASTROENTEROLOGICO	C	15.00
DI CRISTINA	PEDIATRIA A INDIRIZZO PNEUMOLOGICO	C	26.00
CIVICO	UROLOGIA	C	23.00
CIVICO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	C	75.00
CIVICO	NEFROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO	C	32.00
DI CRISTINA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE PEDIATRICA	C	22.00
CIVICO	CENTRALE OPERATIVA 118	C	36.00
CIVICO	UTIC	C	43.00
CIVICO	CARDIOLOGIA	SD	21.00
CIVICO	ELETTROFISIOLOGIA	SD	12.00

P.O.	UUOO	TIPOLOGIA UO	PREVISIONE NUMERO INFERMIERI
CIVICO	MCAU	C	90.00
DI CRISTINA	MCAU DI CRISTINA	C	56.00
CIVICO	ONCOLOGIA	C	25.00
CIVICO	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	C	15.00
CIVICO	ONCOEMATOLOGIA	SD	14.00
CIVICO	PNEUMOLOGIA	C	20.00
CIVICO	UTIR	SD	16.00
CIVICO	UTIN	C	19.00
CIVICO	NEONATOLOGIA	S	11.00
DI CRISTINA	PEDIATRIA A INDIRIZZO NEFROLOGICO	C	12.00
CIVICO	TERAPIA DEL DOLORE	SD	7.00
CIVICO	MEDICINA PENITENZIARIA	SD	7.00
CIVICO	HOSPICE	SD	12.00
CIVICO	ALLERGOLOGIA	SD	3.00
CIVICO	ENDOSCOPIA BRONCHIALE	SD	3.00
CIVICO	ANATOMIA PATOLOGICA	C	2.00
CIVICO	GASTROENTEROLOGIA CON ENDOSCOPIA DIGESTIVA	C	12.00
CIVICO	MEDICINA NUCLEARE	C	5.00
CIVICO	RADIOLOGIA DIAGNOSTICA (SENZA PL)	C	14.00
CIVICO	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	C	4.00
DI CRISTINA	RADIOLOGIA PEDIATRICA	C	10.00
CIVICO	RADIOTERAPIA	C	5.00
CIVICO	MEDICINA TRASFUSIONALE	C	4.00
CIVICO	PATOLOGIA CLINICA	C	8.00
CIVICO	DIREZIONE MEDICO PO CIVICO	C	6.00
DI CRISTINA	DIREZIONE MEDICA PO DI CRISTINA	SD	11.00
CIVICO	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	C	1.00
CIVICO	NEURORADIOLOGIA	C	9.00
DI CRISTINA	UROLOGIA PEDIATRICA	S	4.00
CIVICO	CRT	C	6.00
CIVICO	STAFF	C	30.00
CIVICO	FARMACIA	C	9.00
		CPS INF	1288
		COORD	57
		TOTALI	1345

dotazione organica con prospetti riepilogativi per singolo profilo professionale

Dirigenza	previsione
Dirigente Medico	773
Dirigente odontoiatria	1
Dirigente Farmacista	9
Dirigente Biologo	34
Dirigenti SNM Fisico	5
Dirigenti SNM Psicologo	7
Dirigenti SNM Pedagogista	1
Dirigenti Profess. Sanitarie (serv. inferm, serv. Sociali, prev.....)	4
Dirigente amministrativo	13
Dirigente avvocato	3
Dirigente ingegnere	5
Dirigente Architetto	3
Dirigente Analista	3

dotazione organica con prospetti riepilogativi per singolo profilo professionale

PERSONALE RUOLO SANITARIO	previsione
Assistente Sanitario (ex ctg. D)	2
Collaboratore Fisico (ex ctg. D)	1
Tecnico delle Prevenzione	1
dietista (ex ctg. D)	2
tecnico di laboratorio biomedico (ex ctg. D)	100
tecnico di Radiologia Medica (ex ctg. D)	80
fisioterapista (ex ctg. D)	33
massofisioterapista non vedente (ex ctg. D)	
tecnico di neurofisiopatologia (ex ctg. D)	8
logopedista (ex ctg. D)	2
odontotecnico (ex ctg. D)	1
Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e per fusione cardiovascolare (ex ctg. D)	4
audiometrista (ex ctg. D)	1
Ortottista (ex ctg. D)	1
ostetrica (ex ctg. D)	19
puericultrice	4
tecnico di camera iperbarica	6
Coll. odontoiatra	2
Coll. Biologo	2
TOTALE	269
PERSONALE RUOLO SANITARIO-INFERMIERISTICO	previsione
Collaboratore professionale sanitario esperto (Ds)	1,345
Collaboratore professionale sanitario esperto (Ds) - ex capo sala	
Collaboratore professionale - infermiere (D)	
Collaboratore professionale sanitario - infermiere pediatrico (D)	
Operatore professionale collaboratore I cat. (inf. prof.le) (C)	
Infermiere generico esperto (C.)	
Operatore professionale collaboratore II cat. (inf. generico) (Bs)	
TOTALE INFERMIERI	1345

dotazione organica con prospetti riepilogativi per singolo profilo professionale

PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO	previsione
Collaboratore amministrativo-professionale (D/Ds)	50
Assistente amministrativo (C)	39
Coadiutore amministrativo (B)	73
Commesso (A)	23
TOTALE	185
PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE	previsione
Assistente religioso (D)	3
Specialista nei rapporti con i media - giornalista pubblico (ex ctg. D)	2
Assistente dell'informazione (ex ctg. C)	1
TOTALE	6
PERSONALE RUOLO TECNICO	previsione
Collaboratore professionale - Assistente sociale (D/ds)	7
Collaboratore Tecnico Professionale (D/Ds)	12
Assistente tecnico (C) - Geometra	3
Assistente tecnico - Programmatore (C)	17
Operatori tecnici - centralinista (B/Bs)	11
Operatore Tecnico - impiantista (B/Bs)	1
Operatore Tecnico - elettricista (B/Bs)	2
Operatore Tecnico SD	9
Autista (B/Bs)	44
Ausiliari (ad esaurimento)	13
OSS (Bs)	283
TOTALE	402

Profilo Giuridico	num.	costo unitario	totale
Dirigente Medico e dirigente odontoiatra	774	105,000.00	81,270,000.00
Infermiere	1345	46,000.00	61,870,000.00
Operatore socio sanitario	283	37,000.00	10,471,000.00
Ausiliario specializzato	13	32,000.00	416,000.00
Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	1	40,000.00	40,000.00
Fisioterapista	33	43,000.00	1,419,000.00
Logopedista	2	41,000.00	82,000.00
Ortottista – assistente di oftalmologia	1	43,000.00	43,000.00
Odontotecnico	1	42,000.00	42,000.00
Tecnico audiometrista	1	37,000.00	37,000.00
Assistente sanitario	2	45,000.00	90,000.00
Dietista	2	45,000.00	90,000.00
Ostetrica	19	43,000.00	817,000.00
Tecnico di neurofisiopatologia	8	43,000.00	344,000.00
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	100	46,000.00	4,600,000.00
Tecnico sanitario di radiologia medica	80	46,000.00	3,680,000.00
Profilo Atipico Sanitario	11	44,000.00	484,000.00
Puericultrice	4	38,000.00	152,000.00
Tecnico della fisiopatologia card e perf cardiovascolare	4	42,000.00	168,000.00
Assistente sociale	7	42,000.00	294,000.00
Dirigente Analista	3	100,000.00	300,000.00
Assistente tecnico	20	36,000.00	720,000.00
Collaboratore tecnico	12	42,000.00	504,000.00
Operatore tecnico	67	35,000.00	2,345,000.00
Dirigente Psicologo	7	92,000.00	644,000.00
Dirigente Biologo	34	92,000.00	3,128,000.00
Dirigente Fisico	5	92,000.00	460,000.00
Dirigente Pedagogista	1	92,000.00	92,000.00
Dirigente delle professioni sanitarie	4	92,000.00	368,000.00
Dirigente Farmacista	9	92,000.00	828,000.00
Dirigenti amministrativi	13	100,000.00	1,300,000.00
Assistente amministrativo	39	36,000.00	1,404,000.00
Assistente dell'informazione	1	36,000.00	36,000.00
Commesso	23	31,000.00	713,000.00
Coadiutore amministrativo	73	34,000.00	2,482,000.00
Collaboratore amministrativo	50	42,000.00	2,100,000.00
Specialista nei rapporti con i media	2	42,000.00	84,000.00
Personale religioso in convenzione	3	42,000.00	126,000.00
Dirigente Avvocato	3	100,000.00	300,000.00
Dirigente Ingegnere	5	100,000.00	500,000.00
Dirigente Architetto	3	100,000.00	300,000.00
	3068		185,143,000.00
		IRAP (+)	12,411,005.52
		categ. protette (-)	3,600,000.00
		rinnovi contrattuali (-)	37,000,000.00
		costo netto dotazione	156,954,005.52

tetto di spesa 157,151,000.00
delta 196,994.48

Allegato 11

Unità Operativa	N.	Area tematica/Titolo corso	Modalità Didattica	Stima n. operatori da formare	Costo unitario presunto	Costo complessivo presunto x area tematica	Note
AREA AFFARI GENERALI	1	Corsi avente ad oggetto le procedure di affidamenti diretti ai sensi del nuovo codice dei contratti pubblici (DLGS 36/2023)	Webinair	4	€ 488,00	€ 1.952,00	Costi stimati su corso “tipo” – formazione presunta sulla base di quanto richiesto negli anni precedenti
	2	Corsi avente ad oggetto le figure del RUP e del DEC alla luce del del nuovo codice dei contratti pubblici (dlgs 36/2023)	Webinair	2	€ 488,00	€ 976,00	Costi stimati su corso “tipo” – formazione presunta sulla base di quanto richiesto negli anni precedenti
AREA GESTIONE TECNICA	3	Il Nuovo Codice degli Appalti per gli Operatori Economici – III Ed. - dal 3 febbraio 2025 al 24 marzo 2025 – 8 incontri di 4 ore per 32 ore complessive – 2 edizioni, 1 per semestre – 5 operatori per edizioni – Il Sole 24 Ore	Live-streaming (Webinair)	10	€ 1.445,00	€ 14.450,00	Corso e Erogatore espressamente richiesto dal Direttore Area Tecnica
	4	Piano di Formazione e Consulenza Tecnico Amministrativo per Adeguamento alla Procedura BIM – Eureka: Corso Formazione Teorica su Normativa e Procedure BIM - 12 ore livello base (8 video lezioni) + 14 ore livello avanzato (9 video lezioni) (26 ore complessive) – 1 edizione I sem.	Diretta WEB (Webinair)	16	€ 329,40	€ 5.270,40	Corso e Erogatore espressamente richiesto dal Direttore Area Tecnica
	5	Piano di Formazione e Consulenza Tecnico Amministrativo per Adeguamento alla Procedura BIM – Eureka: Corso di formazione avanzata per figure specialistiche: BIM Specialist - 12 ore livello base (8 video lezioni) + 14 ore livello avanzato (9 video lezioni) (26 ore complessive)	Diretta WEB (Webinair)	9	€ 549,00	€ 4.941,00	Corso e Erogatore espressamente richiesto dal Direttore Area Tecnica
	6	Piano di Formazione e Consulenza Tecnico Amministrativo per Adeguamento alla Procedura BIM – Eureka: Corso di formazione avanzata per figure specialistiche: BIM Coordinator e/o BIM Manager - 16 ore	Diretta WEB (Webinair)	4	€ 878,40	€ 3.513,60	Corso e Erogatore espressamente richiesto dal Direttore Area Tecnica
	7	Corsi di preparazione agli esami ICMQ – Eureka - Corso finalizzato alla certificazione di n. 16 figure tra cui Bim: CDE Manager – BIM Coordinator e BIM Manager – 8 ore	Diretta WEB (Webinair)	16	€ 305,00	€ 4.880,00	Corso e Erogatore espressamente richiesto dal Direttore Area Tecnica
	8	Costo Esami ICMQ – Certificazione Obbligatoria per Gare – a persona: 1) Esame BIM Specialist costo € 610,00 2) Esame BIM Coordinator € 854,00 3) Esame BIM Manager € 1098,00 4) Esame CDE Manager € 976,0	In presenza	4	€ 610,00		Costo esame 1
	9		In presenza		€ 854,00		Costo esame 2
	10		In presenza		€ 1.098,00		Costo esame 3
	11		In presenza		€ 976,00	€ 3.538,00	Costo esame 4
	12	Affiancamento post-formazione per certificazione ICQM (“facoltativo”) - suddiviso in quattro attività: A + B Stesura delle linee guida BIM interne e del capitolato informativo; C Linee Guida per la Gestione delle Gare per appalti in modalità BIM e definizione dei criteri premianti e dei punteggi; D Attività di supporto, consulenza ed affiancamento post formazione.	Incontri in remoto (Webinair)	16		€ 4.270,00	Costo per attività A
	13			16		€ 9.150,00	Costo per attività B
	14			16		€ 5.490,00	Costo per attività C
	15			16		€ 3.660,00	Costo per attività D
	16	Corso di formazione ed aggiornamento professionale Rischio Legionella – 2 edizioni, 1 per semestre – Ditta IM Servizi Tecnici con il patrocinio dell’ AIFES – 8 ore + verifica finale	Live-streaming (Webinair)	10	€ 341,60	€ 3.416,00	

Allegato 11

Unità Operativa	N.	Area tematica/Titolo corso	Modalità Didattica	Stima n. operatori da formare	Costo unitario presunto	Costo complessivo presunto x area tematica	Note
AREA PROVVEDITORATO	17	Corsi avente ad oggetto le procedure di affidamenti diretti ai sensi del nuovo codice dei contratti pubblici (DLGS 36/2023)	Webinair	4	€ 488,00	€ 1.952,00	Costi stimati su corso “tipo”
	18	Corsi avente ad oggetto le figure del RUP e del DEC alla luce del del nuovo codice dei contratti pubblici (dlgs 36/2023)	Webinair	4	€ 488,00	€ 1.952,00	Costi stimati su corso “tipo”
	19	Corsi avente ad oggetto il processo amministrativo (DLGS 104/2010) per i contratti pubblici alla luce del del nuovo codice dei contratti pubblici (DLGS 36/2023)	Webinair	4	€ 488,00	€ 1.952,00	Costi stimati su corso “tipo”
	20	Corsi avente ad oggetto il Project Management con possibilità di conseguire il relativo titolo di Project Manager (per i RUP) alla luce del del nuovo codice dei contratti pubblici (DLGS 36/2023)	Webinair	4	€ 488,00	€ 1.952,00	Costi stimati su corso “tipo”
	21	Corsi avente ad oggetto la digitalizzazione della P.A. e dei contratti pubblici	Webinair	4	€ 488,00	€ 1.952,00	Costi stimati su corso “tipo” – Disponibili gratuitamente con Valore PA
	22	Corsi avente ad oggetto il nuovo ecosistema di eprocurement e la centralizzazione dei dati	Webinair	4	€ 488,00	€ 1.952,00	Costi stimati su corso “tipo”
	23	Corsi avente ad oggetto il PNRR ed il ReGis.	Webinair	4	€ 488,00	€ 1.952,00	Costi stimati su corso “tipo”
	24	Corsi avente ad oggetto le clausole sociali, i CAM e i principi DNSH - il green deal ed il green e-procurement.	Webinair	4	€ 488,00	€ 1.952,00	Costi stimati su corso “tipo”
	25	Corsi avente ad oggetto le verifiche ANAC e le Check list anticorruzione del sistema degli appalti - e la trasparenza dei contratti pubblici	Webinair	4	€ 488,00	€ 1.952,00	Costi stimati su corso “tipo”
	26	Corsi avente ad oggetto il codice dei contratti pubblici “in generale”.	Webinair	4	€ 488,00	€ 1.952,00	Costi stimati su corso “tipo”
AREA RISORSE UMANE	27	La procedura amministrativa	Webinair	6	€ 488,00	€ 2.928,00	Attività formative sulla base dei bisogni formativi emersi - Costi stimati su corso “tipo”
	28	Il procedimento disciplinare	Webinair	4	€ 305,00	€ 1.220,00	Attività formative sulla base dei bisogni formativi emersi - Costi stimati su corso “tipo”
	29	I contratti CCNNLL – diritti e doveri dei lavoratori	Webinair	4	€ 732,00	€ 2.928,00	Attività formative sulla base dei bisogni formativi emersi - Costi stimati su corso “tipo”
	30	Aggiornamenti in materia di pensione e previdenza sociale	Webinair	2	€ 488,00	€ 976,00	Attività formative sulla base dei bisogni formativi emersi - Costi stimati su corso “tipo”
CONTROLLO DI GESTIONE	31	La costruzione del PIAO: da adempimento formale a opportunità di indirizzo e coordinamento aziendale	Webinair	2	€ 732,00	€ 1.464,00	Sulla base dei bisogni emersi negli anni precedenti
	32	Capire le specificità del controllo di gestione nelle aziende sanitarie: strumenti e processi di base	Webinair	4	€ 732,00	€ 2.928,00	Sulla base dei bisogni emersi negli anni precedenti
SETTORE ECONOMICO FINANZIARIO	33	Approfondimento e costante aggiornamento nell’ambito degli obblighi in materia fiscale (fiscalità diretta ed indiretta) a carico delle Aziende Ospedaliere del SSN.	Webinair	4	€ 732,00	€ 2.928,00	Costi stimati su corso “tipo”
	34	Modalità e strumenti per l’analisi dei dati (Moduli intermedio ed avanzato di foglio di calcolo, foglio di scrittura, base di dati – open source e Microsoft)	Webinair	15	€ 300,00	€ 4.500,00	Costi stimati su corso “tipo”
	35	Approfondimento e costante aggiornamento nell’ambito degli obblighi in materia fiscale (fiscalità diretta ed indiretta) a carico delle Aziende Ospedaliere del SSN.	Webinair	2	€ 488,00	€ 976,00	

Allegato 11

Unità Operativa	N.	Area tematica/Titolo corso	Modalità Didattica	Stima n. operatori da formare	Costo unitario presunto	Costo complessivo presunto x area tematica	Note
STAFF	36	Corsi avente ad oggetto le verifiche ANAC e le Check list anticorruzione del sistema degli appalti - e la trasparenza dei contratti pubblici	Webinair	4	€ 488,00	€ 1.952,00	Costi stimati su corso "tipo"
	37	Corsi avente ad oggetto le procedure di affidamenti diretti ai sensi del nuovo codice dei contratti pubblici (DLGS 36/2023)	Webinair	2	€ 488,00	€ 976,00	Costi stimati su corso "tipo"
	38	Corsi avente ad oggetto il processo amministrativo (DLGS 104/2010) per i contratti pubblici (DLGS 36/2023)	Webinair	4	€ 488,00	€ 1.952,00	Costi stimati su corso "tipo"
	39	Corsi avente ad oggetto il Project Management con possibilità di conseguire il relativo titolo di Project Manager alla luce del del nuovo codice dei contratti pubblici (DLGS 36/2023)	Webinair	1	€ 488,00	€ 488,00	Costi stimati su corso "tipo"
TOTALI stimati 2025				231		€ 111.243,00	

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025 – 2027



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

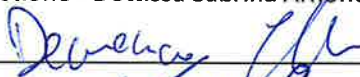
Palermo

Redazione:

Direttore UOC Programmazione e Controllo di Gestione - Dott.ssa Sabrina Arnone



Direttore Sanitario - Dott. Domenico Cipolla



Direttore Amministrativo - Dott. Vincenzo Barone



Direttore Generale - Dott. Walter Messina



Data di emissione/adozione: 22/01/2025

Indice

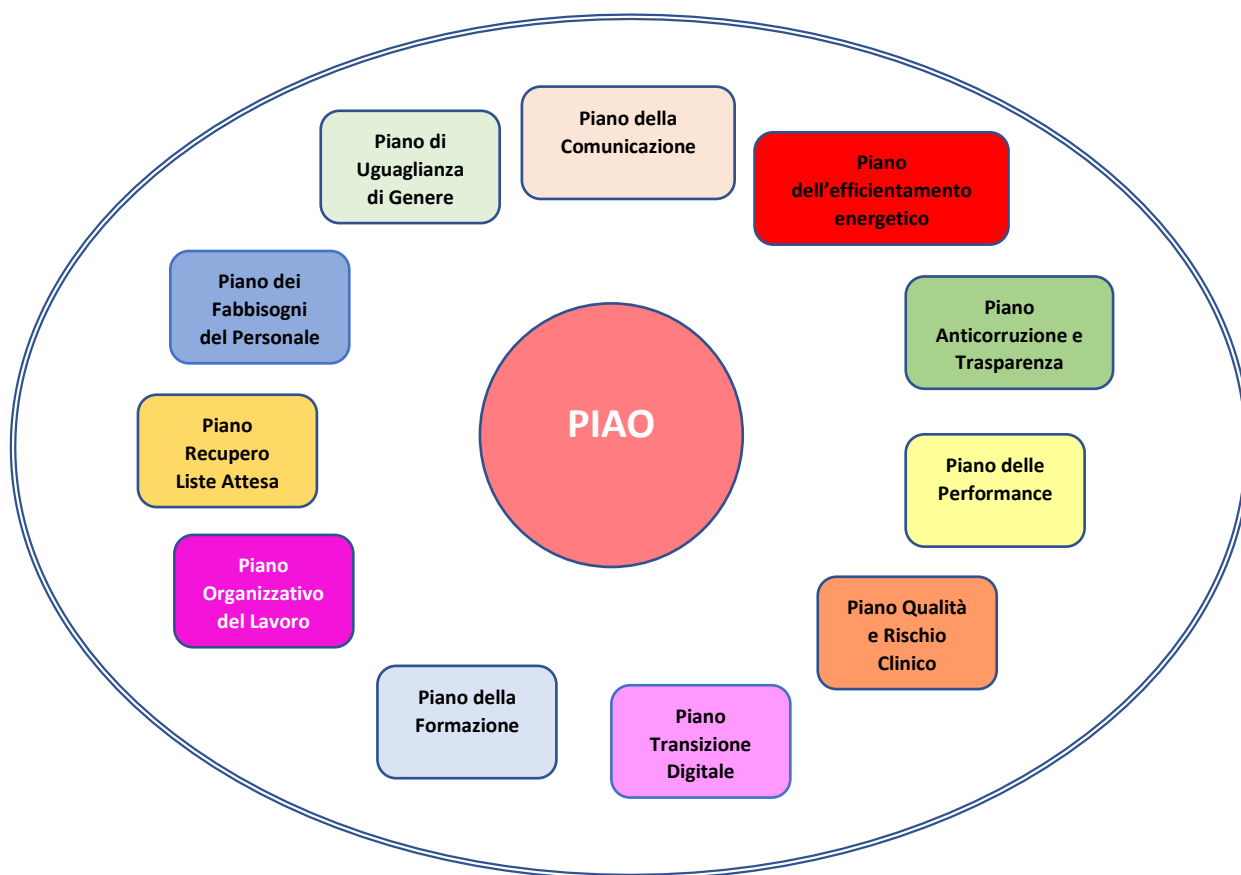
Indice	pag
Premessa	3
Sezione I – Scheda anagrafica dell'amministrazione	5
1.1 Dati identificativi dell'Azienda	5
1.2 Organizzazione dell'offerta	13
Sezione 2 - Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione	20
<i>Qualità Percepita</i>	23
<i>Piano Aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2024 -2025</i>	29
<i>Piano Operativo Aziendale Di Recupero Delle Liste Di Attesa 2025</i>	38
2.1.1 Obiettivi Generali	47
2.1.2 Obiettivi Specifici	48
<i>Piano di Uguaglianza di Genere 2024-2026</i>	56
<i>Piano della Comunicazione 2025</i>	72
2.1.3 Obiettivi di accessibilità fisica e digitale	80
2.1.4 Obiettivi di digitalizzazione	81
2.2 Performance	82
<i>Piano delle Performance 2025</i>	82
2.3 Prevenzione della corruzione e trasparenza 2024 – 2026	98
2.4 Il Piano per l'Efficientamento Energetico	124
Sezione 3- Organizzazione e capitale umano	134
3.1 Organizzazione	135
3.2 Piano Organizzativo Lavoro Agile	136
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale	145
3.4 Formazione del personale	150
<i>Il Piano Formativo Aziendale 2025-2027</i>	150
3.5 Piano della transizione al digitale	159
Sezione 4 – Monitoraggio	160
4.1 Monitoraggio del ciclo della performance	160
4.2 Monitoraggio delle azioni di prevenzione della corruzione	160
4.3 Monitoraggio del piano dei fabbisogni di personale	160
4.4 Monitoraggio del piano della transizione digitale	160
4.5 Monitoraggio della soddisfazione utenti	160
Allegato 1 - Diagramma di Gantt _Recupero_Liste_Attesa_Chirurgiche	
Allegato 2 - Obiettivi di Area Amministrativa – Staff – Controllo di Gestione	
Allegato 3 - Obiettivi di Area Sanitaria	
Allegato 4 - Rischio Corruttivo, misure di prevenzione, soggetti responsabili, modalità e tempi di monitoraggio	
Allegato 5 - Schede monitoraggio semestrale	
Allegato 6 - Protocollo di Legalità/Patto di Integrità	
Allegato 7 - Obblighi di pubblicazione	
Allegato 8 - Dettaglio per Profilo Giuridico	
Allegato 9 - Sviluppo Piano Triennale 24/26	
Allegato 10 - Piano Formativo 2025 - Area Sanitaria	
Allegato 11 - Piano Formativo 2025 - Area Tecnico-Amministrativa	

Premessa

Il **Piano integrato di attività e organizzazione** dell'ARNAS Civico G.Di Cristina Benfratelli è redatto secondo le disposizioni dell'articolo 6 del 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 L. 113/2021, che ne ha previsto l'adozione da parte delle pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti, al fine di "assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi". Il Piano deve essere adottato deve essere adottato entro il 31 gennaio. Ha valenza triennale con aggiornamento annuale. Il PIAO 2025-2027 è pubblicato all'url: <https://www.arnascivico.it/index.php/altri-contenuti/piao>.

Tale Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui erano tenute le amministrazioni, quali il Piano della Performance, il Piano Anticorruzione e trasparenza, il Piano dei Fabbisogni del personale e il Piano Organizzativo del Lavoro Agile.

Inoltre, in aderenza a quanto richiesto con la Circolare 2/2022 del Dipartimento Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, fa parte integrante del presente PIAO anche il Piano per l'Efficientamento Energetico.



Sulla base delle indicazioni normative citate e delle linee guida allegate alla bozza di Decreto Ministeriale del dicembre 2021, il gruppo di lavoro composto dal personale dirigente delle UU.OO. a vario titolo coinvolti, come di seguito indicato, ha provveduto alla predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'ARNAS Civico G.Di Cristina Benfratelli:

- Dott.ssa Sabrina Arnone - UOC Programmazione e Controllo di Gestione
- Dott. Gian Luca Curzi - UOC Programmazione e Controllo di Gestione
- Dott.ssa Carla Marrali - UOC Programmazione e Controllo di Gestione
- Dott. Fabio Marussich - UOC Risorse Umane
- Avv. Maria Luisa Curti - UOC Risorse Umane
- Dott.ssa Federica Biondo - UOC Risorse Umane
- Dott. Davide Leonardo Lauricella - UOC Risorse Umane
- Ing. Ernesto Basilico - UOC Gestione Tecnica
- Dott. Vincenzo Cardinale - UOS ICT Management
- Dott. Gioacchino Clesi - UOS Formazione
- Dott. Filippo Trupia – Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Dott. Giuseppe Carruba – Direttore UOC Staff – RCPT
- Dott.ssa Maria Laura Marsala – UOS Qualità e Rischio Clinico
- Dott. Giuseppe Carrubba – UOC Staff Direzione Strategica
- Dott. Giuseppe Natoli – Data Manager UOC Staff Direzione Strategica
- Dott. Mario Valenza – UOS Coordinamento Sale Operatorie

- **Direttore Sanitario – Dott. Domenico Cipolla**
- **Direttore Amministrativo – Dott. Vincenzo Barone**
- **Direttore Generale – Dott. Walter Messina**

Con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n.322/Serv.1/SG del 21/06/2024 il dott. Walter Messina è stato nominato Direttore Generale dell'Azienda di Rilievo Nazionale civico Benfratelli Di Cristina. Con deliberazione n.001 del 24/06/2024 del Direttore Generale seguiva presa d'atto del decreto di nomina.

Con deliberazione del Direttore Generale n.284 del 02/09/2024, veniva nominato, quale Direttore Amministrativo, il dott. Vincenzo Barone.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 285 del 02/09/2024, veniva nominato, quale Direttore Sanitario, il dott. Domenico Cipolla.

Con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n.322/Serv.1/SG del 21/06/2024 di nomina del Direttore Generale venivano assegnati gli obiettivi Aziendali per il triennio 2024-2026 cui l'Azienda ha garantito piena adesione, in linea con atti di programmazione nazionale e regionale che orientano il sistema in termini di accessibilità, qualità, efficienza e sostenibilità.

Sezione I – Scheda anagrafica dell'amministrazione

1.1 Dati identificativi dell'Azienda

Amministrazione	ARNAS Civico Giovanni Di Cristina Benfratelli
Sede Legale	Piazza Nicola Leotta, 4 - 90127 Palermo (PA)
Partita IVA	05841770828
PEC	ospedaleccivico@pec.it
Sito istituzionale	www.arnascivico.it
Contatti Telefonici	Centralino: 0916661111 - URP: 800272028
Codice IPA	aocdcb

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Civico G. Di Cristina Benfratelli è stata formalmente costituita con la Legge Regionale n.5 del 14 aprile 2009 ed attivata giusto Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 338 del 31.08.2009.

L'Azienda ha sede nell'area urbana di Palermo ed assicura i propri servizi utilizzando le seguenti strutture ospedaliere:

- Presidio "Civico", ospedale generale dotato di dipartimento di emergenza con trauma center, centrale operativa per la gestione dell'emergenza territoriale, centro oncologico e di tutte le unità operative di diagnosi e cura a basso, medio ed elevato livello di assistenza, con discipline ad alta specializzazione;
- Presidio "Giovanni Di Cristina", ospedale pediatrico dotato di area d'emergenza, trauma center pediatrico, e di tutte le unità operative utili ad assicurare un'assistenza specialistica pediatrica pluridisciplinare, di alta specialità e per le malattie rare.

La Planimetria dell'Ospedale



Il patrimonio dell'ARNAS Civico costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti ivi compresi, pertanto, quelli da trasferire o trasferiti dallo Stato o da altri enti pubblici in virtù di leggi o provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività, compresi i beni mobili ed immobili utilizzati dalla società Is.Me.T.T. s.r.l., partecipata dall'ARNAS Civico, o acquisiti a seguito di atti di liberalità.

L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui agli articoli n°826, 3° comma, e n°830, 2° comma, del Codice civile. I beni mobili e immobili che l'Azienda utilizza per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile della stessa, soggetti alla disciplina dell'articolo 828, 2° comma, del Codice civile.

L'Azienda adotta l'**organizzazione dipartimentale** come modello ordinario di gestione operativa di tutte le sue strutture.

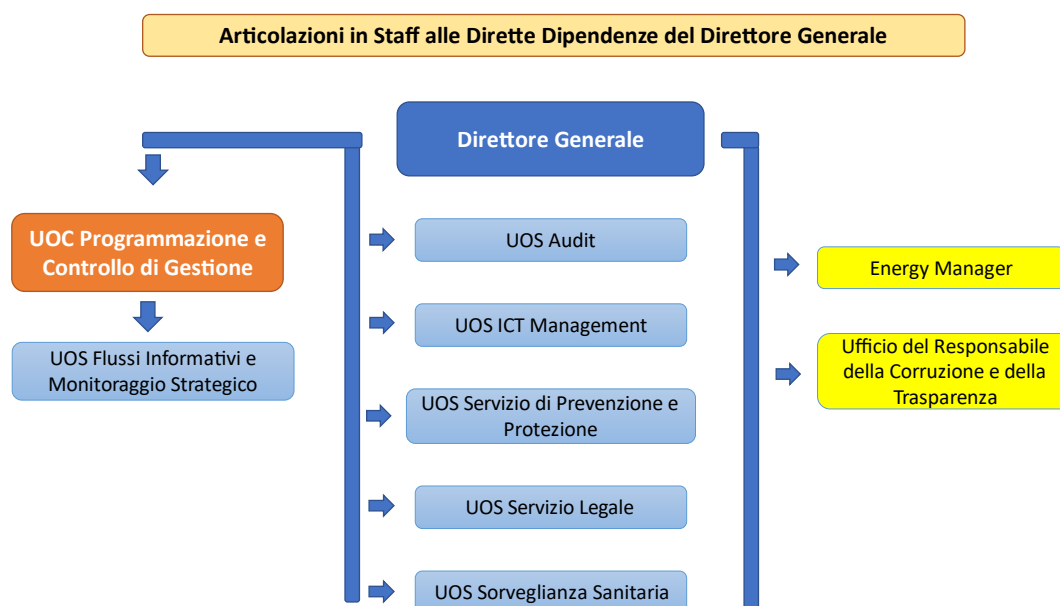
Per "struttura" si intende l'articolazione interna dell'Azienda alla quale è attribuita la responsabilità di risorse umane, tecnologiche e finanziarie; essa costituisce un "centro di responsabilità" e il responsabile di struttura partecipa alla costruzione e definizione del processo di budget e di assegnazione degli obiettivi.

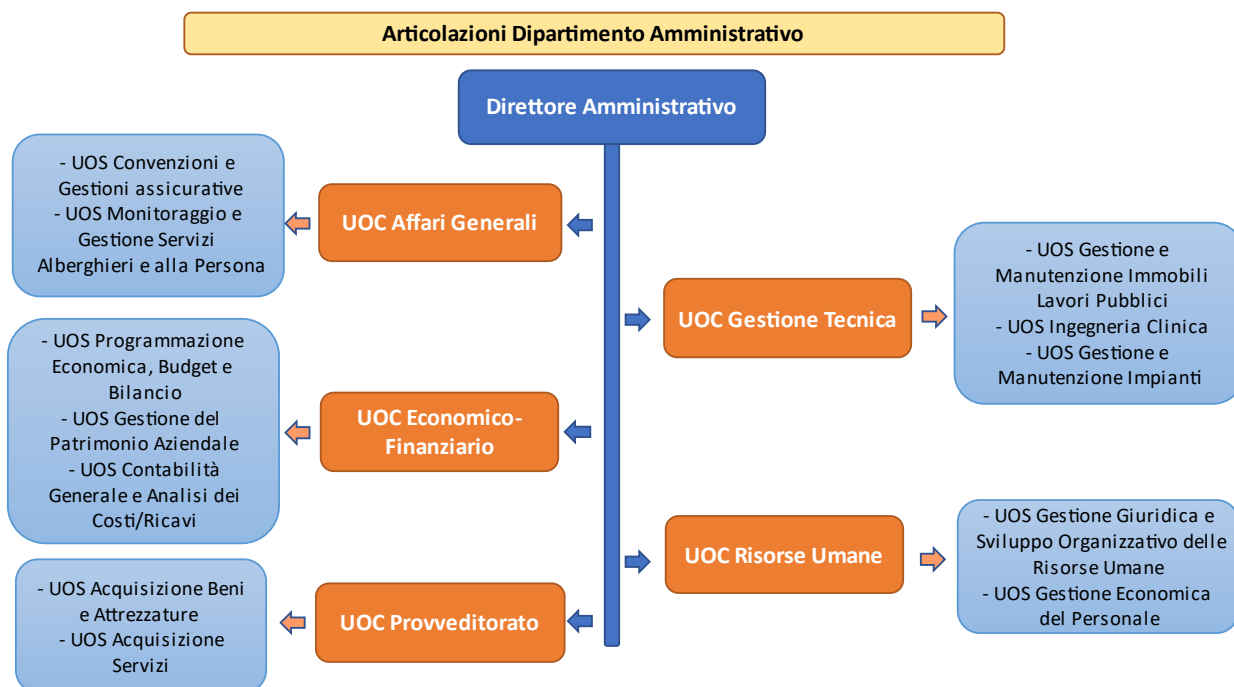
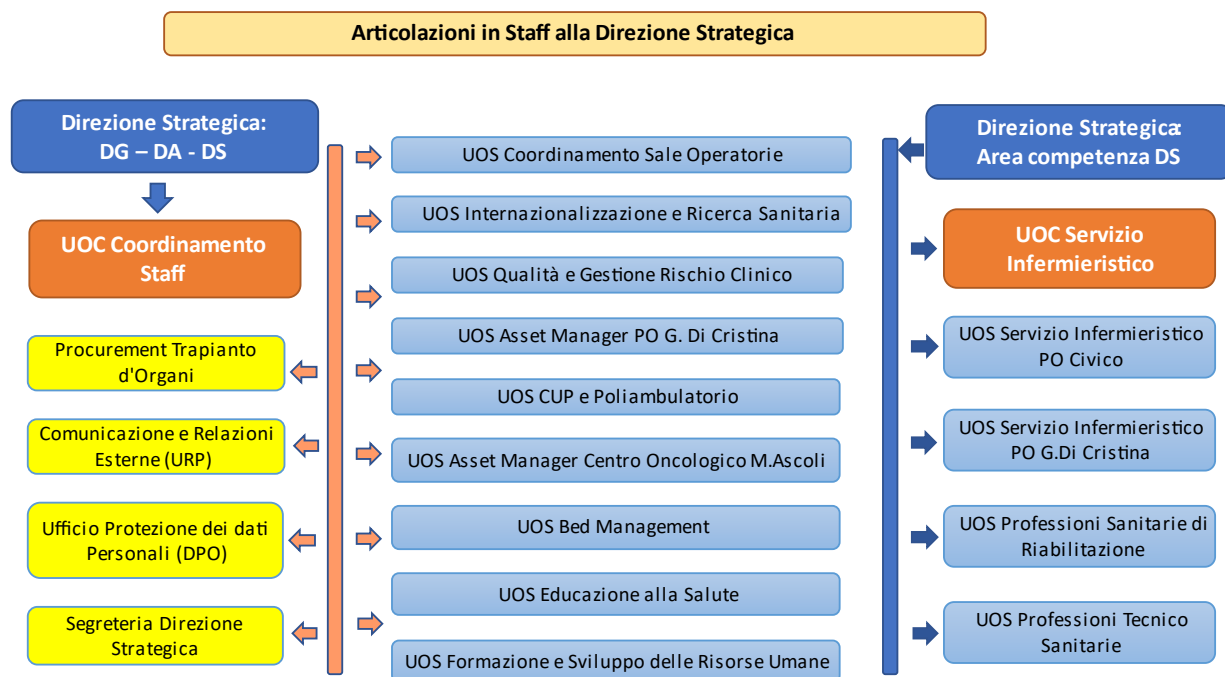
Le strutture organizzative si distinguono in complesse e semplici, in relazione alla intensità assunta dalle variabili citate e all'ampiezza degli ambiti di autonomia e di responsabilità conferiti dall'Azienda.

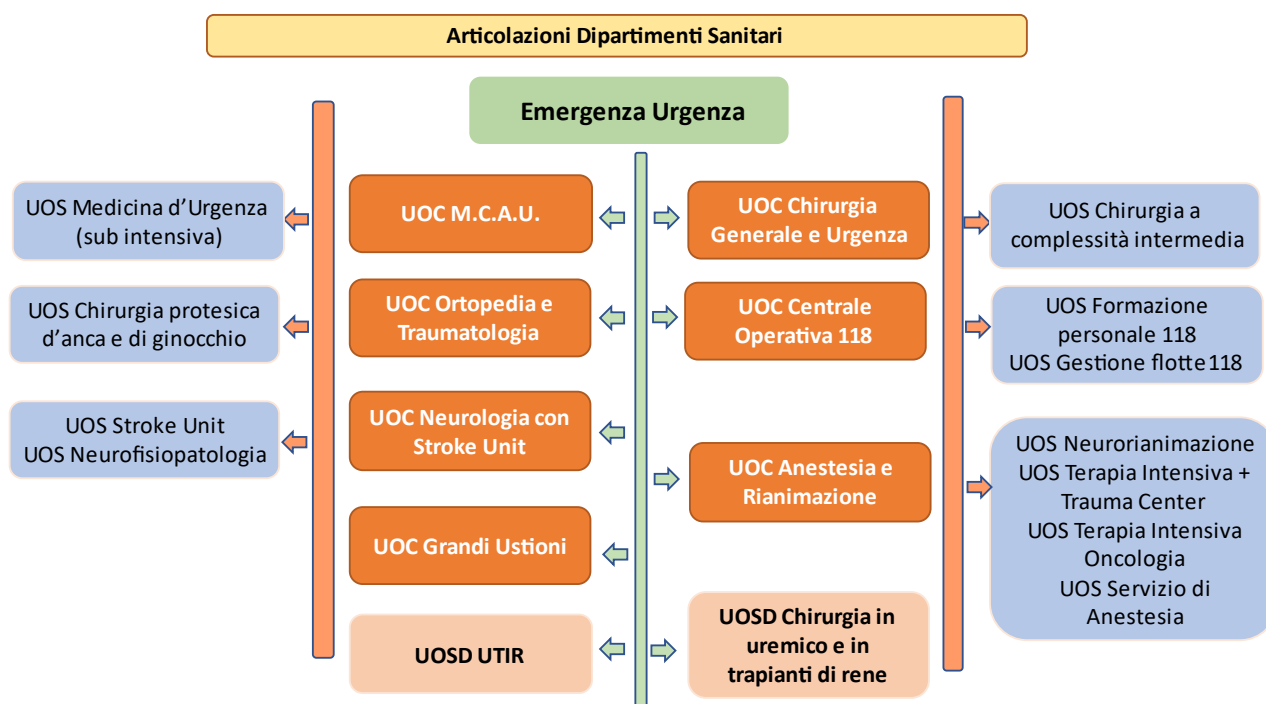
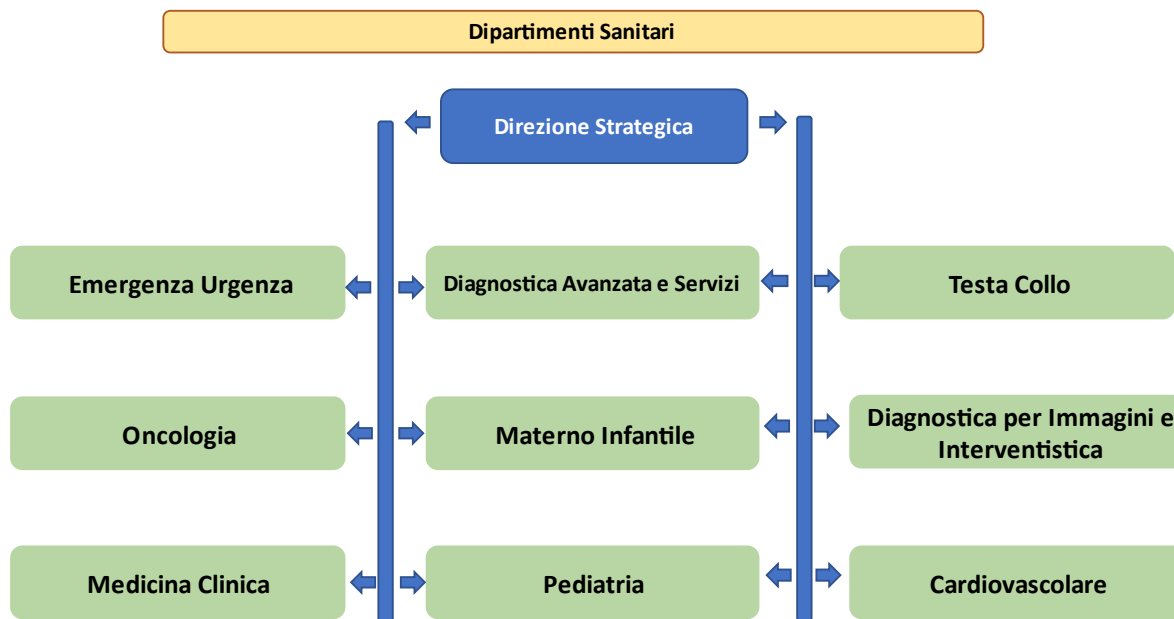
L'organizzazione dipartimentale appare la modalità organizzativa che meglio possa consentire di raggiungere i seguenti obiettivi:

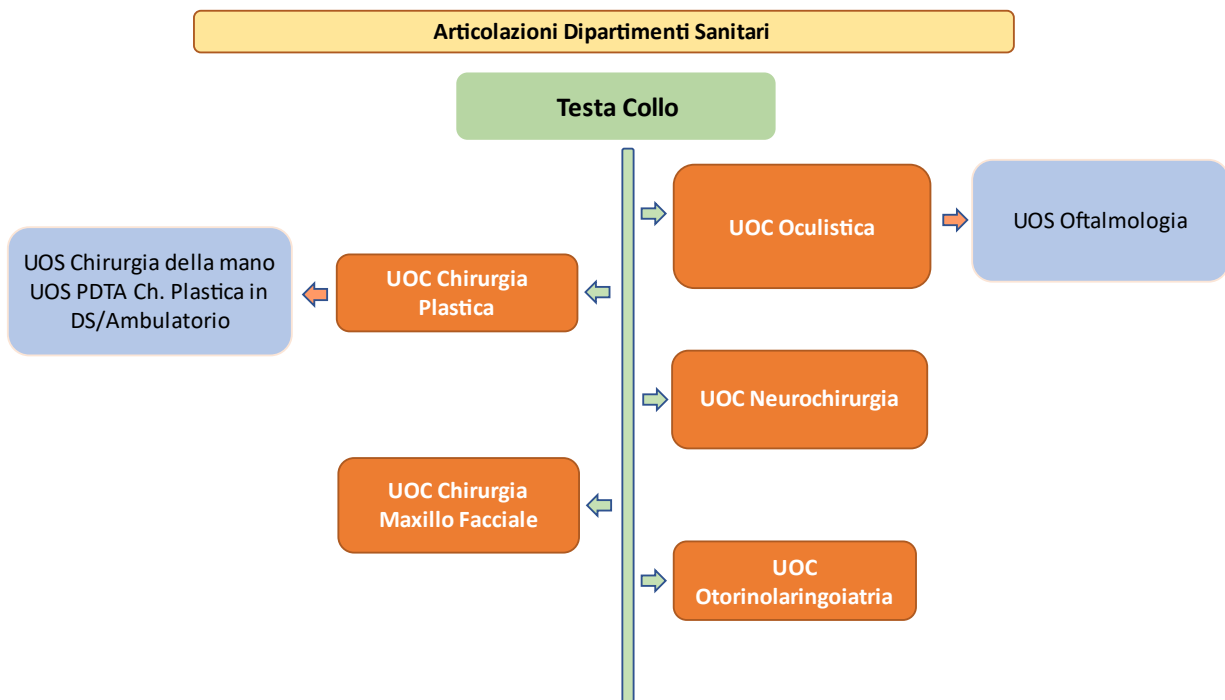
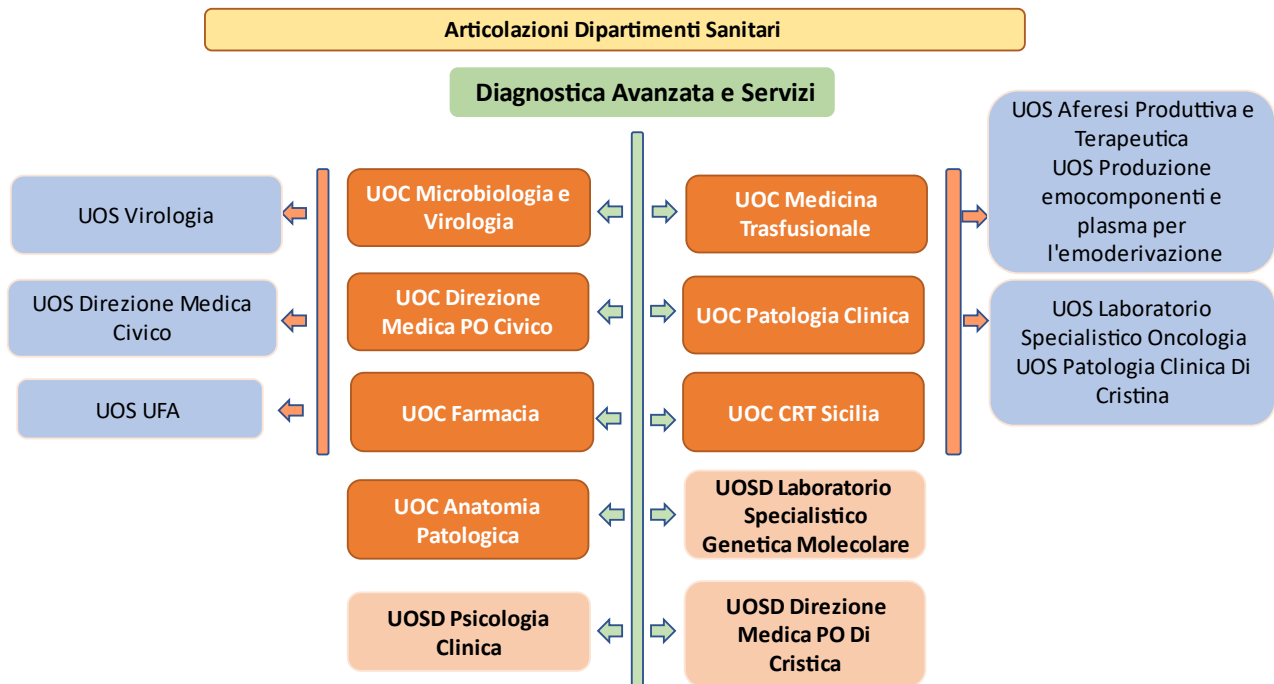
- il miglioramento del coordinamento delle attività di assistenza, ricerca e formazione;
- la diffusione delle conoscenze e lo sviluppo delle competenze;
- la promozione della qualità dell'assistenza;
- la realizzazione di economie di scala e di gestione.

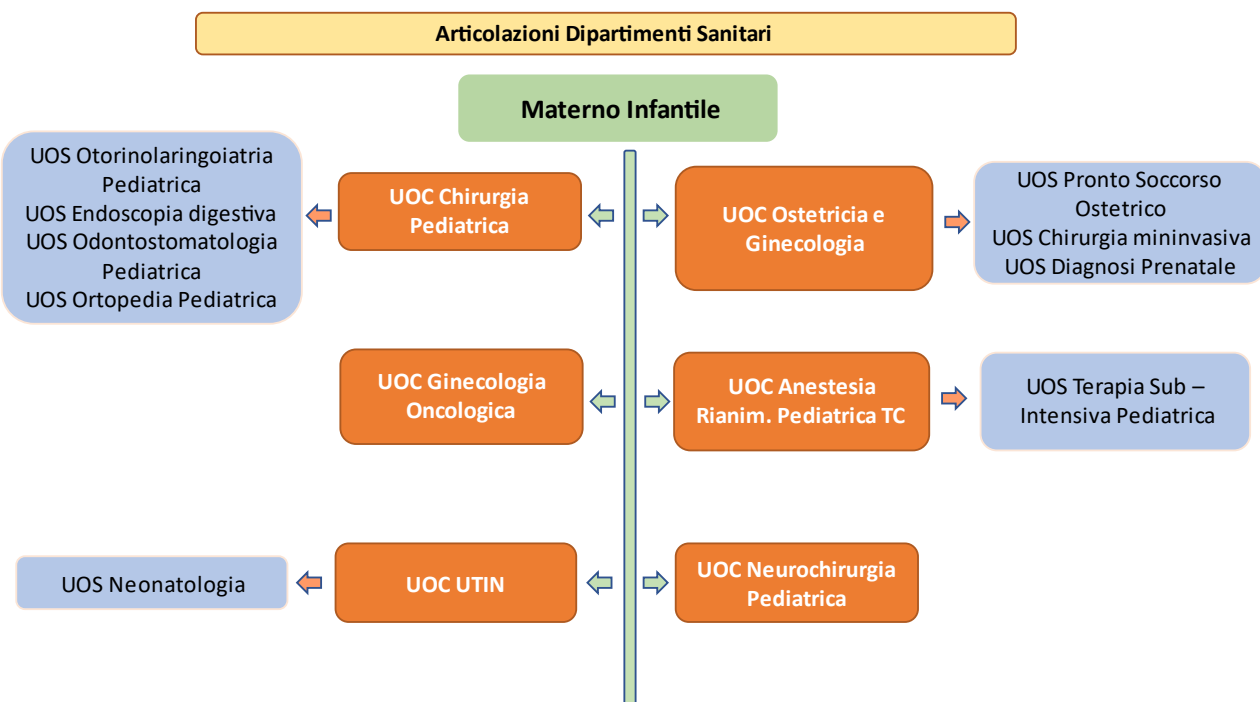
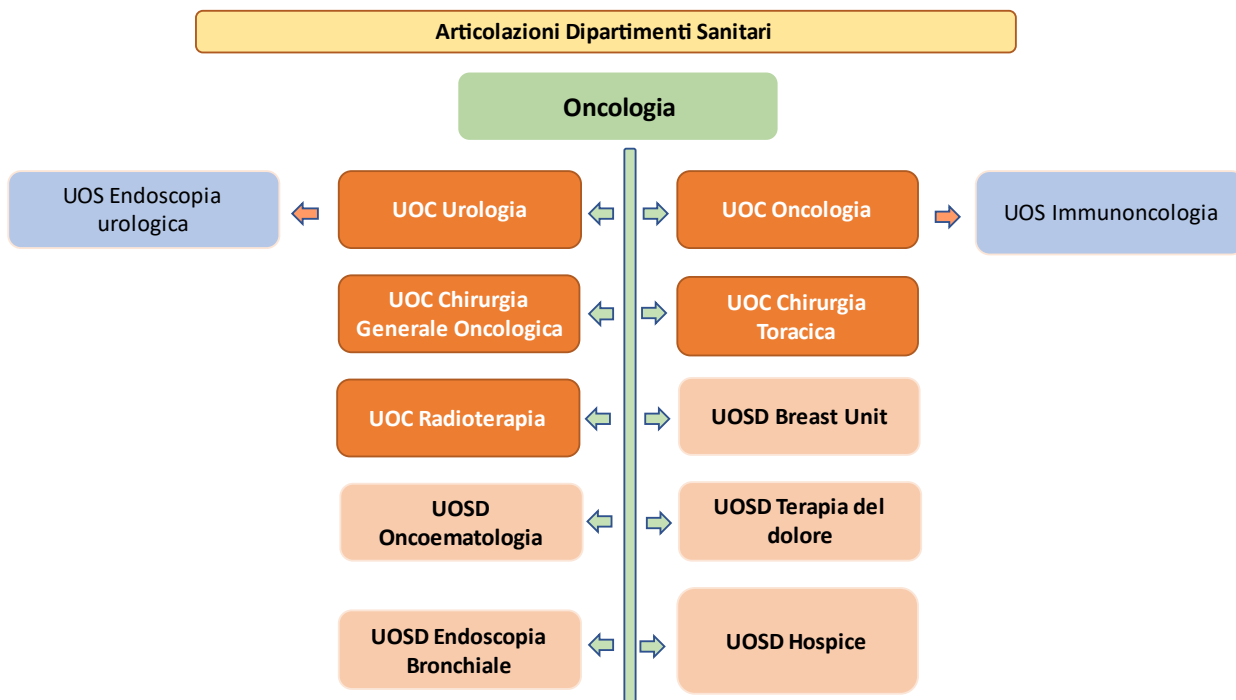
Si riporta l'**organigramma** dell'Azienda previsto con atto deliberativo n.166 del 03/02/2023.

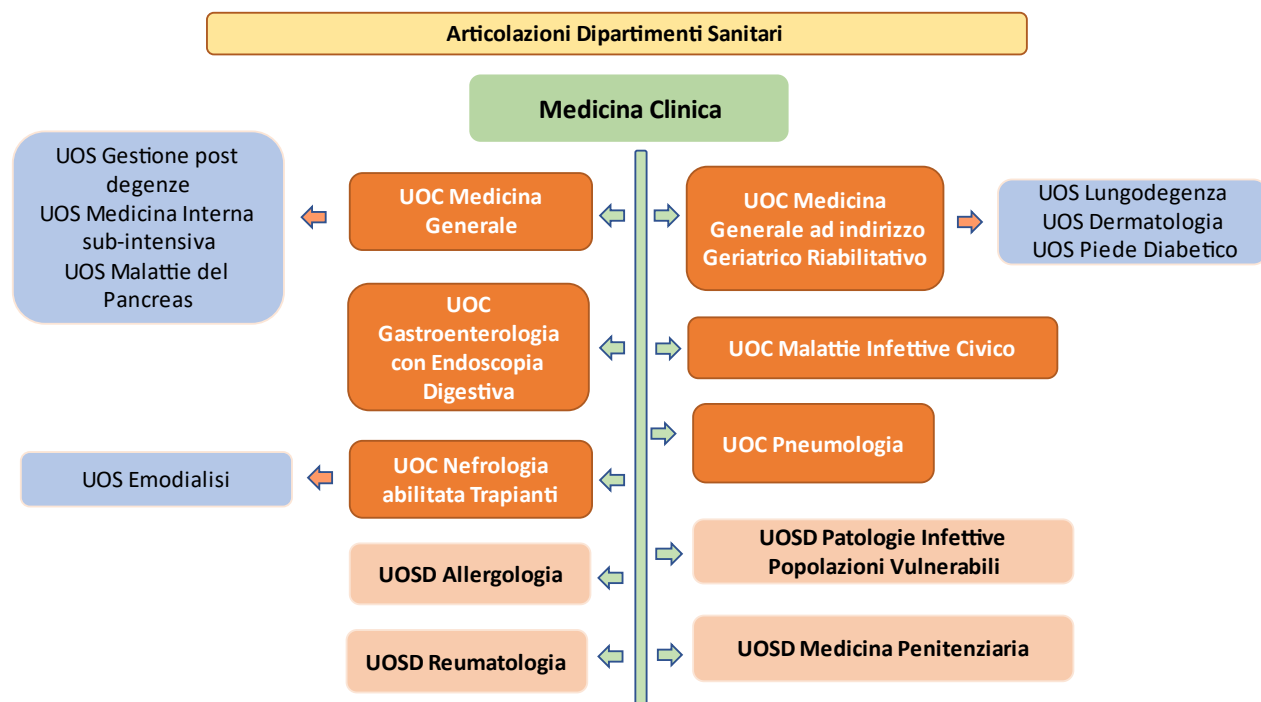
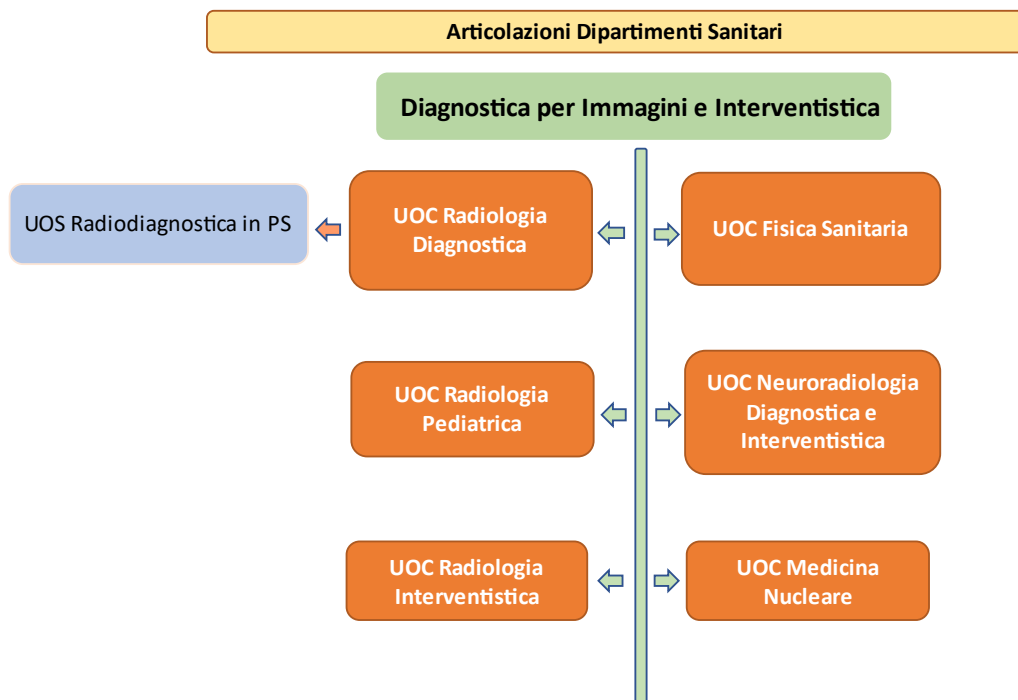


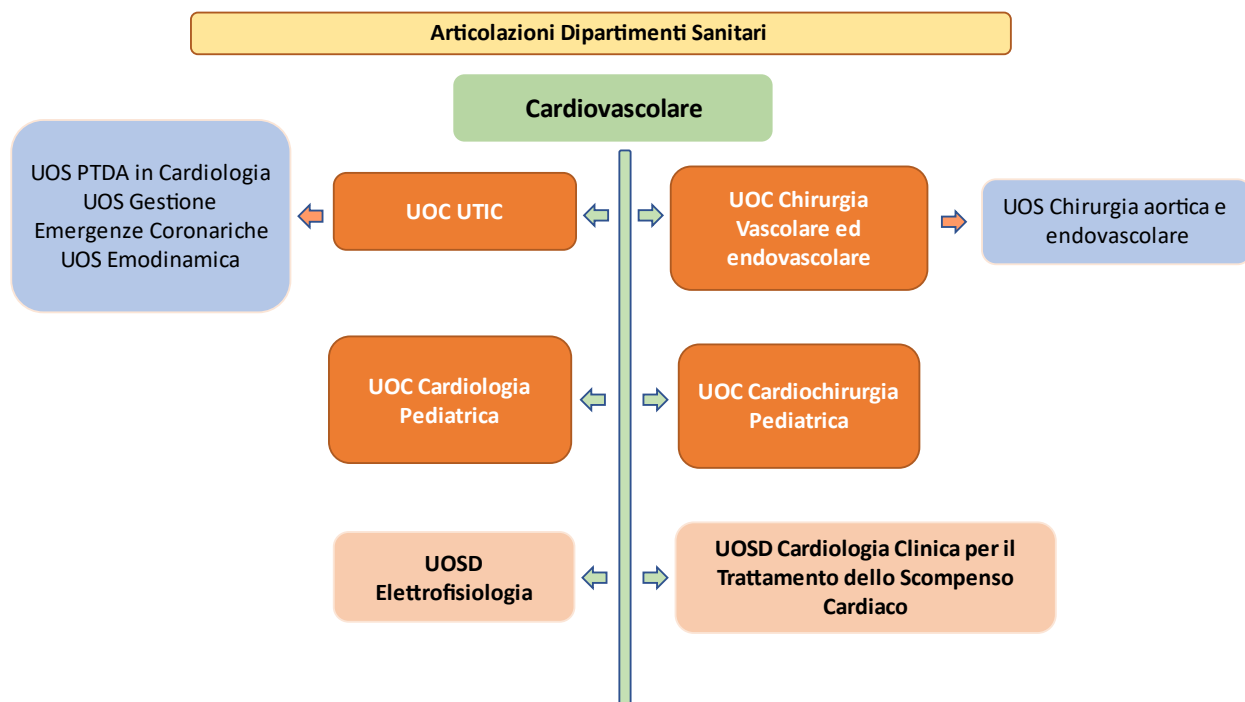
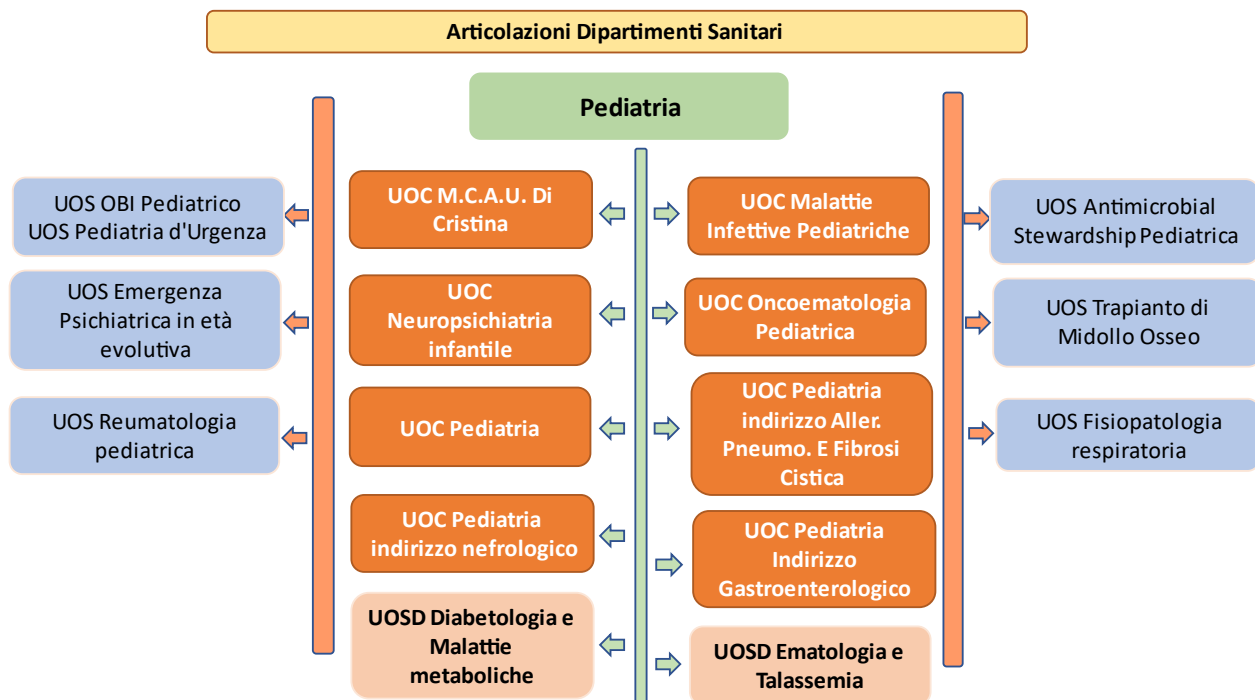












1.2 Organizzazione dell'offerta

L'Azienda, unitamente alle altre Aziende ospedaliere dell'area metropolitana completa la rete sanitaria pubblica della provincia di Palermo con un'offerta sanitaria fra le più importanti e complete dell'intera Regione, opera in un'area fortemente urbanizzata, con una popolazione di 1.204.189 abitanti (fonte ISTAT – 01/01/2023) distribuita in 82 comuni.

L'ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli istituzionalmente costituisce il principale punto di riferimento per le attività ad alta specializzazione nell'ambito dell'intero bacino occidentale siciliano, sia per le attività di ricerca applicata, sia per le attività diagnostiche e terapeutiche.

L'Azienda rappresenta il punto di riferimento per gli assistiti della Sicilia occidentale nelle alte specializzazioni. Ciò significa:

- gestire patologie, non solo ad alta complessità, ma anche per le quali risulta indispensabile il contributo di professionalità dotate di alta specializzazione;
- garantire la continuità diagnostico-assistenziale dell'emergenza/urgenza sia per gli adulti che per i bambini;
- essere un centro di riferimento per le attività specialistiche delle Aziende Sanitarie Territoriali della Sicilia Occidentale, secondo le indicazioni degli atti di programmazione sanitaria;
- svolgere attività di ricerca orientata a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative.

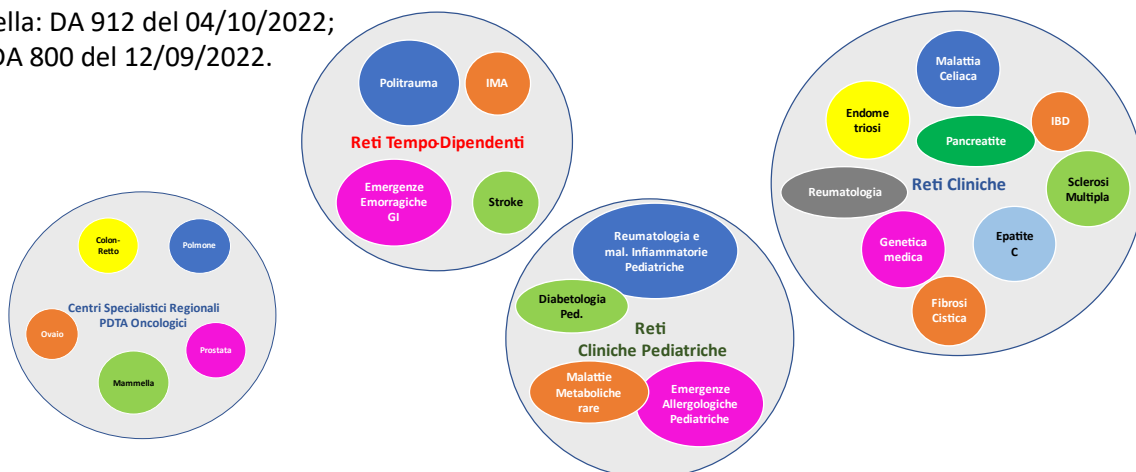
Le Reti Assistenziali

L'Azienda, in coerenza agli indirizzi del Piano Socio-Sanitario Regionale, concorre a garantire l'assistenza ad alta complessità e ad alto contenuto tecnologico, nell'emergenza e nell'elezione, in ambito provinciale e regionale, in quanto, così come determinato dalla programmazione regionale, costituisce **hub regionale per le reti**:

1. dell'**emergenza**: Infarto Miocardico Acuto, Stroke, TeleNeuReS, Politrauma (hub integrato);
2. **cliniche**: Trapianto di cellule staminali emopoietiche, Trapianto di Rene, Rete Reumatologica, Epatiti da Virus C, Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, Malattia Celiaca, Talassemia e Emoglobinopatie, Fibrosi Cistica;
3. legate alle **malattie rare**: Malattie Infettive Rare, Tumori Rari e Tumori solidi eredo-familiari del bambino, Metabolismo dell'infanzia, Anemie rare congenite, Malattie rare di interesse dermatologico, Malformazioni congenite rare.

Inoltre, data la sua storica vocazione per il trattamento delle patologie oncologiche e la presenza di un dipartimento oncologico dotato di specialità e professionalità avanzate in tale ambito, è identificata dalla Regione Sicilia quale Centro Specialistico per l'attuazione dei PDTA per il trattamento dei tumori:

- colon-retto: DA 798 del 12/09/2022;
- polmone: DA 799 del 12/09/2022;
- prostata: DA 114 del 18/02/2021;
- mammella: DA 912 del 04/10/2022;
- ovaio: DA 800 del 12/09/2022.



Ancora, l'Azienda, svolge diffusa ed intensa attività di ricerca orientata a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative e a favorire il rapido trasferimento applicativo e la loro diffusione attraverso attività formative programmate e organizzate all'interno dell'azienda.

Le Attività Produttive

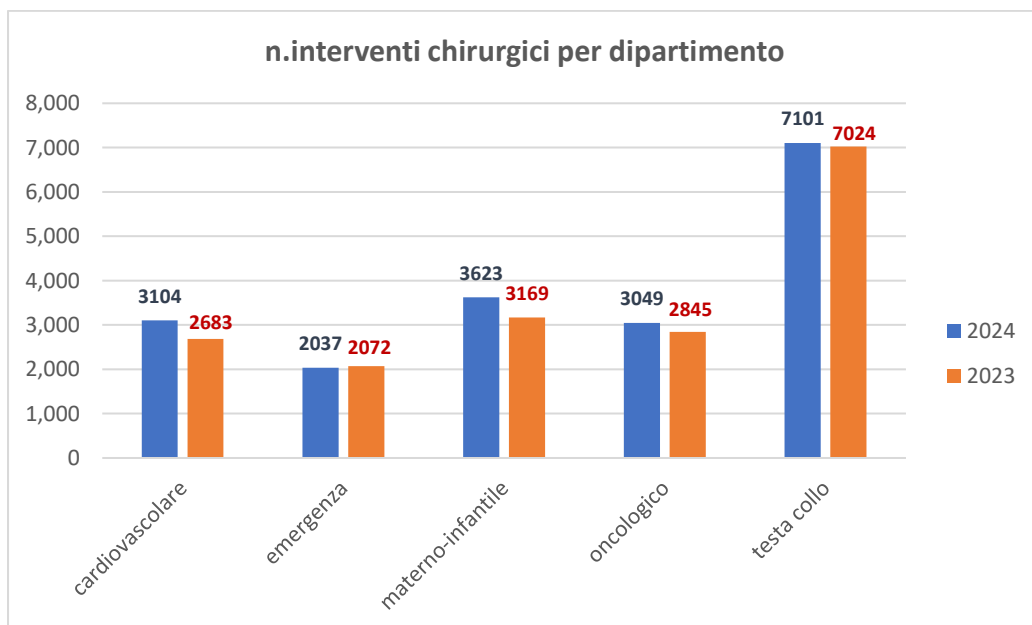
L'ARNAS Civico G. Di Cristina Benfratelli persegue l'obiettivo primario derivante dal proprio mandato istituzionale di effettuare prestazioni di assistenza ospedaliera di elevata complessità e di alta specializzazione, continuando ad assolvere al proprio ruolo "storico" di presidio per l'assistenza ospedaliera delle condizioni patologiche di medio-bassa complessità. Nell'ambito del programma nazionale di smaltimento liste di attesa sono circa 2.000 gli interventi chirurgici effettuati in favore di pazienti inseriti in lista ante 2024.

Le Attività di Sala Operatoria

L'attività Chirurgica dell'Azienda si svolge su n. 9 blocchi operatori che comprendono n. 23 sale operatorie al PO Civico, n.1 blocco operatorio comprendente n.2 sale operatorie al PO G.Di Cristina.

Una delle Sale operatorie del Blocco Oncologico al PO Civico è dedicata alle attività di chirurgia robotica.

Nel 2024 si è registrato un aumento dell'attività chirurgica del 6%, in parte nell'ambito del progetto finalizzato allo smaltimento liste di attesa ante 2024, passando dai 17.793 interventi chirurgici del 2023 ai 18.914 del 2024.



Attività di Pronto Soccorso

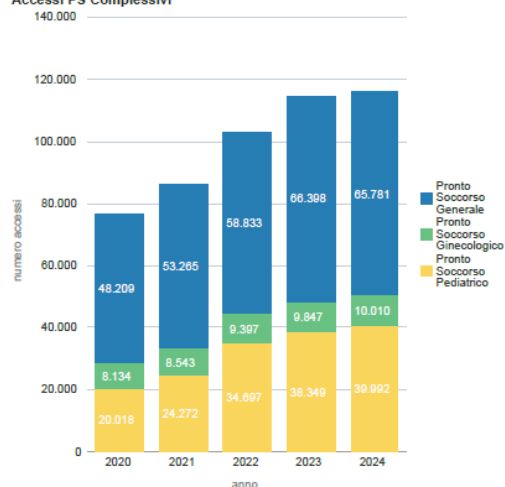
L'ARNAS Civico Giovanni Di Cristina Benfratelli è sede di:

- Pronto Soccorso Generale e di Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico al PO Civico,
- Pronto Soccorso Pediatrico al PO G. Di Cristina,

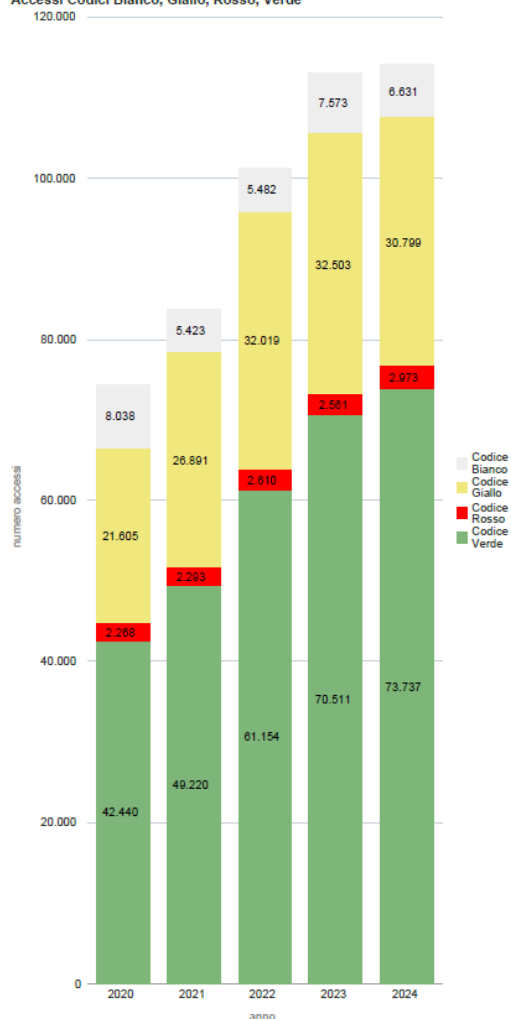
Nel 2024 sono stati registrati n.115.783 accessi.



Accessi PS Complessivi

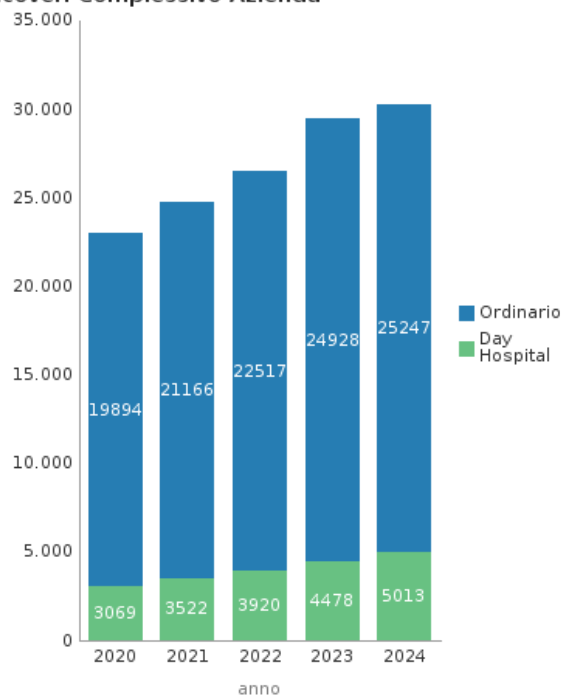


Accessi Codici Bianco, Giallo, Rosso, Verde

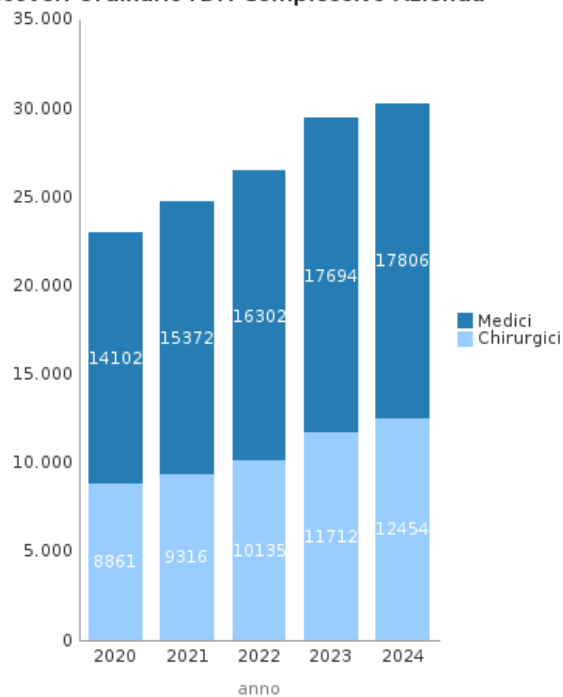


Attività di Ricovero

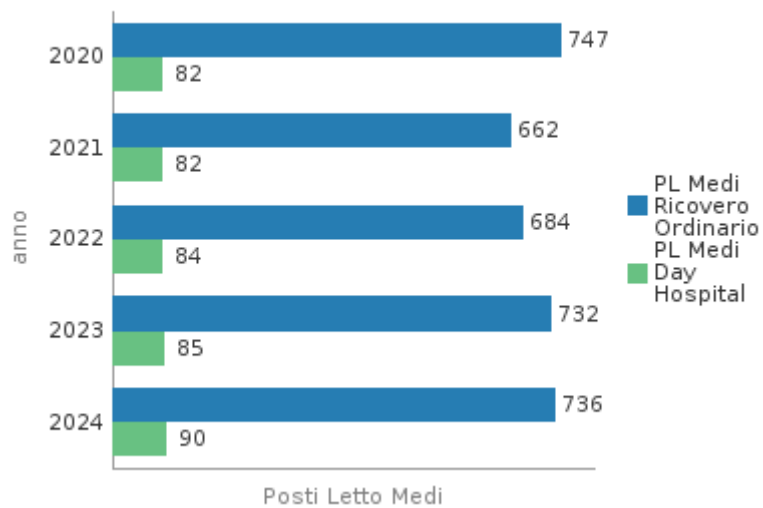
Ricoveri Complessivo Azienda



Ricoveri Ordinario+DH Complessivo Azienda

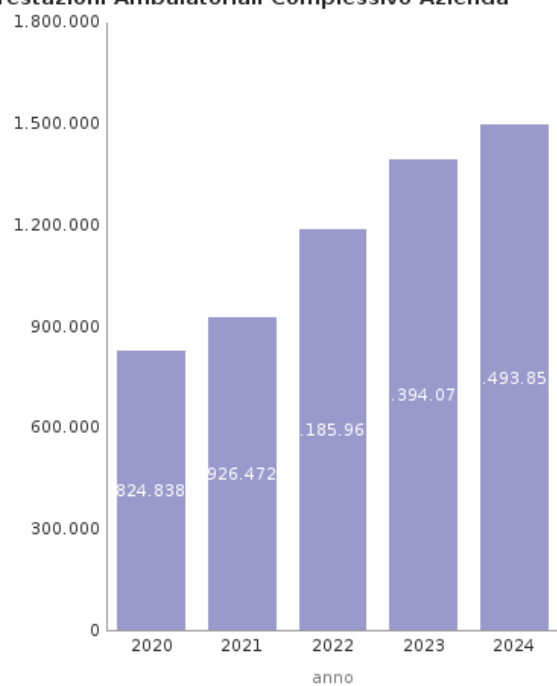


Posti Letto Medi

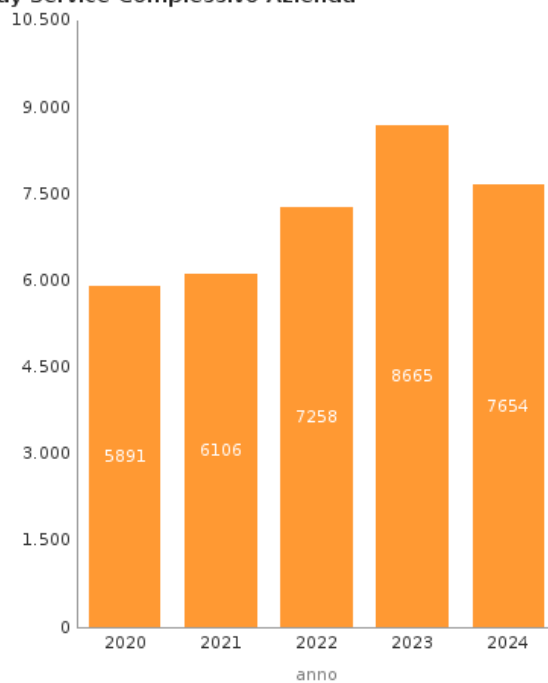


Attività Ambulatoriale

Prestazioni Ambulatoriali Complessivo Azienda

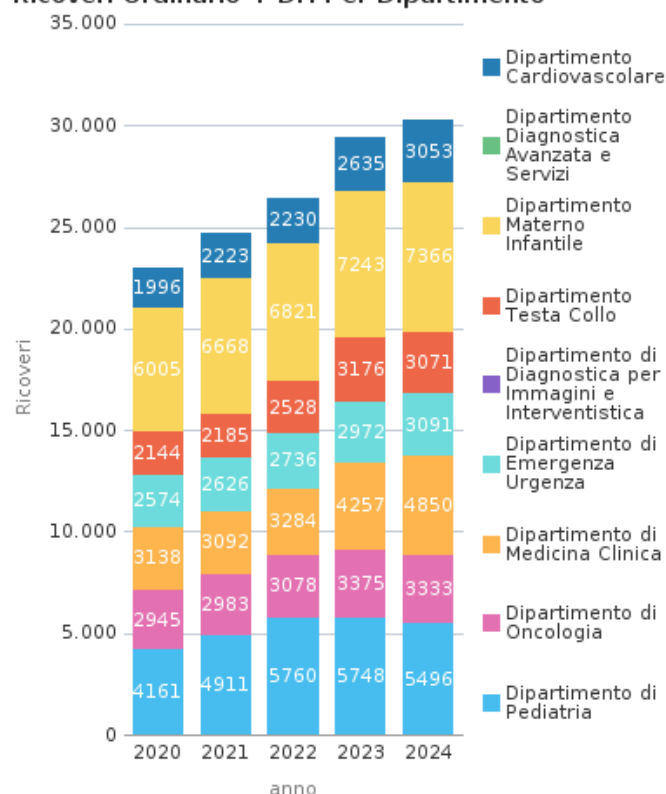


Day Service Complessivo Azienda

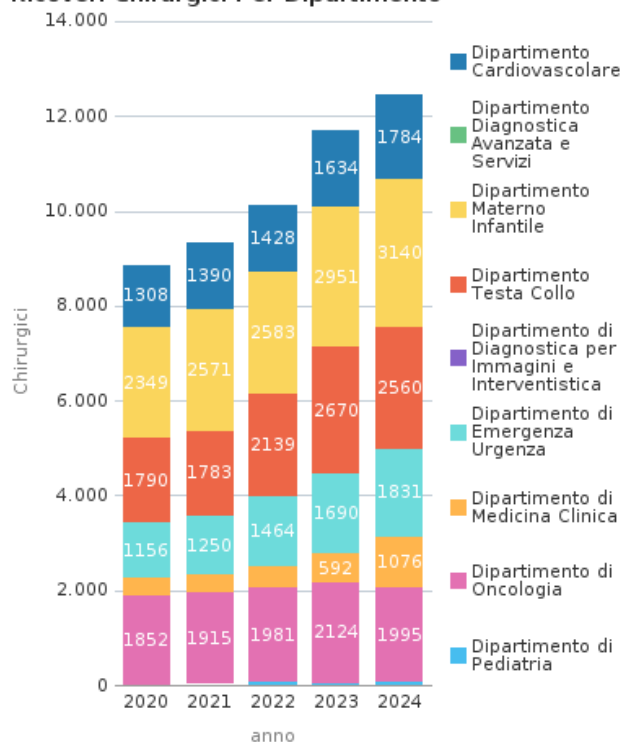


Attività di Ricovero per Dipartimento

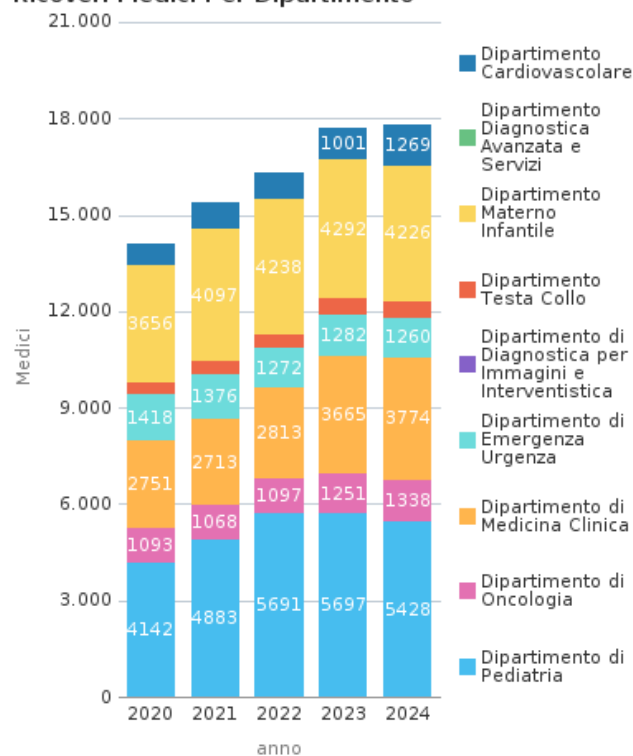
Ricoveri Ordinario + DH Per Dipartimento



Ricoveri Chirurgici Per Dipartimento

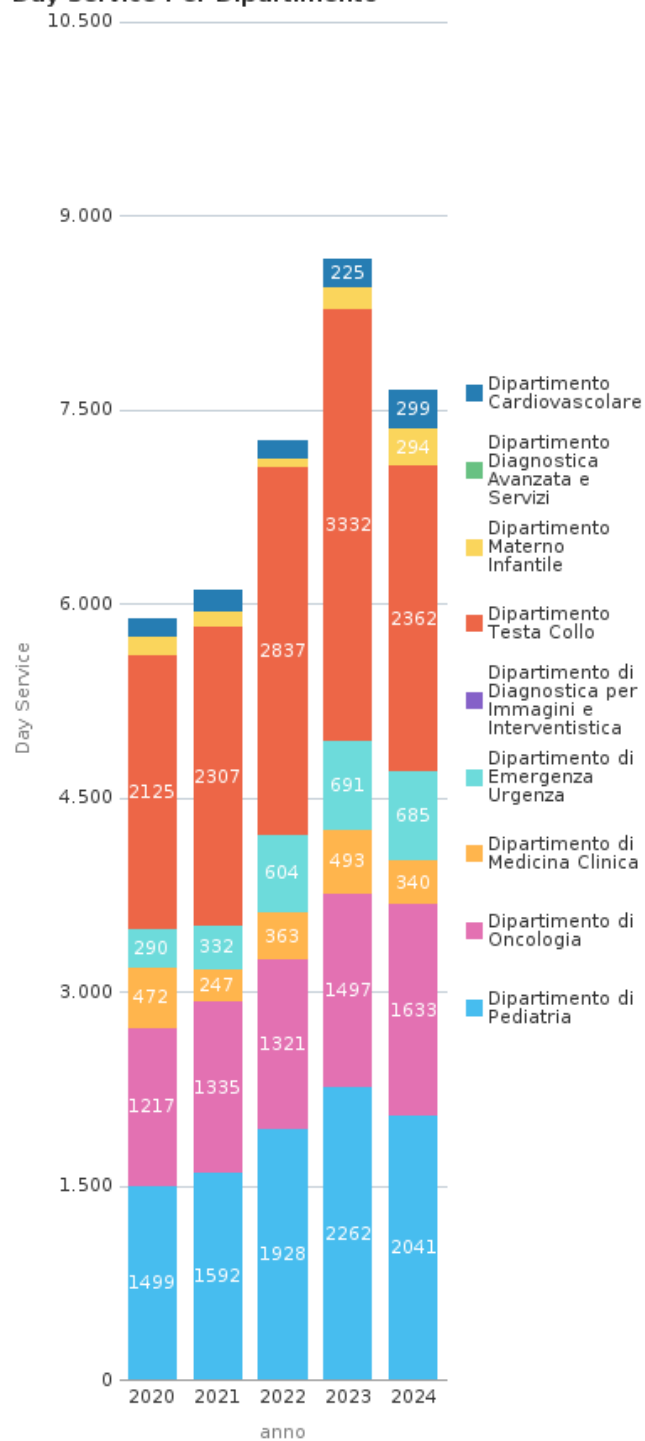


Ricoveri Medici Per Dipartimento

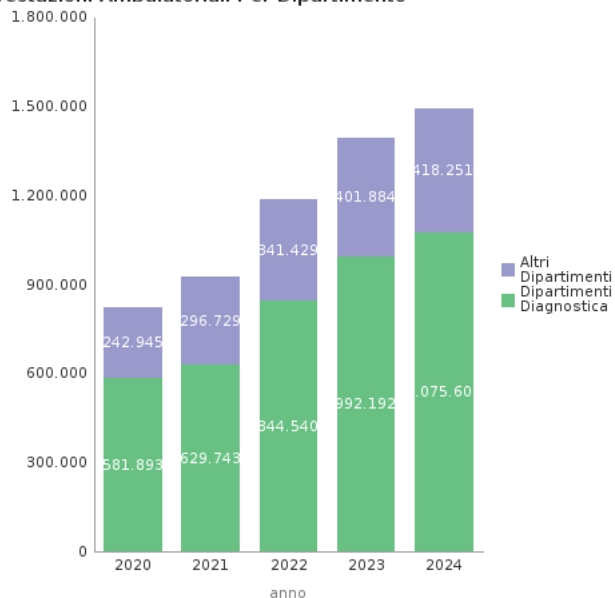


Attività Ambulatoriale per Dipartimento

Day Service Per Dipartimento



Prestazioni Ambulatoriali Per Dipartimento



Sezione 2 - Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

La presente sezione è ripartita nelle seguenti sottosezioni di programmazione:

- a) **Valore pubblico**, nel quale sono definiti:
 - 1) gli obiettivi generali programmati in coerenza con i documenti di salute e programmazione sanitaria adottati da questa azienda, in ragione della mission attribuita dalla pianificazione regionale;
 - 2) gli obiettivi specifici dell'azienda inteso come valore pubblico finalizzato all'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale e ambientale a favore dei cittadini;
 - 3) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
 - 4) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione;
- b) **Performance**: la sottosezione è predisposta secondo quanto previsto dal Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 e ss.mm.ii. ed è finalizzata, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di questa Azienda;
- c) **Rischi corruttivi e trasparenza**: la sottosezione è predisposta dal RPCT sulla base degli obiettivi in materia definiti dalla Direzione Strategica, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190 e ss.mm.ii..

2.1 Il Valore Pubblico

L'ARNAS Civico G.Di Cristina Benfratelli rappresenta uno snodo importante per la sanità della città di Palermo e per l'intera Regione. Si tratta di una struttura di riferimento non solo per i palermitani ma per tutti i residenti in Sicilia Occidentale, che la percepiscono come elemento identitario e culturale importante.

Il valore pubblico individua l'incremento del benessere reale (economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, culturale etc.) che si intende creare per la collettività mobilitando al meglio le proprie risorse umane, finanziarie e tecnologiche, attraverso l'ottimizzazione dei processi interni (capacità organizzativa, sviluppo della rete di relazioni interne ed esterne), analisi della domanda e adeguatezza della risposta in termini di offerta di prestazioni in un contesto di sostenibilità ambientale delle scelte e di capacità di riduzione dei rischi reputazionali dovuti a insufficiente trasparenza o a fenomeni corruttivi.

In altri termini, in momenti in cui le risorse economiche sono scarse e le esigenze sociali crescenti, l'obiettivo prioritario è quello di utilizzare le risorse a disposizione in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale (utenti, cittadini, stakeholders in generale).



In ambito sanitario, in particolare, il termine “performance” ha assunto un diverso significato nel corso degli ultimi decenni: negli anni ‘80 era inteso soprattutto come rispetto delle norme e utilizzo adeguato delle risorse; negli anni ‘90 l’attenzione si è spostata sull’efficienza della produzione con un orientamento ai risultati. Negli ultimi anni il riferimento è sempre più spesso alla qualità dei servizi erogati e soprattutto alla creazione di Valore Pubblico.

Possiamo dire dunque che si crea Valore Pubblico quando si utilizzano le risorse a disposizione in modo efficiente, efficace e dunque funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze dei cittadini, realizzando un miglioramento del livello di benessere degli stessi.

Una maggiore componente di popolazione anziana e di cronicità significa necessariamente un notevole incremento dei bisogni in termini di servizi per la salute. Significa uno sforzo sempre maggiore per riuscire a produrre Valore Pubblico da risorse sempre più contingentate.

La strategia da impostare per il futuro non può che giocare sulla revisione dei modelli organizzativi e dei modelli assistenziali, su un ripensamento delle modalità di risposta a bisogni che altrimenti rischiano di rimanere insoddisfatti.

La visione strategica dell’Azienda è quindi orientata al costante miglioramento organizzativo, logistico, strutturale e infrastrutturale, teso a garantire appropriatezza, tempestività, efficacia e qualità dei servizi, in condizioni di sicurezza e nel rispetto della persona, attraverso una gestione efficiente delle risorse.

In armonia con le indicazioni regionali e nel rispetto della classificazione tipologica dell’Azienda l’indirizzo strategico guarda ad un sempre maggiore accoglimento di patologie ad alta complessità, all’ampliamento del bacino di utenza e al consolidamento del ruolo di riferimento nei percorsi assistenziali in rete oltre che alla collaborazione e integrazione operativa con altri istituti, limitrofi e no.

Per quanto sopra e al fine di meglio definire il proprio ruolo nel contesto locale e nazionale l’Azienda promuove, nel rispetto della propria missione istituzionale, il potenziamento e lo sviluppo delle aree di eccellenza clinica, anche al fine di interpretare pienamente il ruolo di realtà ospedaliera di alta specialità a rilievo regionale e nazionale. A tal fine:

- a) adegua la struttura dell’offerta assistenziale alla programmazione regionale;
- b) sviluppa percorsi assistenziali integrati tra ospedale e territorio;
- c) promuove le aree di eccellenza clinica rivolte anche all’utenza extra bacino;
- d) promuove l’innovazione assistenziale e l’appropriatezza clinica ed organizzativa.

La peculiarità dell’Ospedale Civico G. Di Cristina Benfratelli come azienda sanitaria di rilievo nazionale, consiste nella disponibilità al proprio interno di tutte le specialità cliniche per il trattamento delle patologie in fase acuta, a qualunque età, e pertanto riconosce come caratteristica prioritaria di indirizzo nel proprio funzionamento la massima integrazione delle competenze e tecnologie esistenti.

L’Azienda, pertanto, si configura come parte di un sistema integrato, in rete, di servizi, professionisti sanitari e livelli di assistenza che compongono in un continuum l’offerta sanitaria regionale.

Obiettivo dell'Azienda è concorrere al benessere ed alla tutela della persona; tutte le funzioni ed i livelli di responsabilità nell'organizzazione sono regolati in una prospettiva di servizio e fondati sul principio della corresponsabilità nel conseguimento di un beneficio per l'utente come risultato delle attività.

Prerogativa fondamentale dell'Azienda per assolvere alla propria missione, è l'alta professionalità degli operatori. Per questo si caratterizza anche come luogo di sviluppo di cultura sanitaria, di ricerca intellettuale, di aggiornamento professionale e formazione continua.

La crescita e lo sviluppo dell'Azienda dipendono dalla massima espressione di tutte le risorse disponibili, opportunamente e appropriatamente impiegate, con un'apertura all'evoluzione del sistema. In questo senso, accanto all'aggiornamento tecnologico e organizzativo, l'attenzione è rivolta prioritariamente alla valorizzazione della risorsa umana, offrendo a tutto il personale le necessarie condizioni di sviluppare al meglio le proprie potenzialità e competenze.

Il complesso delle azioni svolte dall'Azienda, sulla base delle risorse a disposizione, nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie, è pertanto finalizzato a:

- consolidare e potenziare le aree che caratterizzano l'Azienda come struttura di alta specialità incrementando, nel rispetto dei principi di appropriatezza, il "case mix";
- rafforzare il ruolo di riferimento svolto dall'Azienda nella risposta all'emergenza-urgenza in ambito provinciale e regionale;
- assicurare la risposta quali-quantitativa alla domanda di salute del bacino locale di riferimento per le aree di intervento di base valorizzando la vocazione per acuti dell'Azienda;
- favorire lo sviluppo dei necessari processi di integrazione, al proprio interno e nei rapporti con le altre strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, volti ad assicurare ai pazienti la continuità assistenziale.

L'Azienda intende quindi realizzare la sua vision attraverso:

- l'organizzazione ospedaliera strutturata intorno al bisogno del paziente adottando un sistema basato su intensità e natura della cura con aree integrate offrendo alla persona un percorso assistenziale completo e interdisciplinare;
- la realizzazione di un modello di sviluppo continuo delle professionalità in considerazione del fatto che il patrimonio professionale aziendale è da considerare la leva fondamentale per poter perseguire le sue finalità assistenziali ed assicurarsi la possibilità di mantenere e migliorare nel tempo il posizionamento già conseguito;
- l'adozione di un modello organizzativo dipartimentale che garantisca il mantenimento delle logiche e degli strumenti del miglioramento continuo dei risultati sia sul fronte clinico assistenziale che su quello dell'efficienza gestionale;
- la ricerca di nuove soluzioni organizzative basate sui principi della flessibilità e dell'economicità, anche agendo nel ridisegno complessivo della struttura organizzativa e del sistema delle responsabilità;
- la tendenza ad assicurare i più elevati standard qualitativi per il soddisfacimento delle esigenze dei pazienti e dei loro familiari sotto i profili della competenza tecnico professionale, della cortesia e della disponibilità del personale oltre che della rapidità nella gestione della pratica amministrativa e del comfort alberghiero;
- la possibilità di realizzare o partecipare a programmi di ricerca finalizzati alla sperimentazione ed applicazione delle pratiche ospedaliere e delle evidenze scientifiche migliori e più avanzate.

Qualità Percepita

L'URP, struttura preposta al "contatto" con l'utenza, realizza, attraverso l'ascolto degli utenti e la comunicazione interna, processi di rilevazione sul grado di soddisfazione dell'utenza per i servizi erogati.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico è la struttura aziendale deputata alla realizzazione del "Sistema Regionale Valutazione della Qualità Percepita. Linee di indirizzo per il sistema di gestione della qualità percepita: politica, metodologie e strumenti", ex D.A. n.3185 del 28/12/2010.

L'Assessorato della Salute – Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico – Servizio 5 "Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti" ha emanato, con la nota Prot. DASOE/5 – 54553 del 03/07/2015, la Direttiva "Indagine sulla Qualità Percepita dei Servizi di Cura e di Ricovero, Day Hospital e Servizi ambulatoriali e Diagnostici", ed è questa la linea su cui si espleta l'attività di rilevazione della qualità percepita.

La rilevazione della Qualità Percepita è, in tale ottica, intesa come strumento di comunicazione che permette di monitorare lo standard dei servizi che l'Azienda offre agli stakeholder.

A questo scopo, è stato messo a punto un modulo online, che riproduce il questionario della Customer Satisfaction Regionale, e che consente sia ai pazienti ricoverati che a quelli afferenti agli ambulatori, di esprimere il proprio livello di gradimento.

Attraverso un QR Code l'utente apre il relativo questionario e, in forma del tutto anonima, compila il questionario che viene acquisito in tempo reale.

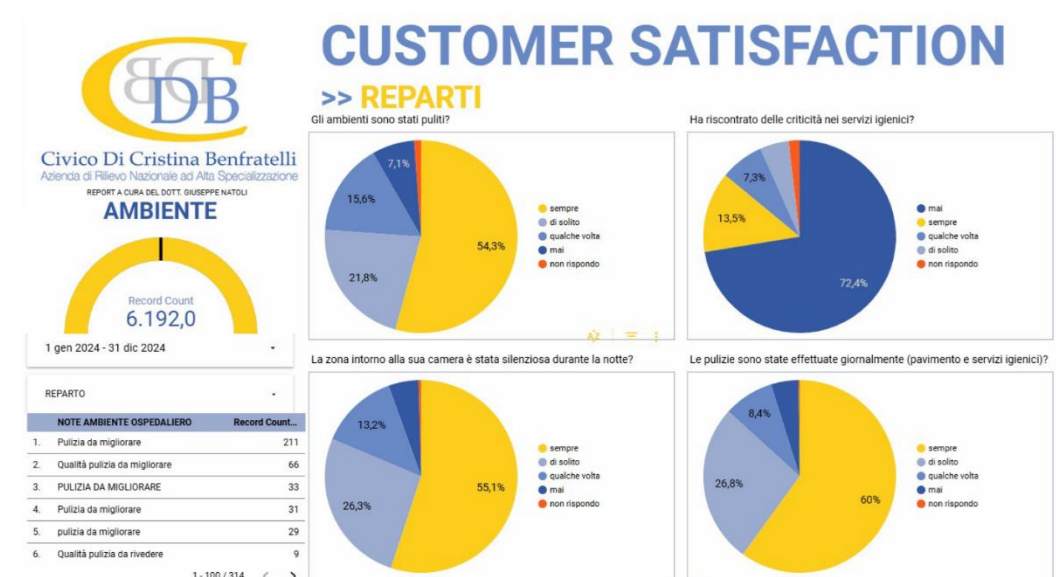
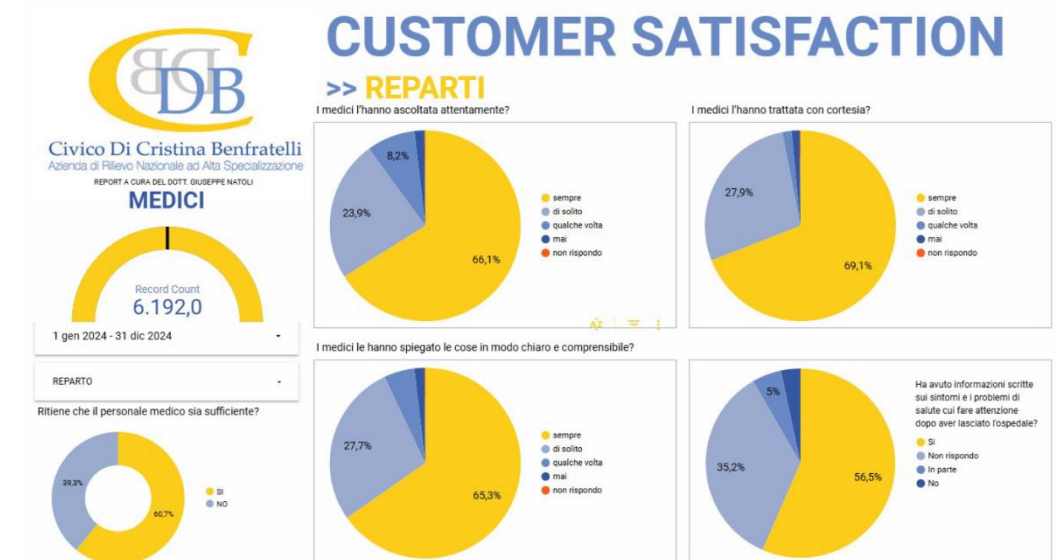
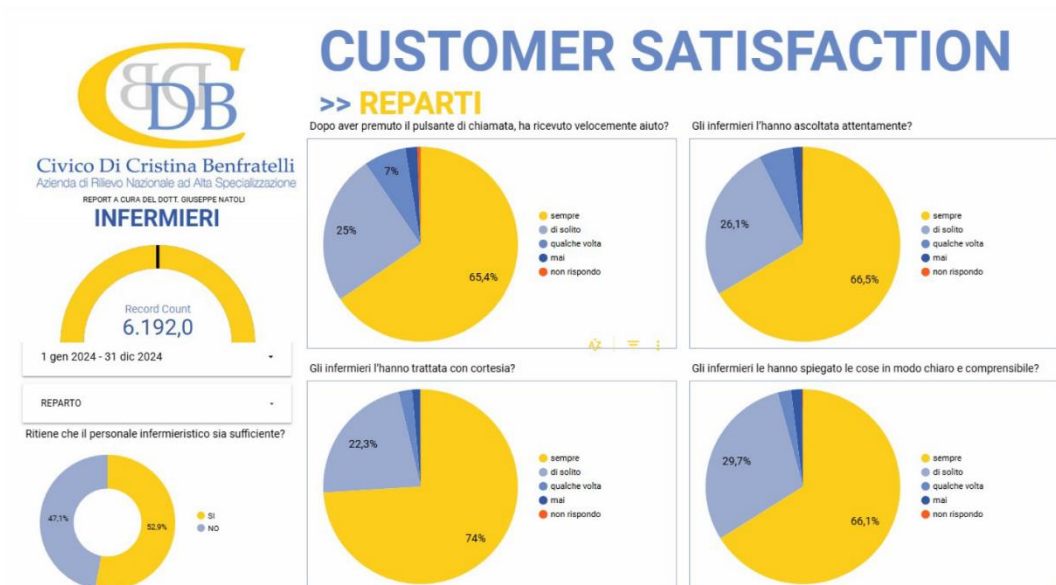
Vengono escluse dalla Rilevazione le Terapie intensive, i Laboratori, le Radiodiagnostiche e i reparti che ospitano ciclicamente gli stessi pazienti.

È possibile accedere al modulo, per manifestare il proprio gradimento, anche dall'Home Page Aziendale:

- <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeDmGEsay5tfiJOwOoO1QowWdHRYEa9dbcsMwwRyu40uM1g/viewform> per le attività di ricovero;
- https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfiAPw_WALuK-cs8iRQHJb3_bSFZ06Udvhb50BQvZ3sPIUj5w/viewform per le attività ambulatoriali.

Risultati Customer Satisfaction Attività di Ricovero



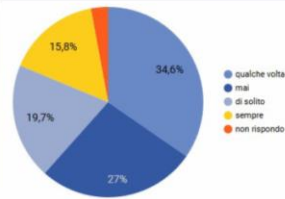




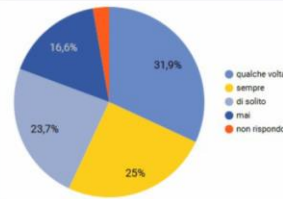
CUSTOMER SATISFACTION

>> REPARTI

E' rimasto soddisfatto sulla qualità del cibo?



L'orario della distribuzione dei pasti è stato adeguato?

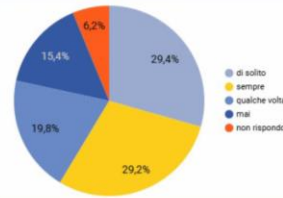


1 gen 2024 - 31 dic 2024

REPARTO

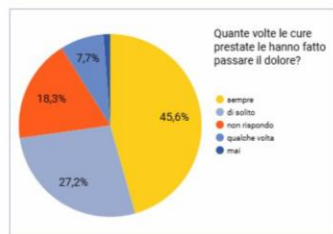
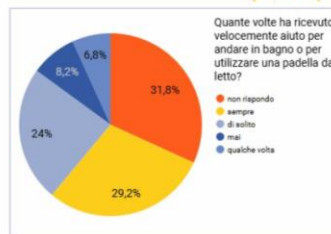
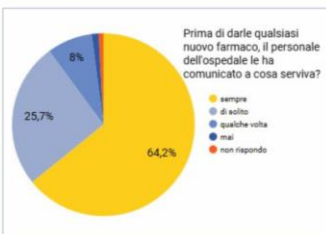
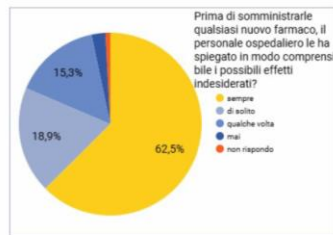
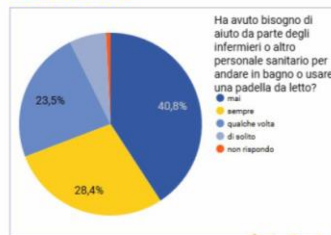
NOTE VITTO	Record Count
Cena troppo presto	172
Pasta scotta	41
Qualità da migliorare	31
Pasta scotta	14
pasta scotta	13
Pranzo troppo tardi	11
Orario cena non adeguato (17)	10
CENA TROPPO PRESTO	10

La scelta del menu è stata rispettata?



CUSTOMER SATISFACTION

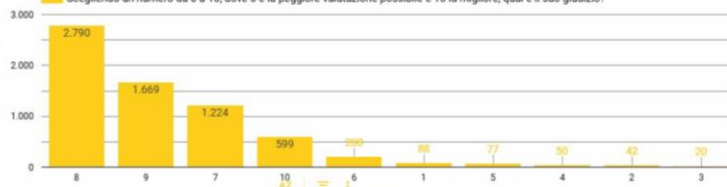
>> REPARTI



CUSTOMER SATISFACTION

>> REPARTI

Scegliendo un numero da 0 a 10, dove 0 è la peggiore valutazione possibile e 10 la migliore, qual è il suo giudizio?



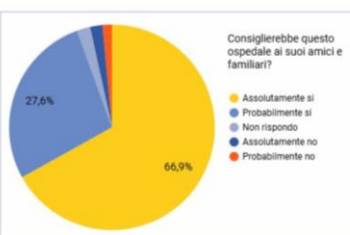
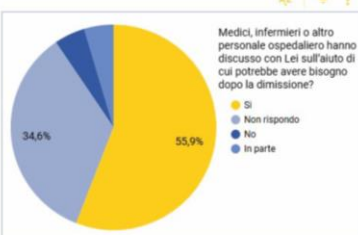
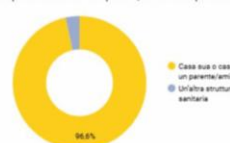
Record Count
6.192,0



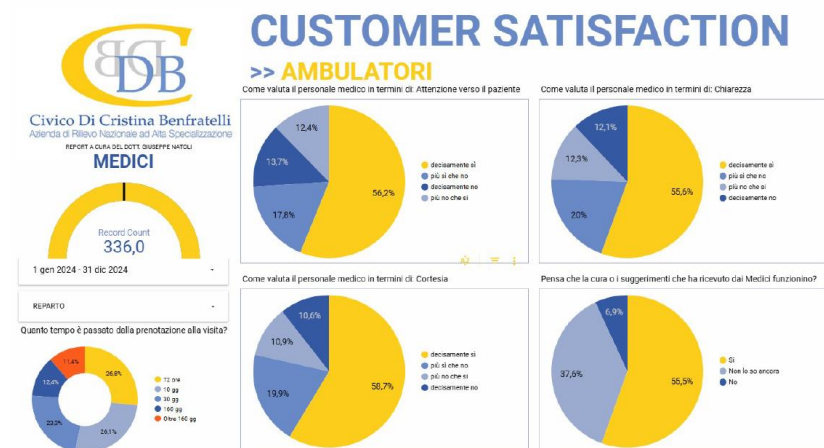
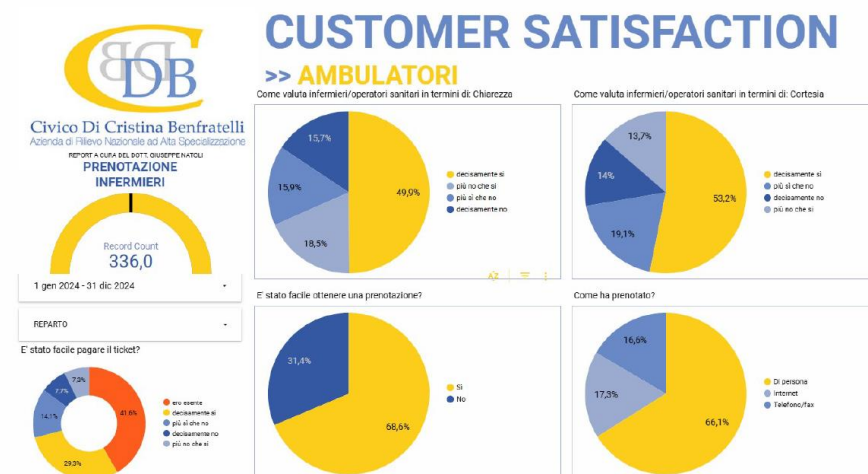
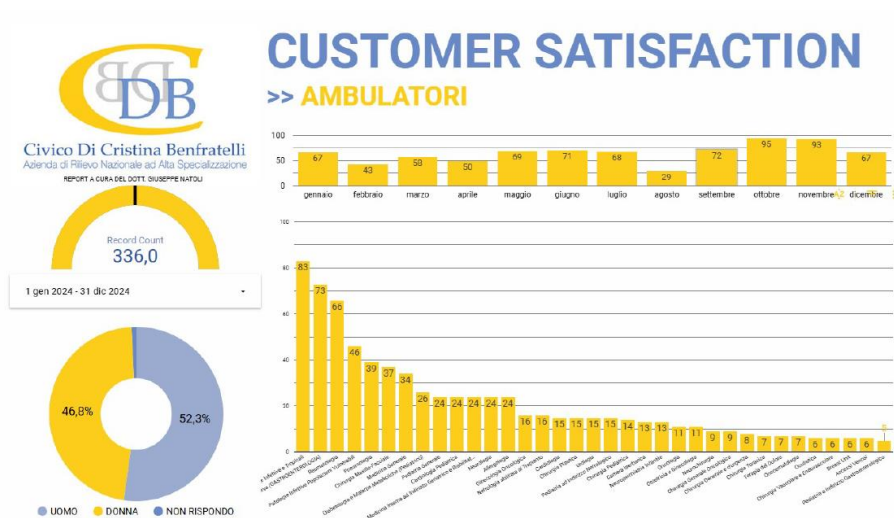
1 gen 2024 - 31 dic 2024

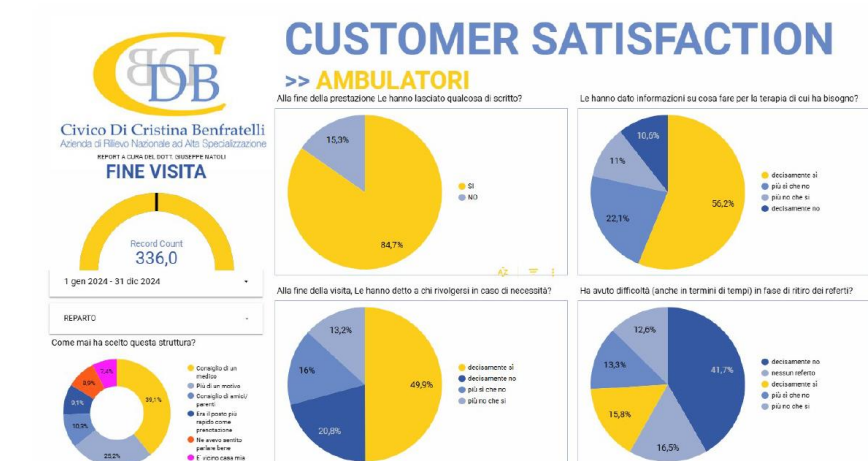
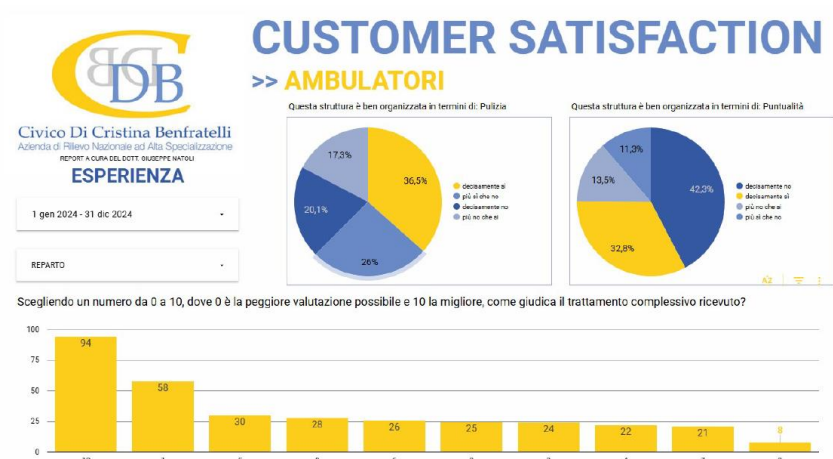
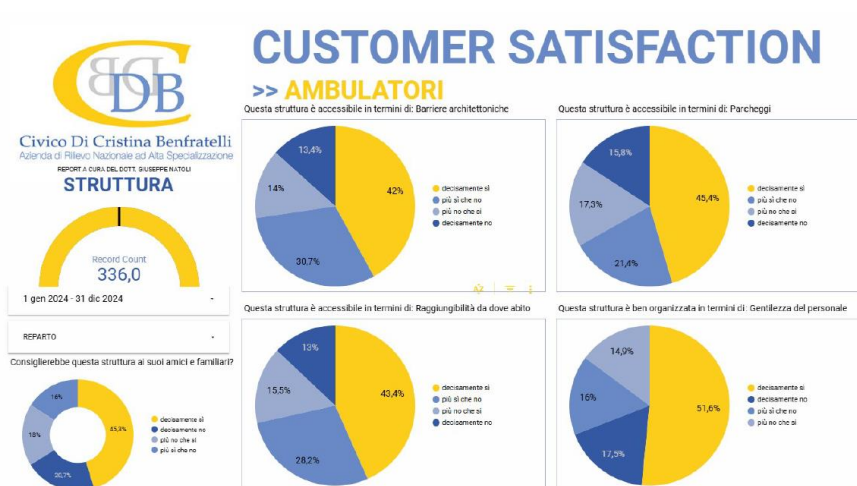
REPARTO

Dopo aver lasciato l'ospedale, si è diretto presso:



Risultati Customer Satisfaction Attività Ambulatoriale





Sulla base dei risultati della *Customer Satisfaction* anno 2024, l'Azienda implementerà nel corso del 2025, le seguenti linee operative:

Comfort delle strutture

- Azioni:
 - Investire in migliorie alle sale d'attesa (sedie comode, Wi-Fi, distributori di acqua).
 - Potenziare la pulizia e manutenzione degli spazi.
 - Creare spazi di intrattenimento per bambini o pazienti in lunga attesa.

Riduzione dei Tempi di Attesa per visite e interventi

- Azioni:
 - Ottimizzare la gestione delle prenotazioni con sistemi digitali avanzati.
 - Analizzare i flussi di pazienti per riorganizzare il personale durante le ore di punta.

Aumento della Soddisfazione dei Pazienti

- Azioni:
 - Introdurre momenti di ascolto strutturato per raccogliere feedback dei pazienti.
 - Fornire informazioni chiare e dettagliate sulle cure previste attraverso guide o incontri con il personale.

Miglioramento del Comfort per i Pazienti

- Azioni:
 - Investire in manutenzione e rinnovo delle camere, sale d'attesa e bagni.
 - Migliorare il Wi-Fi gratuito e spazi di intrattenimento.

Aumentare la varietà e la personalizzazione dei pasti

- Azioni:
 - Introdurre un sistema di prenotazione dei pasti più preciso e puntuale per consentire ai pazienti di scegliere in anticipo.
 - Coinvolgere i pazienti nella valutazione dei nuovi menù attraverso sondaggi regolari.
 - Ridurre gli sprechi alimentari.

Ridurre gli sprechi alimentari.

- Azioni:
 - Monitorare la quantità di cibo sprecato per identificare le cause principali.
 - Adottare porzioni calibrate e alternative sostenibili (es. donazione degli avanzi in buono stato).

Piano Aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2024 -2025

Adottato con delibera del Direttore Generale n.692 del 29 maggio 2024.

Si estrapolano parzialmente il cap.6 e il cap.8 del Piano relativo agli obiettivi proposti e alla progettualizzazione del loro conseguimento:

L'UOS "Gestione Qualità e Rischio Clinico" (GQRC) dello Staff della Direzione Generale dell'ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo, ha il compito di pianificare, progettare, coordinare e monitorare tutti i processi dell'organizzazione nel rispetto della coerenza con gli obiettivi cogenti di interesse nazionale e quelli di interesse regionale, quali obiettivi strategici Aziendali.

Schede progetti per il raggiungimento obiettivi

Unità Operativa Gestione Qualità e Rischio Clinico		Responsabile: Dott. ssa Laura Marsala											
Titolo del progetto		Safety Walk Round (SWR)											
Motivazione della scelta		Valutazione delle vulnerabilità del sistema. Flessibilità d'uso e misurabilità variabile del raggiungimento degli obiettivi per la peculiarità di ogni singolo ambito.											
Area di intervento		Prevenzione Errori, Implementazione Buone Pratiche, Sicurezza del Paziente											
Ambito di intervento		UU.OO. Aziendali											
Obiettivo generale del progetto		Individuare le criticità organizzative e procedurali che possono determinare eventi avversi o situazioni di criticità di Standard di Sicurezza dei percorsi clinico assistenziali.											
Strumenti e metodi		Interviste strutturate ai professionisti sanitari e dirigenti di Unità Operative e servizi											
Obiettivi specifici del progetto		Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. degli Standard Generali e specifici di pertinenza											
Indicatori di risultato e modalità di misura													
Indicatore						Modalità di misura							
Numero di Interviste somministrate						Interviste / questionari							
= >95%													
Numero di interviste proposte													
Numero di misure correttive implementate													
= >100%													
Numero totale di criticità riscontrate													
CRONOGRAMMA		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Risorse	Responsabilità												
Aziendali	U.O Gestione Qualità e Rischio Clinico						X						X
2024/2025													

OBIETTIVO n.1: SICUREZZA DEI PAZIENTI

- Implementazione 65 Standard Joint Commission previsti dal D.A. 1528 del 12/8/2011
- Diffusione e implementazione 19 raccomandazioni del Ministero della Salute
- Implementazione Check List sala operatoria e verifica della corretta applicazione della stessa
- Attività Comitato Aziendale Valutazione Sinistri
- Produzione di Procedure e PDTA Aziendali orientate alla Sicurezza delle Cure
- Programma Regionale di sorveglianza e controllo delle ICA

Titolo del progetto		Implementazione Standard per gli ospedali (D.A. 1528 del 12/8/2011)															
Motivazione della scelta		Percorso di miglioramento standardizzato e dotato di cogenza. Flessibilità d'uso e misurabilità variabile del raggiungimento degli obiettivi															
Area di intervento		Prevenzione Errori, Implementazione Buone Pratiche, Sicurezza del Paziente															
Ambito di intervento		UU.OO. Aziendali															
Obiettivo generale del progetto		Misurare in maniera omogenea e condivisa il raggiungimento di Standard di Sicurezza dei percorsi clinico assistenziali															
Strumenti e metodi		On Site Visit secondo metodologia Joint Commission*(v.Tab.)															
Obiettivi specifici del progetto		Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. degli Standard Generali e specifici di pertinenza															
Indicatori di risultato e modalità di misura																	
Indicatore						Modalità di misura											
Numero di Standard Raggiunti						On Site Visit											
Numero di standard proposti																	
CRONOGRAMMA						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Risorse	Responsabilità					On Site Visit						On Site Visit					
Aziendali	U.O Gestione Qualità e Rischio Clinico																
Aziendali	UU.OO. Aziendali per gli Standard pertinenti																
2024/2025																	

Titolo del progetto	Diffusione e implementazione Raccomandazioni del Ministero della Salute	
Motivazione della scelta	Prevenzione degli errori	
Area di intervento	Qualità dell'assistenza erogata	
Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali	
Obiettivo generale del progetto	Attività di prevenzione proattiva degli errori	
Strumenti e metodi	Diffusione Raccomandazioni del Ministero della Salute: sistema di monitoraggio attraverso il questionario di valutazione del livello di implementazione di ciascuna Raccomandazione e della Check List per la sicurezza in sala operatoria.	
Obiettivi specifici del progetto	Diffusione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli errori e l'implementazione di buone pratiche al fine di diminuire la probabilità di accadimento degli eventi avversi	
Indicatori di risultato e modalità di misura		
Indicatore		Modalità di misura
N° di raccomandazioni pubblicate dal Ministero — N° di raccomandazioni diffuse in Azienda		Griglie di autovalutazione di Agenas
= 100%		

Titolo del progetto	Check List Sala Operatoria												
Motivazione della scelta	Prevenzione degli errori - Implementazione buone pratiche												
Area di intervento	Risk Management												
Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali dove si effettuano interventi Chirurgici												
Obiettivo generale del progetto	Implementazione e monitoraggio corretta applicazione Check List Sala operatoria												
Strumenti e metodi	Uso Check List Sala Operatoria e strumento di monitoraggio proposta da Assessorato alla Salute – DASOE 8												
Obiettivi specifici del progetto	Monitorare la sicurezza del percorso assistenziale del paziente chirurgico												
Indicatori di risultato e modalità di misura													
Indicatore						Modalità di misura							
Numero di applicazioni corrette = = > 95% Numero di osservazioni effettuate						Lista di verifica proposta da Assessorato della Salute per l’osservazione dell’applicazione della Check List							
CRONOGRAMMA (dettato da circolari dell’Assessorato della Salute DASOE 8)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Risorse	Responsabilità	Verifiche on site con scheda specifica			Verifiche on site con scheda specifica			Verifiche on site con scheda specifica			Verifiche on site con scheda specifica		
Aziendali	U.O Gestione Qualità e Rischio Clinico												
Aziendali	Referenti di U.O.												
2024/2025													

Titolo del progetto	Monitoraggio sinistrosità aziendale																	
Motivazione della scelta	Definizione della rischiosità aziendale per aree specifiche																	
Area di intervento	Risk Management																	
Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali ed Amministrative																	
Obiettivo generale del progetto	Incident reporting “indiretto” – Individuazione di aree a maggiore “sofferenza” legale																	
Strumenti e metodi	Monitoraggio e analisi flusso specifico di contenziosi da U.O. Assicurazioni e da U.O. Legale - Collaborazione attiva con CAVS (Comitato Aziendale Valutazione Sinistri)																	
Obiettivi specifici del progetto	Identificazione di aree aziendali a maggiore contenziosità per effettuare appropriate indagini proattive ed implementare azioni di prevenzione e/o miglioramento																	
Indicatori di risultato e modalità di misura																		
Indicatore						Modalità di misura												
N° partecipazioni a riunioni CAVS						== > 95 % Dati desumibili da flusso Simes e /o Segnalazioni U.O. Legale ed Assicurazioni												
N° totale riunioni CAVS																		
Realizzazione di mappatura del “contenzioso clinico” aziendale																		
CRONOGRAMMA						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Risorse	Responsabilità					Partecipazione al 95% RIUNIONI CAVS Puntuale inserimento dati annuali in flusso SIMES												
Aziendali	U.O. Gestione Qualità e Rischio Clinico																	
Aziendali	U.O. Servizio Legale e Assicurazioni																	
Aziendali	Comitato Aziendale Valutazione Sinistri																	
2024/2025																		

OBIETTIVO n.2: EFFICACIA E APPROPRIATEZZA

- Prevenzione TEV (Tromboembolismo venoso)
- Prevenzione inappropriata e complicanze taglio cesareo
- Monitoraggio dati PNE (Programma Nazionale di Valutazione Esiti)
- Qualità della documentazione clinica
- Implementazione applicativo informatico per i documenti di registrazione.

Titolo del progetto	PREVENZIONE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV)																						
Motivazione della scelta	Implementazione Raccomandazione Ministeriale e Regionale																						
Area di intervento	Risk Management																						
Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali																						
Obiettivo generale del progetto	Diminuzione casi di TEV																						
Strumenti e metodi	Raccomandazione Ministeriale diffusa a tutti gli operatori – report e/o audit – implementazione scheda aziendale																						
Obiettivi specifici del progetto	Diminuzione dei casi di TEV																						
Indicatori di risultato e modalità di misura																							
Indicatore												Modalità di misura											
Numero casi TEV 2024/2025 —Numero casi TEV 2022/2023												SDO (indicatore diretto)											
N° Valutazioni rischio TEV previste — N° Valutazioni rischio TEV effettuate												Valutazione NOC su campione PACA interno											
												= > 95 %											
CRONOGRAMMA												1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Risorse	Responsabilità											MONITORAGGIO APPLICAZIONE RACCOMANDAZIONE ED USO DELLE SCHEDE AZIENDALI (PACA)											
Aziendali	U.O Gestione Qualità e Rischio Clinico																						
Aziendali	U.O. SIS																						
2024/2025																							

Titolo del progetto	VALUTAZIONE E MONITORAGGIO INDICATORI PNE																
Motivazione della scelta	Miglioramento della Qualità delle prestazioni – Benchmarking																
Area di intervento	Qualità dell’assistenza																
Ambito di intervento	U.O. Ostetricia e Ginecologia																
Obiettivo generale del progetto	Applicazione linee guida nazionali e regionali per l’appropriatezza del Taglio Cesareo - Analisi delle motivazioni dello scostamento dal valore atteso																
Strumenti e metodi	Diffusione Linee Guida – SDO – Monitoraggio Criteri di Robson																
Obiettivi specifici del progetto	Mantenimento numerosità parti con Taglio Cesareo (TC) entro limiti previsti da Assessorato (20%) – Analisi del dato al netto delle complicanze																
Indicatori di risultato e modalità di misura																	
Indicatore						Modalità di misura											
% Taglio Cesario 2024/2025 = ≤ 20%						Flusso SDO / Foglio di lavoro dedicato											
CRONOGRAMMA						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Risorse	Responsabilità					MONITORAGGIO MENSILE DEI DATI											
Aziendali	U.O. Gestione Qualità e Rischio Clinico																
Aziendali	U.O. SIS																
Aziendali	Ref. QRC																
	U.O. Ostetricia e Ginecologia																
2024/2025																	

Titolo del progetto	VALUTAZIONE E MONITORAGGIO INDICATORI PNE																				
Motivazione della scelta	Miglioramento della qualità delle prestazioni - Benchmarking																				
Area di intervento	Qualità dell’assistenza																				
Ambito di intervento	UU. OO. Aziendali																				
Obiettivo generale del progetto	Valutazione delle performance secondo PNE con particolare riferimento a: a) Interventi frattura femore entro 48 ore per i paz. > 65 aa. b) Tempestività effettuazione PTCA nei casi di IMA STEMI (1GG E 1 ORA) c) Dimissione entro 2gg. dopo colecistectomia per via laparoscopica																				
Strumenti e metodi	SDO – Monitoraggio report Agenas																				
Obiettivi specifici del progetto	Monitoraggio posizioni difformi da media nazionale – Progettazione ed implementazione piani di miglioramento																				
Indicatori di risultato e modalità di misura																					
Indicatore										Modalità di misura											
Indicatori AGENAS / Verifiche dati SIS										Report SIS Aziendale											
Posizione difforme da Media Nazionale = ≤ 5%																					
CRONOGRAMMA										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Risorse	Responsabilità									MONITORAGGIO MENSILE											
Aziendali	U.O Gestione Qualità e Rischio Clinico																				
Aziendali	U.O. SIS																				
Aziendali	UU. OO. coinvolte nel progetto indicatori AGENAS																				
2024/2025																					

Titolo del progetto	QUALITA' DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA																
Motivazione della scelta	Miglioramento della Qualità della documentazione clinica - Sicurezza delle informazioni																
Area di intervento	Qualità dell'assistenza																
Ambito di intervento	UU. OO. Aziendali																
Obiettivo generale del progetto	Miglioramento complessivo della qualità della documentazione clinica Appropriatezza Organizzativa																
Strumenti e metodi	PACA (Piano Annuale dei Controlli Analitici)																
Obiettivi specifici del progetto	Individuazione delle specifiche aree di miglioramento della qualità della documentazione clinica – Favorire una migliore comunicazione delle informazioni cliniche – abbattimento sanzioni NOC Esterni																
Indicatori di risultato e modalità di misura																	
Indicatore						Modalità di misura											
Numero di cartelle esaminate — Numero totale di cartelle campionate						Schede per la valutazione degli obiettivi del PACA											
CRONOGRAMMA						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Risorse	Responsabilità					(Campionamento, ricerca cartelle cliniche, analisi, monitoraggio dei risultati, trasmissione alle UU.OO.)											
Aziendali	U.O Gestione Qualità e Rischio Clinico																
Aziendali	U.O. SIS																
Aziendali	Gruppo NOC Aziendale																
Aziendali	Direzioni mediche di Presidio																
2024/2025																	

Titolo del progetto	QUALITA' DELLA SDO																						
Motivazione della scelta	Miglioramento della Qualità delle prestazioni e dei Flussi Informativi SDO																						
Area di intervento	Qualità dell'assistenza																						
Ambito di intervento	UU. OO. Aziendali																						
Obiettivo generale del progetto	Miglioramento complessivo della qualità delle SDO																						
Strumenti e metodi	Griglia di valutazione della qualità della SDO come previsto da schede PACA (Piano Annuale dei Controlli Analitici)																						
Obiettivi specifici del progetto	Individuazione delle specifiche aree di miglioramento della qualità della SDO Corretta compilazione dei singoli campi previsti nella SDO Abbattimento sanzioni NOC esterni																						
Indicatori di risultato e modalità di misura																							
Indicatore												Modalità di misura											
Campione SDO PACA												Scheda per la valutazione della qualità della documentazione SDO prevista dal PACA											
SDO valutate —																							
= >95%																							
CRONOGRAMMA												1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Risorse	Responsabilità											MONITORAGGIO ATTIVITA'											
Aziendali	U.O Gestione Qualità e Rischio Clinico																						
Aziendali	U.O. SIS																						
Aziendali	Gruppo NOC Aziendale																						
Aziendali	Direzioni mediche di presidio																						
2024/2025																							

OBIETTIVO n.3: NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Accreditamento Punti Nascita
- Alimentazione Flusso Simes
- Aggiornamento Carta dei Servizi
- Adempimenti Legge n. 24/2017 (Decreto Gelli Bianco)

Titolo del progetto	ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE																				
Motivazione della scelta	Possesso “Requisiti” previsti dal Percorso Accreditamento Punti Nascita																				
Area di intervento	Qualità dell’assistenza																				
Ambito di intervento	UU. OO. Aziendali																				
Obiettivo generale del progetto	Valutazione periodica sul possesso dei requisiti previsti dall'accREDITamento dei punti nascita tutte le volte che sia richiesto dall'Assessorato Regionale alla Salute																				
Strumenti e metodi	Inserimento ed aggiornamento dati inseriti nel software regionale dedicato																				
Obiettivi specifici del progetto	Adeguamento dell'Azienda alla normativa prevista dall'Accreditamento Punti Nascita per l’area di pertinenza specifica relativa a Qualità e Rischio Clinico																				
Indicatori di risultato e modalità di misura																					
Indicatore										Modalità di misura											
Autovalutazione aziendale nel rispetto della normativa e della tempistica prevista da specifici D.A.										Completamento schede del software regionale rispetto alle necessità aziendali											
Raggiungimento possesso dei requisiti così come previsto al punto 7 dell’autovalutazione										Requisiti relativi a Sistema di Valutazione e Miglioramento della Qualità previsti dal software regionale per l’autovalutazione dei punti nascita											
CRONOGRAMMA										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Risorse	Responsabilità									MONITORAGGIO ATTIVITA’ (Autovalutazioni – Redazione Procedure – Verifiche Standard Strutturali e Tecnologici)											
Aziendali	U.O Gestione Qualità e Rischio Clinico																				
Aziendali	U.O. Ostetricia e Ginecologia U.O. UTIN																				
2024/2025																					

Titolo del progetto	Alimentazione del flusso SIMES																		
Motivazione della scelta	Adeguamento alle direttive del Ministero della Salute sulle modalità di segnalazione degli “Eventi Sentinella”, attivando il flusso di comunicazione secondo le modalità richieste dallo specifico protocollo ministeriale																		
Area di intervento	Rischio clinico																		
Ambito di intervento	Risk Manager																		
Obiettivo generale del progetto	Trasmettere al competente Ufficio del Ministero della salute tutte le informazioni sugli eventi sentinella occorsi in Azienda tramite lo specifico programma on line del Ministero della salute.																		
Strumenti e metodi	Individuazione degli Eventi Sentinella e utilizzo del flusso informatico ministeriale SIMES																		
Obiettivi specifici del progetto	1. Standardizzare la modalità di segnalazione degli eventi sentinella occorsi 2. Tempestività di trasmissione dei dati con il Ministero 3. Alimentazione database aziendale Eventi Sentinella																		
Indicatori di risultato e modalità di misura																			
Indicatore								Modalità di misura											
N° Eventi Sentinella Segnalati = N° Eventi Sentinella Trattati								Verifica Lavorazione Schede A e B su sito											
CRONOGRAMMA								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Risorse	Responsabilità																		
Aziendali	Risk Manager							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2024/2025																			

Titolo del progetto	Aggiornamento della Carta dei Servizi Aziendale														
Motivazione della scelta	Adeguamento requisito dell'Accreditamento Istituzionale – Miglioramento della comunicazione agli utenti														
Area di intervento	Qualità delle prestazioni														
Ambito di intervento	URP; U.O. Qualità; Direzione aziendale														
Obiettivo generale del progetto	Aggiornare la carta dei servizi con informazioni fruibili all’utenza.														
Strumenti e metodi	Verifica ed aggiornamento dei dati attraverso contatto diretto con le UU.OO.														
Obiettivi specifici del progetto	1. Velocizzare il ritorno informativo dalle UU.OO. dei dati necessari. 2. Pubblicare sul sito aziendale la Carta dei servizi. 3. Facilitazione all’utenza dell’accesso ai servizi offerti dall’Azienda														
Indicatori di risultato e modalità di misura															
Indicatore				Modalità di misura											
Pubblicazione sul sito web aziendale				Verifica annuale dell’avvenuto aggiornamento e completezza delle Informazioni											
CRONOGRAMMA				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Risorse	Responsabilità														
Aziendali	U.O. Qualità			x	x										x
Aziendali	URP			x	x										x
2024/2025															

Piano Operativo Aziendale Di Recupero Delle Liste Di Attesa 2025

La riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie costituisce un obiettivo prioritario per la significativa e specifica ricaduta che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario sia sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite dai Livelli Essenziali di Assistenza. La realizzazione di un Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni, prevedendo l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura e rappresenta una componente strutturale dei LEA.

Sulla base dell'esperienza maturata con i precedenti piani regionali tutte le aziende sanitarie ospedaliere e provinciali si avvalgono dei nuovi strumenti messi a disposizione dalla Regione Sicilia al fine di gestire le liste di attesa da recuperare, facilitarne la condivisione a livello interaziendale nell'A.T.G. (Ambito territoriale di garanzia) che ha dimensioni provinciali, per la quota di prestazioni eccedenti la capacità produttiva dell'azienda, implementare il meccanismo della "mobilità" dei pazienti all'interno della rete di offerta assistenziale dell'A.T.G.

Il presente Piano rientra tra gli obiettivi contrattuali assegnati al Direttore Generale dell'ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli (art 3 comma 2, lettera b) (deliberazione n.89 del 16/01/2025).

Scopo del presente documento è quello di definire obiettivi, tempi e avvio delle attività da svolgere per avviare il Piano aziendale di recupero della lista di attesa 2024, da concludere entro il 31/12/2025, relativamente alle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali ancora presenti in lista di attesa 2024, con l'utilizzo di tutte le risorse aggiuntive previste dalla normativa nazionale e regionale e con l'applicazione di nuovi meccanismi operativi volti ad aumentare la capacità produttiva complessiva della rete assistenziale.

Il presente Piano si applica a tutte le Unità Operative dei due Presidi Ospedalieri dell'Arnas Civico Di Cristina Benfratelli con posizioni in lista di attesa al 31/12/2024 per interventi chirurgici non ancora erogati, non risultando attività ambulatoriali né attività di screening di II livello da recuperare.

Presso l'ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli, il recupero delle prestazioni sanitarie 2024 riguarda esclusivamente le attività di ricovero per interventi chirurgici, non risultando attività ambulatoriali né attività di screening di II livello da recuperare; tuttavia, si indicano di seguito le attività poste in essere in relazione a quanto previsto dal PNGLA per le varie tipologie di attività assistenziale:

- **Adozione RAO:** è in corso di implementazione una procedura di operatività per le aree interessate come da Manuale RAO Agenas, in particolare Cardiologia, Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva e Radiologia. L'applicatività del set di prestazioni individuate, in atto, non è visibile con il sistema informatico per cui si sta avviando una procedura di integrazione sul sistema HERO.

- **Integrazione del CUP con Sovracup,** le agende di primo accesso prenotabili attraverso CUP sono tutte esposte e visibili sulla piattaforma regionale.

- **Apertura di strutture ambulatoriali con giorni o fasce orarie aggiuntive,** laddove dovesse rendersi necessario, potrà essere implementata tale misura aggiuntiva.

- **Regolamentazione processi di recupero oneri per prestazioni prenotate non effettuate:** è in fase di redazione un piano per regolamentare i processi di recupero come indicato.

- **Percorsi di tutela:** Con Delibera 941/2024 è stato adottato il Percorso di tutela di accesso alternativo alle prestazioni specialistiche del cittadino ai sensi dell'articolo 3, comma 12, del D.Lgs. n. 124 del 24/09/1998 e del successivo PNGLA 2019-2021.

Attività Libero Professionale Intramuraria (Alpi)

L'attività libero-professionale viene erogata nel rispetto dell'equilibrio tra attività istituzionali e libero-professionali secondo quanto previsto dall'art. 15-quinquies, comma 3 del D.Lgs. 502/1992. Presso l'ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli, in ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento Aziendale ALPI

adottato con Delibera 730 del 2014 è stato costantemente monitorato il rapporto tra l'attività libero professionale intramuraria e l'attività istituzionale con cadenza semestrale ed è stato riferito sia all'attività complessivamente erogata da ciascuna U.O. che alle specifiche tipologie di prestazioni.

Inoltre, all'inizio dell'anno 2025 ed in sede di negoziazione di budget, è stato condiviso - con i Direttori delle UU.OO. interessate - il volume di prestazioni erogabili in ALPI ambulatoriale o di ricovero.

L'andamento dei tempi di attesa e dei volumi di attività è stato, altresì, verificato nell'ambito delle periodiche rilevazioni ex ante disposte dall'Assessorato Salute, cui si è dato riscontro secondo la metodologia indicata da AGENAS, ossia mediante caricamento nel relativo portale dei dati riguardanti le prestazioni elencate, nel rispetto della tempistica assegnata e con validazione del Referente aziendale.

Il costante monitoraggio ha evidenziato la netta prevalenza dell'attività istituzionale rispetto all'ALPI. Relativamente alle UUOO che erogano i maggiori volumi ALPI, non rilevandosi criticità nei tempi medi d'attesa, si può concludere che il ricorso alla libera professione sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale.

ATTIVITA' DI RICOVERO

Da un punto di vista operativo, le attività di recupero delle liste di attesa relative all'ambito sopra citato, ovvero le prestazioni di ricovero per intervento chirurgico, prevedono l'attuazione delle seguenti tipologie di attività:

1. reclutamento del personale;
2. recall, pulizia delle liste e trasferimento presso altre strutture della A.T.G.
3. organizzazione degli slot chirurgici
4. erogazione delle prestazioni da recuperare

1. RECLUTAMENTO DEL PERSONALE

Con atto Deliberativo 1246 del 7 agosto 2023 e successiva integrazione adottata con Delibera num. 1292 del 29 agosto 2023, si è formalizzata la costituzione della Rete Aziendale per il Recupero delle Prestazioni (Rete ARP), in ottemperanza a quanto contenuto nella Circolare del Dipartimento Regionale Pianificazione Strategica n 42470 del 27/07/2023.

Successivamente, al fine di dare maggiore operatività ed immediatezza alle azioni che questa Azienda intende realizzare per il recupero delle prestazioni non erogate, sono state istituite la Rete ARP del PO Di Cristina (Delibera 419 del 16/04/2024) e la Rete ARP del P.O. Civico (Delibera 546 dell'08/05/2024).

Con Delibera n.775 del 14 giugno 2024 è stato individuato il Gruppo di lavoro a supporto delle suddette reti aziendali, che in sinergia con le stesse possa contribuire all'individuazione di soluzioni idonee e a sviluppare concrete azioni di incremento ed efficientamento dell'offerta assistenziale finalizzata al recupero delle liste di attesa.

Azione preliminare comune per le attività di recupero degli interventi chirurgici è l'individuazione del personale medico e infermieristico di sala operatoria che abbia manifestato la volontà di aderire o meno al Piano Aziendale di recupero delle Liste di Attesa.

Gli elenchi del personale disponibile alla partecipazione al Piano di recupero sono già stati comunicati dai Direttori delle Unità Operative coinvolte nell'ambito del precedente Piano di recupero liste di attesa ante 2022, e regolarmente aggiornati in caso di integrazioni.

2. RECALL, PULIZIA DELLE LISTE E TRASFERIMENTO PRESSO ALTRE STRUTTURE DELLA A.T.G.

Il Recall è un'attività programmata e sistemica che si aggiunge all'attività di gestione quotidiana di scorrimento delle liste di attesa (chiamata alla pre-ospedalizzazione e/o intervento, prestazioni di specialistica ambulatoriale, invito alle attività di screening), in quanto, in seguito all'azione di recall, si definisce la domanda reale di prestazioni da recuperare. Si tratta quindi di un'attività propedeutica alla programmazione i cui esiti, permettono di realizzare la programmazione Aziendale. In tale accezione il recall assume caratteristiche prioritarie. Il recall deve essere eseguito periodicamente dalle Unità Operative di

competenza, in linea con quanto previsto dal "Regolamento Aziendale Gestione Liste di Attesa" revisione 2, adottato con Delibera n.2023/1182.

Il "recall" ha l'obiettivo di:

- a. confermare o anticipare la prenotazione: durante l'azione di recall, l'utente, informato rispetto ai tempi e/o alle possibili modalità alternative di anticipare la prestazione (anche proponendo una sede Aziendale diversa da quella scelta), può decidere di confermare o anticipare l'effettuazione della/e prestazione/i, in questo ultimo caso bisognerà avviare la procedura per attivare la nuova prenotazione su GILIA (si veda paragrafo successivo);
- b. cancellare la prenotazione per volontà dell'utente: durante l'azione di recall, se l'utente, manifesta la propria volontà di rinunciare alla prestazione, bisognerà avviare la procedura per la cancellazione;
- c. cancellare la prenotazione in caso di irreperibilità dell'utente: durante l'azione di recall, se l'utente risulta irreperibile per due volte consecutive, in giorni e orari diversi, bisognerà avviare la procedura per la cancellazione.

La pulizia delle liste di attesa è un processo che si serve dello strumento del recall, sulla base delle indicazioni fornite dai Direttori di Unità Operativa, e secondo le fattispecie indicate al punto 3 della direttiva di cui alla nota prot. n.44702 dell'11 agosto 2023.

La pulizia delle liste serve ad ottenere:

- a. numero utenti che desiderano rimanere in lista;
- b. numero utenti che desiderano rimanere in lista e accettano la proposta di una sede alternativa;
- c. numero utenti irreperibili 2 volte;
- d. numero utenti che rifiutano l'intervento (anche in sedi alternative);
- e. numero utenti deceduti;
- f. numero utenti che hanno già effettuato la prestazione.
- g. numero utenti da indicare come "sospeso", ovvero pazienti inseriti in lista ma che per varie motivazioni non possono a breve sottoporsi a intervento chirurgico (completamento iter diagnostico-terapeutico, sopraggiunte esigenze personali, ecc).

In tal caso l'U.O. dovrà indicare la data presunta di reinserimento in lista, al fine di consentire al personale dell'Accettazione Medica di cambiare lo status del paziente e di riammetterlo nella lista corrente.

L'obiettivo finale dell'azione di pulizia delle Liste di Attesa è quello di mantenere in lista solo gli utenti attivi disponibili ad effettuare la prenotazione concordata.

La bonifica delle liste di attesa chirurgiche sugli applicativi informativi è un'operazione necessaria per il raggiungimento degli obiettivi del presente Piano.

Il trasferimento presso altre strutture della A.T.G. deve avvenire secondo le indicazioni fornite dalla Direttiva per l'attuazione dell'aggiornamento del Piano Operativo regionale di recupero delle liste di attesa adottato con deliberazione della Giunta regionale di Governo n 317 del 27 luglio 2023, di cui alla nota prot. n.44702 dell'11 agosto 2023, e di tutte le indicazioni operative impartite anche nel precedente piano di recupero liste di attesa, in particolar modo:

- I Direttori di UU.OO. interessate, sono stati invitati ad indicare, per singola posizione in lista, i pazienti da poter inviare ad altre strutture sanitarie, compatibilmente con le caratteristiche cliniche, comorbidità e tipologia di intervento chirurgico da effettuare, secondo il meccanismo della mobilità dei pazienti all'interno della rete di offerta assistenziale dell'ATG (Ambito Territoriale di Garanzia).

- I Direttori di UU.OO. devono inoltre integrare tutte le posizioni in lista con i dati di codici diagnosi e procedura ICD9CM, laddove mancanti, al fine da garantire la costruzione del dataset minimo richiesto dall'Assessorato della Salute per l'alimentazione della piattaforma GILIA.

- Una volta acquisito l'elenco dei pazienti "trasferibili", il Data Manager provvede al caricamento sulla piattaforma GILIA.

• Il personale di supporto individuato nell’ambito del Gruppo di lavoro di supporto alle RETI ARP avrà cura di verificare sulla piattaforma GILIA la disponibilità delle procedure chirurgiche presso le Case di Cura dell’A.T.G. o in subordine dell’intero territorio regionale, e ad effettuare un recall dei pazienti trasferibili per acquisire l’eventuale disponibilità ad essere trattato presso altra struttura sanitaria secondo le modalità indicate nella Direttiva Regionale 44702/2023.

Le operazioni di recall devono essere ultimate entro i tempi stabiliti dai componenti della Rete ARP secondo le esigenze aziendali, e in relazione alla disponibilità su GILIA di procedure chirurgiche “messe a disposizione” da parte delle Case di Cura. Nell’assegnazione del carico di lavoro a ciascun componente del gruppo di supporto, si cercherà per quanto possibile di mantenere una equilibrata distribuzione del carico lavorativo, in un’ottica di ottimizzazione della gestione delle liste assegnate a ciascun collaboratore.

Il gruppo di supporto nell’espletamento delle attività assegnate, deve garantire la massima tracciabilità e condivisione tra tutti i componenti delle attività svolte, per evitare inutili sovrapposizioni; a tal fine si riassumono di seguito i vari passaggi delle attività da realizzare, per uniformare le modalità operative del gruppo di supporto:

1) Ciascun operatore deve consultare la lista dei pazienti trasferibili su GILIA, ognuno per l’U.O. di propria competenza;

2) una volta contattato il paziente, le possibilità sono le seguenti:

DECISIONE PAZIENTE	GILIA	HERO
Decide di scegliere struttura ATG	Si genera il PIN	Si mantiene su HERO nello stato “SOSPESO”, aggiornando le note
Decide di rimanere in lista ARNAS	Si cancella da GILIA	Si mantiene su HERO aggiornando le note
Non disponibile struttura esterna per la diagnosi del pz.	Dalla lista dei trasferibili deve essere spostato alla lista dei pz da mantenere in struttura	Si mantiene su HERO aggiornando le note
Rifiuta ricovero (non più interessato o già operato, non a due tentativi di chiamata)	Si cancella su GILIA	Si cancella su HERO

3) Ciascuno di questi passaggi deve essere aggiornato su un file excel condiviso già in uso tra i vari operatori.

4) I pazienti avviati ad altre strutture che però non vengono presi in carico, vanno ricontattati per essere assegnati a nuova struttura

5) Il personale addetto alle operazioni di recall deve trasmettere quotidianamente al data manager l’elenco dei pazienti che vanno cancellati per rifiuto o per mantenimento in lista ARNAS, al fine di consentire la modalità di cancellazione massiva su GILIA.

È INDISPENSABILE che a ciascuna operazione su GILIA, debba corrispondere una operazione sulle gestionali liste di attesa Hero, al fine di mantenere allineati i dati sulle due piattaforme.

Per quanto non espressamente previsto dal presente Piano, si rimanda al manuale operativo di GILIA e al Piano di Recupero liste di attesa emanato dalla Regione.

3. ORGANIZZAZIONE DEGLI SLOT CHIRURGICI

Al fine di consentire il totale recupero delle prestazioni chirurgiche entro i tempi indicati dal Piano Regionale, è prioritario organizzare sedute di sala operatoria supplementari rispetto a quelle programmate e, laddove richiesto, prevedere il recupero degli interventi in lista al 31/12/2024 anche nelle sedute ordinarie.

La riprogrammazione delle prestazioni viene effettuata anche tenendo conto delle aree di maggiore criticità rilevate dalla stima di fabbisogno.

Si tenga inoltre presente che, nella gestione complessiva delle azioni previste in questo Piano Operativo, è fondamentale:

- revisionare l'attribuzione delle classi di priorità;
- revisionare la gestione complessiva delle sale operatorie sulla base dei principali criteri di efficientamento presenti anche in letteratura (es: anticipazione di inizio intervento, riduzione degli intervalli di turnover, ottimizzazione dei tempi di posizionamento, efficientamento dell'utilizzo della pre-sala operatoria);
- ampliare l'utilizzo delle sale operatorie, chiaramente in base alle adesioni ricevute dal personale e al numero di prestazioni da recuperare;
- riorganizzare, in termini di utilizzo efficiente, le risorse interne a favore dell'attività di recupero delle prestazioni non erogate.

In atto il quadro delle sedute aggiuntive settimanali di sala operatoria per i due Presidi Ospedalieri ARNAS è pari a 21, suddivise tra le varie Unità Operative, con programmazione dal lunedì al venerdì, dalle 08:00 alle 14:00 e dalle 14:00 alle 20:00.

4. EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DA RECUPERARE

Ciascun Direttore di Unità Operativa, così come indicato con nota prot. n.14289/24 del 25/06/2024 entro le ore 12:00 del giorno antecedente la seduta chirurgica dovrà inviare al Responsabile Coordinamento Sale Operatorie il programma operatorio, completo di tutte le informazioni previste normalmente in lista operatoria. Non sono accettate schede in cui non sia indicato il codice di procedura chirurgica ICD9 CM, il relativo tempo di occupazione della sala operatoria e la data di inserimento in lista. Relativamente ai criteri da adottare per definire l'ordine di priorità delle prestazioni da recuperare, bisogna dare priorità agli interventi chirurgici classificati come maggiori.

A parità di categoria, va privilegiata la classe di complessità e, in secondo ordine, la classe di priorità. Nel caso in cui sussista ancora equivalenza, si terrà conto della data di prenotazione, dando precedenza alle prenotazioni con data antecedente alle altre.

MONITORAGGIO

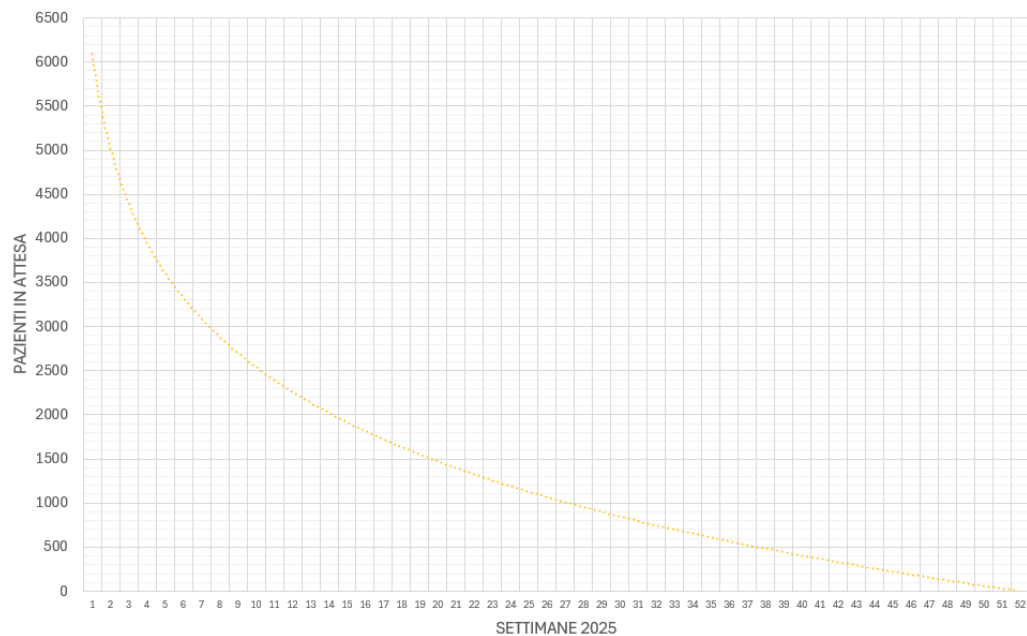
Il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi e dell'eventuale scostamento avviene quotidianamente, mediante l'aggiornamento dei dati sul gestionale Liste di attesa Hero e sulla piattaforma GILIA a cura della RETE ARP, che trasmette altresì alla Direttore Strategica con cadenza settimanale il report aggiornato in cui vengono indicati, per ciascuna Unità Operativa, i seguenti dati:

- Num. utenti in attesa di prericovero.
- Num. utenti in prericovero.
- Num. pazienti con prericovero ultimato.
- Num. pazienti accettati.
- Num. pazienti annullati.
- Num. pazienti sospesi.
- Num. pazienti in proposta di ricovero.
- Num. pazienti pronti al ricovero.
- Totale pazienti al 10/01/2025 (tempo zero).
- Num. pazienti che non hanno accettato il trasferimento.
- Num. totale pazienti attivi in lista, (esclusi gli accettati, gli annullati e i sospesi).
- Num. totale pazienti da progetto.

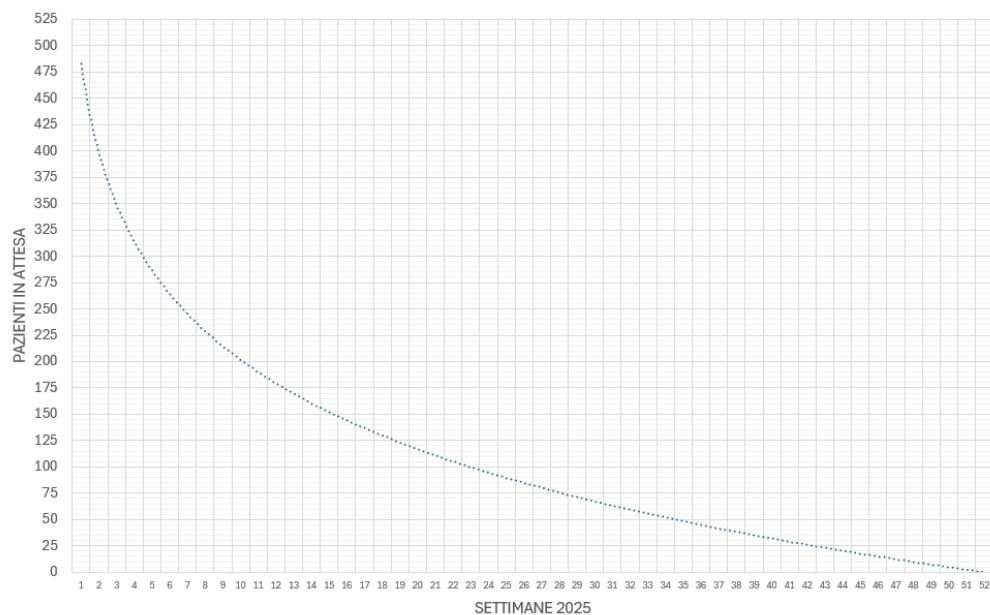
Inoltre, l'azienda avrà cura di rendicontare all'Assessorato il raggiungimento degli obiettivi, mediante i report che periodicamente sono richiesti.

In allegato al presente documento si riporta il Diagramma di Gantt (allegato 1) con il dettaglio dello stato di avanzamento del Piano, tenendo conto di stime trimestrali calcolate ipotizzando un andamento logaritmico, come indicato nelle seguenti figure:

AZZERAMENTO LISTE ATTESA P.O. CIVICO



AZZERAMENTO LISTE ATTESA P.O. DI CRISTINA



RENDICONTAZIONE ATTIVITA' DA PARTE DELLE UNITA' OPERATIVE

Il format utilizzato per il monitoraggio già in uso, costituisce lo strumento per effettuare la rendicontazione delle attività finalizzate alla loro liquidazione, unitamente al riepilogo mensile delle presenze di ogni operatore impegnato nella realizzazione del Piano.

Il format dovrà essere corredato delle copie dei registri operatori degli interventi rendicontati, e comprende le seguenti voci:

- Unità Operativa.
- Matricola Operatore Presente nella seduta operatoria.
- Cognome e nome operatore.
- Qualifica Operatore (bloccato su chirurgo, anestesista, infermiere, tecnico radiologia).
- Codice UO Appartenenza Operatore (bloccato sui cdc aziendali).
- Numero Registro Operatorio.
- Codice UO chirurgica (bloccato sui cdc che hanno assegnati slot per le prestazioni aggiuntive).
- Data Intervento.
- Slot Operatorio (bloccato su Mattina, Pomeriggio).
- Nosologico.
- Regime Ricovero.

La Rete ARP avrà cura, inoltre, di rendicontare trimestralmente (entro 10 giorni dalla conclusione del trimestre) attraverso la piattaforma regionale telematica "GILIA", secondo quanto previsto dal Decreto Assessoriale n.453/2024.

REMUNERAZIONE DEL PERSONALE

Per la corretta gestione amministrativa delle prestazioni, è necessario che il personale interessato effettui la timbratura con causale "prestazione aggiuntiva" sia all'inizio che al termine del turno assegnato.

Ai Direttori delle UO interessate dal programma di cui trattasi si richiede di trasmettere mensilmente alla UOC Risorse Umane l'elenco del personale, dirigente e non, che ha effettuato la prestazione con l'indicazione dell'orario svolto.

Si raccomanda di timbrare nell'arco temporale di effettiva prestazione (ad es. 8:00 - 20:00) evitando, ove possibili timbrature anticipate o posticipate, utilizzando la causale 10: PS/CHIR. Si sottolinea l'importanza della corretta tenuta del "cartellino presenza" anche al fine di evitare erronee rilevazioni di debito orario e si riportano di seguito i casi in cui i dirigente/dipendenti non potranno svolgere orario aggiuntivo:

- con giorni di malattia nel mese di riferimento, antecedenti alla prestazione;
- in regime di part-time;
- che fruiscono dei permessi mensili ex L. n. 104/92;
- in debito orario nell'anno in corso;
- nei giorni di:
 - congedo ordinario;
 - astensione per maternità o congedi parentali;
 - congedo per rischio radiologico.

Le prestazioni aggiuntive erogate dal personale preposto all'erogazione diretta della prestazione chirurgica, verranno remunerate secondo le tariffe dei vigenti CC.NN.LL.

Per quel che concerne il personale afferente al gruppo di lavoro di supporto alle Reti ARP impegnato nell'attività di "recall", pulizia delle liste, revisione dinamica ed altre attività di supporto, la causale timbratura da utilizzare è: 9 PSN/PROGETTO AZIENDALE.

Si specifica che il monte orario svolto dal personale di supporto, esula dal lavoro in regime di straordinario, ma rientra nell'ambito del Piano di Recupero liste di attesa.

La remunerazione di tali attività verrà effettuata secondo modalità da definire secondo le indicazioni fornite dall'Assessorato.

La remunerazione della quota incentivante è strettamente correlata al raggiungimento degli obiettivi. La liquidazione delle attività svolte sarà effettuata con una delibera di liquidazione che identificherà i costi effettivi, comunque nei limiti della dotazione finanziaria prevista dal D.A. n.453/2024.

FINANZIAMENTO

La programmazione degli slot chirurgici terrà conto del costo unitario di ciascun slot di 6 ore, pari ad euro 2.700 (come da nota assessoriale prot. 14447 del 26/03/2024).

Per le attività previste dal presente Piano, verranno utilizzati sia i fondi residui del finanziamento assegnato con Decreto Assessoriale 453/2024, per un importo stimato pari ad euro 240.097,90 e la cui esatta entità sarà comunque verificata a chiusura del bilancio aziendale anno 2024, sia i fondi assegnati a questa Azienda con il Decreto Assessoriale n. 21 del 13/01/2025, pari a €1.438.706,12. La programmazione delle prestazioni aggiuntive relative agli slot chirurgici, con l'indicazione del numero di slot/Unità Operativa interessata, sarà oggetto di successivo provvedimento.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Responsabili Azioni	Direzione Strategica	Direttore U.O.	Accettazione	Data Manager	Gruppo di lavoro ARP	RETE ARP	ARU	Responsabile S.O.
Istituzione Rete ARP e Gruppo di lavoro ARP	R							
Individuazione personale medico/infermieristico che aderisce al piano di recupero		R						
Recall pazienti		R						
Aggiornamento e pulizia lista di attesa			R					
Individuazione pazienti trasferibili alle strutture A.T.G. tramite piattaforma GILIA		R						
Aggiornamento piattaforma GILIA				R				
Proposta trasferimento struttura A.T.G. ai pazienti					R			
Organizzazione slot chirurgici in incentivazione		R						C
Monitoraggio raggiungimento obiettivi	R	R				R		C
Rendicontazione		R						C
Remunerazione personale							R	

2.1.1 Obiettivi Generali

Con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n.322/Serv.1/SG del 21/06/2024 sono stati assegnati gli obiettivi Aziendali Generali, di Salute e di Funzionamento dei Servizi per gli anni 2024-2026.

- a) **Equilibrio economico di bilancio** in relazione alle risorse negoziate con l'Assessore per la salute della Regione Siciliana (art.20 comma 4 della l.r. n.5/2009 e ss.mm.ii).
- b) **Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA)**, predisposto in attuazione del Piano Nazionale delle Liste di Attesa di cui all'art.1, comma 280 della legge n.266 del 23 dicembre 2005 (PNGLA), al fine del rispetto dei tempi ordinari di attesa:

- predisposizione entro 30 giorni dall'insediamento, e successivamente entro il 31 gennaio di ogni anno, di un Piano Operativo di Governo e di recupero e di recupero delle liste di attesa;

Categoria di prestazioni da recuperare	Indicatori di Performance
Ricoveri chirurgici da PNGLA	➤ 70% dei ricoveri relativi alla data di riferimento del piano o successivo aggiornamento
Prestazioni ambulatoriali da PNGLA	➤ 80% delle prestazioni ambulatoriali rilevate alla data di riferimento del piano o successivo aggiornamento

- c) **Osservanza delle politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa** con particolare riguardo:
- al **tetto per la spesa del personale** assegnato all'Azienda ai sensi del comma 584 dell'art.1 della legge 23 dicembre 2014 n.190 che, modificando il comma 3 dell'art.17 del decreto-legge 6 luglio 2011 n.98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011 n.111 ha esteso fino al 2020 le misure di cui ai commi 71 e 72 dell'art. 2 della legge n.191/2009;
 - al **programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato**, da redigere nel rispetto dell'art.9 comma 28 del DL 31 maggio 2010 n.78, convertito dalla legge 30 luglio 2010 n.122, secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso, che corredato da apposita relazione, dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assessorato;
 - al rispetto della normativa vigente di cui al Codice dei Contratti Pubblici in materia di **acquisto di beni e servizi**;
 - all'**acquisto di beni e servizi** nel rispetto della normativa vigente, di cui al codice dei contratti;
 - all'assistenza **farmaceutica territoriale/ospedaliera** che sarà valutata in funzione delle risorse definite in sede di negoziazione.
- d) **Missione 6 – Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR):**
- rispetto del 100% delle azioni previste dal Piano rispetto al cronoprogramma;
 - soddisfacimento del debito informativo nei confronti del Ministero della Salute in qualità di soggetto attuatore;
- e) **Osservanza degli obblighi in materia di “Flussi Informativi”**, sia di istituzione nazionale che regionale, con particolare riguardo al rispetto dei tempi di trasmissione, della qualità del dato, anche in termini di coerenza con altre fonti informative, e di completezza, avendo riguardo tanto alle strutture di competenza dell'azienda che alla periodicità di ciascun file secondo criteri di valutazione specificati dall'Assessorato.
- f) **Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione** con specifico riferimento ai rischi corruttivi in sanità nonché degli obblighi di trasparenza di cui al decreto legge 14 maggio 2013

n.33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016 n.97, al fine di rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per i cittadini, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare in modo sia aggregato che analitico.

- g) **Osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in materia di libera professione intramuraria** ai sensi dell'art.1 comma 7 della legge 3 agosto 2007 n.120 e smi.
- h) **Rispetto dei tempi di pagamento** secondo le previsioni dell'art.1, comma 865 della legge 30 dicembre 2018, n.145.

2.1.2 Obiettivi Specifici

La soglia minima di raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi è fissata al 60%; il mancato raggiungimento di tale soglia comporta la decadenza dell'incarico ai sensi dell'art.20, comma 6, della L.r. n.5/09.

Area Obiettivo	Peso
1. Liste di Attesa - Monitoraggio e Garanzia dei Tempi di Attesa	10
2. Esiti	
<i>Frattura del femore</i>	4
<i>Parti Cesarei</i>	4
<i>Tempestività PTCA nei casi di IMA STEMI</i>	4
<i>Colecistectomia Laparoscopica</i>	4
3. Rispetto degli Standard di Sicurezza dei Punti Nascita	8
4. Pronto Soccorso - Gestione del Sovraffollamento	8
5. Screening Oncologici	
<i>tumore della cervice uterina</i>	1
<i>tumore della mammella</i>	1
<i>tumore del colon retto</i>	1
6. Donazione organi e raccolta sangue	9
7. Fascicolo Sanitario Elettronico	8
8. Percorso di Certificabilità	3
9. Approvvigionamento farmaci e Gestione I ciclo	5
10. Area della Performance	
<i>Ospedaliera</i>	18
<i>Territoriale</i>	12
totale	100

1. Liste di Attesa - Monitoraggio e Garanzia dei Tempi di Attesa			
		peso	
Sub-Ob1	raggiungere la totalità dell'offerta pubblica e privata accreditata negli ambiti territoriali di garanzia tramite i CUP delle aziende sanitarie	5	atteso
indicatore	n.prestazioni ambulatoriali di I accesso (dato CUP)/ n.prestazioni I accesso erogate (flusso C)		100%
Sub-Ob2	favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	5	atteso
indicatore 1	n.agende dedicate a PDTA Aziendali		> 10
indicatore 2	n. prestazioni di controllo prescritte direttamente dallo specialista ambulatoriale		> 10% rispetto all'anno precedente (n.26280)
indicatore 3	n. prestazioni di controllo prescritte da MMG/PLS		< 20% rispetto all'anno precedente

2. Esiti		peso	atteso	Note1	Note2
Sub-Ob1	Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni entro un intervallo di tempo di 0-2 gg	4			
indicatore	interventi effettuati entro 0-2 gg dal ricovero /n. totale di casi frattura femore in paz over 65 aa		96%	media delle migliori 20 strutture italiane (fonte PNE)	raggiungimento ob a partire dal 60%; ob non raggiunto se valore uguale o inferiore a 60%; grado raggiungimento misurato dal 60% in funzione lineare
Sub-Ob2	Parti cesarei; riduzione dell'incidenza di parti cesarei su parti di donne non pre-cesarizzate;	4			
indicatore	parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / totale parti di donne con nessun pregresso cesareo		20%	abbattimento lineare dal 30% al 20%	il raggiungimento dell'ob sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto fra il valore del 30% (soglia media PNE Agenas) e il 20%.
Sub-Ob3	Tempestività PTCA nei casi di IMA STEMI: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo di 90 min;	4			
indicatore	PTCA effettuate entro 90 min dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI/n. Totale IMA STEMI		82%	media delle migliori 20 strutture italiane (fonte PNE)	raggiungimento ob a partire dal 60%; ob non raggiunto se valore uguale o inferiore 60%; grado raggiungimento misurato dal 60% in funzione lineare
Sub-Ob4	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg;	4			
indicatore	n. ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg/n. totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica		96%	media delle migliori 20 strutture italiane (fonte PNE)	raggiungimento ob a partire dal 70%; ob non raggiunto se valore uguale o inferiore 70%; grado raggiungimento misurato dal 70% in funzione lineare

3. Rispetto degli Standard di Sicurezza dei Punti Nascita			
		peso	atteso
obiettivo	Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR	8	100%
indicatore	presenza di personale ostetrico, ginecologico, anestesilogico, pediatrico/neonatologica h24		
	garanzia di esami di laboratorio, radiologia, emotrasfusionale h24		
	SO disponibile h24 per emergenze ostetrico-ginecologiche		

4. Pronto Soccorso - Gestione del Sovraffollamento				Note1
		peso	atteso	
1.indicatore TMP	tempo massimo dal triage alla dimissione <= 8h (esclusi esiti 6 e 7)	5,6	> = 85%	TMP compreso fra 75 e 85% raggiungimento 50% TMP < 75% ob non raggiunto
2. indicatore boarding	Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero maggiore di 44 ore	2,4	< = 2%	fra 2 e 4% raggiungimento ob al 50% > 4% ob non raggiunto

5.Screening Oncologici			
	tumore della cervice uterina	peso	atteso
indicatore 1	prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP direttamente sul programma gestionale dell'ASP	1	si
indicatore 2	partecipazione al PDTA screening e individuazione del referente clinico		si
indicatore 3	n.prestazioni di approfondimento richieste dall'ASP eseguite/n.prestazioni di approfondimento richieste dall'ASP		100%
indicatore 4	registrazione di tutti i dati dei casi inviati dall'asp per approfondimento o terapia direttamente sul programma gestionale degli screening		100%
	tumore della mammella		
indicatore 1	prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP direttamente sul programma gestionale dell'ASP	1	si
indicatore 2	partecipazione al PDTA screening e individuazione del referente clinico		si
indicatore 3	n.prestazioni di approfondimento richieste dall'ASP eseguite/n.prestazioni di approfondimento richieste dall'ASP		100%
indicatore 4	registrazione di tutti i dati dei casi inviati dall'asp per approfondimento o terapia direttamente sul programma gestionale degli screening		100%
	tumore del colon retto		
indicatore 1	prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP direttamente sul programma gestionale dell'ASP	1	si
indicatore 2	partecipazione al PDTA screening e individuazione del referente clinico		si
indicatore 3	n.prestazioni di approfondimento richieste dall'ASP eseguite/n.prestazioni di approfondimento richieste dall'ASP		100%
indicatore 4	registrazione di tutti i dati dei casi inviati dall'asp per approfondimento o terapia direttamente sul programma gestionale degli screening		100%

6. Donazione organi e raccolta sangue		peso	2025
indicatore 1	Istituzione Coordinamento Locale Aziendale Procurement Organi e Tessuti con assegnazione incarico altissima specialità per il Coordinatore Locale Aziendale e l'individuazione di un infermiere dedicato al procurement	0,9	si
indicatore 2	n.accertamenti di morte con criterio neurologico / n.decessi aziendali per grave neurolesione	2,7	100% se rispetto al 2023 se >15%; 80% se rispetto al 2023 se <15%; 50% se rispetto al 2023 se <10%; non raggiunto se < 7%
indicatore 3	tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%	2,7	
indicatore 4	incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere, a cuore fermo e a cuore battente) non inferiore al 30%	1,8	100% se rispetto al 2023 se >=20%; 80% se rispetto al 2023 se <15%; 50% se rispetto al 2023 se <10%; non raggiunto se < 7%
indicatore 5	organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione	0,9	

7. Fascicolo Sanitario Elettronico		2025
Indicatore 1	documenti indicizzati/n.prestazioni erogate	> 65%
<i>Indicatore di Alimentazione IA1.1</i>	n.relazioni dimissione indicizzate/n. ricoveri	> 65%
<i>Indicatore di Alimentazione IA1.2</i>	n.verbali PS indicizzati/n.accessi PS	> 65%
<i>Indicatore di Alimentazione IA1.3</i>	n. referti laboratorio indicizzati/n.prestazioni laboratorio erogate	> 65%
<i>Indicatore di Alimentazione IA1.4</i>	n. referti radiologia indicizzati/n.prestazioni radiologia erogate	> 65%
<i>Indicatore di Alimentazione IA1.5</i>	n. referti specialistica ambulatoriale indicizzati/n.prestazioni specialistica ambulatoriale erogate	> 65%
<i>Indicatore di Alimentazione IA1.6</i>	n. referti anatomia patologica indicizzati/n.prestazioni anatomia patologica erogate	> 65%
Indicatore 3	n.documenti in CDA2/n.documenti indicizzati	> 90%
Indicatore 4	n.documenti firmati in PADES/n.documenti indicizzati	> 90%

8. Percorso di Certificabilità		30/06/2025	31/12/2026
indicatore 1	istituzione di una funzione di internal audit esclusiva, indipendente, strutturata ed obbiettiva finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo contabile aziendale	si	si
indicatore 2	piena attuazione delle procedure aziendali adottate e adeguatamente aggiornate dagli Enti del SSR per il raggiungimento degli obiettivi e delle azioni PAC relativi a ciascuno dei cicli e delle aree di bilancio	conseguimento della certificabilità dei dati e dei bilanci degli enti del SSR quale conseguenza del raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali previsti dal DM 1 marzo 2023	
indicatore 3	certificazione dei bilanci aziendali		conseguimento certificazione bilancio aziendale

9. Approvvigionamento farmaci e Gestione I ciclo		peso	atteso
Sub-Ob1	garantire il recepimento delle risultanze delle procedure aggiudicate dalla CUC entro 10 gg dalla data di trasmissione del decreto di aggiudicazione	2,5	
indicatore	procedure adottate dalla azienda sanitaria/ procedure aggiudicate dalla CUC >= 0.95		>=95%
Sub-Ob2	ottimizzazione della gestione del I ciclo di terapia a pazienti dimessi	2,5	
indicatore	n.prestazioni I ciclo/n.dimessi		>=80%

10. Area della Performance				
Area Assistenza Territoriale		peso		
Scheda Indicatore D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco.	2		
Scheda Indicatore D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite.	2		
Scheda Indicatore D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	5		
Scheda Indicatore D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	3		
Area Assistenza Ospedaliera		peso		atteso
Scheda Indicatore H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui.	4		156
Scheda Indicatore H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	4	Numeratore: N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriately secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato". Denominatore: N. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriately in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato".	14%
Scheda Indicatore H16S	Frequenza di infezioni post-chirurgiche	10	Numeratore: Numero di dimissioni chirurgiche con codice ICD-9-CM per sepsi presente in un campo di diagnosi secondaria durante l'episodio chirurgico e in un qualsiasi campo di diagnosi durante una riammissione entro 30 giorni dall'episodio chirurgico (data dell'intervento chirurgico principale). Se la data dell'episodio chirurgico non è disponibile, entro 30 giorni dalla data di ricovero (per il primo episodio chirurgico). Denominatore: tutte le dimissioni chirurgiche di pazienti di età 15 anni e più.	0,60%

Gestione del capitale intellettuale e sviluppo delle competenze

- sviluppare le competenze e le conoscenze tecnico-professionali del personale dell'Azienda attraverso la rilevazione dei bisogni formativi e redazione del Piano Formativo;
- facilitare l'acquisizione dei crediti formativi attraverso l'accreditamento del Provider ECM.

Stakeholder: *i medici e tutto il personale dell'Azienda nonché gli enti che si occupano di formazione e il valore pubblico da incrementare è di tipo sociale ed economico.*

Pari Opportunità

Le pari opportunità sono un principio giuridico inteso come l'assenza di ostacoli alla partecipazione economica, politica e sociale di un qualsiasi individuo per ragioni connesse al genere, religione e convinzioni personali, razza e origine etnica, disabilità, età, orientamento sessuale o politico.

Sono obiettivi aziendali:

- rilevare la qualità del benessere organizzativo aziendale;
- favorire gli scambi e la solidarietà intergenerazionale;
- realizzare interventi informativi, anche nell'ambito del network nazionale dei CUG, sul tema della mediazione dei conflitti, della valorizzazione delle differenze e del benessere organizzativo;
- promuovere la cultura di genere;
- sensibilizzare sul tema delle molestie e delle molestie sessuali e connesso contrasto.

Stakeholder: personale dell'Azienda e il valore pubblico da incrementare è di tipo sociale.

Piano di Uguaglianza di Genere 2024-2026

Con deliberazione n.1730 del 22/12/2022 del Direttore Generale è stato costituito il **Gruppo di Lavoro Aziendale per il Gender Equality Plan (GEP)** costituito da professionalità Aziendali afferenti tanto ad Aree Sanitarie quanto ad Aree Amministrative con l'obiettivo di effettuare le analisi propedeutiche alla stesura del Piano per l'Equità di Genere. Con Deliberazione n.1875 del 19/12/2023 è stato adottato il Piano di Uguaglianza di Genere 2024-2026 del quale si riporta un estratto.

Il Piano per l'Equità di Genere (GEP, Gender Equality Plan) costituisce uno strumento finalizzato a pianificare, sviluppare e monitorare in maniera organica e strutturata gli obiettivi di equità di genere.

L'AZIENDA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE CIVICO, DI CRISTINA, BENFRATELLI (ARNAS-CIVICO)

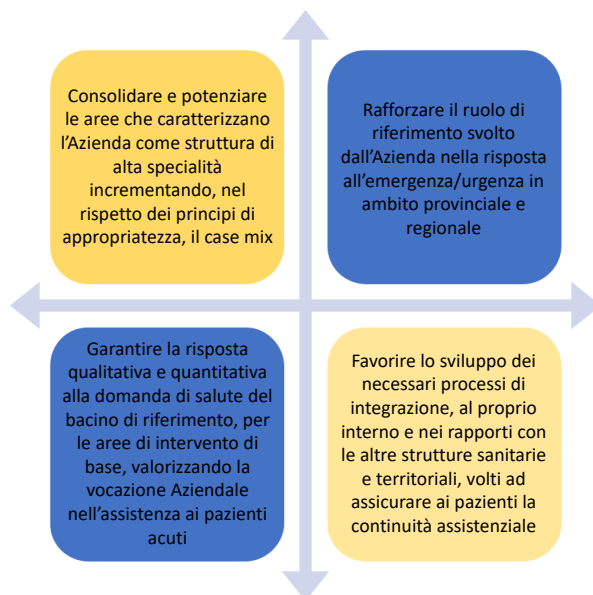
L'ARNAS-Civico si propone di rafforzare il suo ruolo attraverso l'impegno mirato e costante finalizzato al miglioramento dell'assistenza, come illustrato in Figura.

Obiettivi di miglioramento della qualità assistenziale e della posizione di eccellenza dell'ARNAS-Civico di Palermo nello scenario sanitario regionale:



Pertanto, le scelte e gli obiettivi strategici dell'ARNAS-Civico sono rivolti da una parte a migliorare lo status di centro sanitario dedicato ai trattamenti di elezione e di elevata complessità, soprattutto in ambito oncologico e cardiologico, dall'altra a potenziare l'attività legata all'emergenza-urgenza, differenziandone e facilitandone i percorsi. Al fine di implementare quanto previsto dalla programmazione Regionale, interaziendale ed aziendale, lo sforzo dei professionisti dell'ARNAS-Civico è indirizzato verso obiettivi prioritari condivisi, come illustrato in Figura di seguito.

Obiettivi di miglioramento della qualità assistenziale e della posizione di eccellenza.

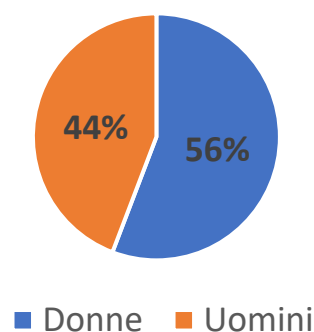


PARITÀ DI GENERE ALL'ARNAS-CIVICO: LO STATO DELL'ARTE

L'elaborazione del **Piano per l'Uguaglianza di Genere dell'ARNAS-Civico** di Palermo nasce da un'analisi di contesto che riguarda: (a) la composizione di genere del personale dipendente, sia di quello dirigenziale che del comparto, in tutti gli aspetti considerati (ruolo, attribuzioni di incarichi, fruizione di permessi e congedi, modifica del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale e attività di formazione svolte); (b) l'analisi del trattamento salariale; (c) l'ambito del benessere e welfare; (d) la prospettiva di genere nelle attività assistenziali, di ricerca e di disseminazione.

Distribuzione di genere nel personale dell'ARNAS-Civico di Palermo.

Complessivamente il personale dell'azienda mostra una distribuzione di genere equilibrata, con una leggera prevalenza del sesso femminile (56%) rispetto al maschile (44%), sia nella dirigenza (52%) che nel comparto (57%).



Analisi del trattamento salariale

Il trattamento salariale dei dipendenti dell'azienda ARNAS-Civico è disciplinato dal Contratto Collettivo Nazionale Comparto Sanità, della Dirigenza e del Comparto. Al Comparto viene applicato il CCNL 2019 – 2021, che dedica il Titolo X alla disciplina del trattamento economico dei dipendenti, mentre, per la Dirigenza, in attesa del rinnovo del Contratto, si applica il CCNL triennio 2016-2018.

Al fine di valutare la sussistenza di un divario retributivo di genere è stata condotta un'indagine sulla Retribuzione Annuale Lorda (RAL) relativa all'anno 2022 del personale, valutata sulla base dello stipendio mensile lordo, tramite un'analisi dei dati disaggregati per genere. L'indagine ha interessato i diversi livelli di categorie contrattuali presenti, sia dirigenziali che del comparto. In particolare, dall'analisi effettuata sulla Dirigenza Medica e sulla Dirigenza SPTA, è emerso che non esiste alcuna differenza stipendiale tra uomo e donna per quanto riguarda l'ammontare dello stipendio base lordo mensile per la qualifica dirigenziale. Tuttavia, si registrano differenze stipendiali per quanto concerne le voci della R.I.A. (retribuzione individuale

di anzianità) e la parte variabile per l'incarico ad personam. E se da un lato la variazione della RIA non incide di fatto sull'analisi del differenziale di genere, in quanto il suo variare è correlato all'anzianità di servizio, dall'altro lato, il variare dell'indennità per incarico ad personam è connesso all'incarico rivestito dal Dirigente e dalla pesatura della Struttura che gli viene assegnata. Se si guarda, però, alle posizioni apicali di Direttori dei Dipartimenti Sanitari, per le quali è prevista una maggiorazione stipendiale per l'incarico, emerge il vero divario di genere, in quanto su nove Dipartimenti Sanitari, tutte le figure di Direttori sono ricoperte da uomini.

Per quanto concerne, invece, il personale del Comparto Sanità, i risultati ottenuti dall'analisi della situazione stipendiale dei dipendenti mostrano che non esiste un differenziale salariale di genere per i vari livelli contrattuali. Invero, secondo i dati raccolti, la retribuzione salariale prevista per le varie figure contrattuali è uguale per uomini e donne, per quanto riguarda lo stipendio base mensile lordo corrispondente all'area di inquadramento.

Una variazione stipendiale si registra, invece, per i titolari di incarichi di funzione organizzativa e professionale, che ricevono un'indennità aggiuntiva in base alla posizione ricoperta. Anche in questo caso si è ritenuto utile analizzare alcune delle posizioni organizzative assegnate al personale in servizio, al fine di valutare il differenziale tra uomo e donna assegnato all'incarico di funzione organizzativa.

Dall'analisi effettuata emerge come, su 83 posizioni organizzative esaminate, 50 posizioni siano assegnate a donne, mentre 33 a uomini.

Benessere e welfare

Si parla di welfare aziendale per indicare le iniziative, i beni ed i servizi che ogni azienda può rendere disponibili ai propri dipendenti per favorire il benessere e una sinergia ottimale tra vita privata e professionale.

Al fine di promuovere il benessere mentale di tutti i lavoratori è necessario intervenire sugli aspetti che influiscono sul benessere fisico e psicosociale e promuovere iniziative per migliorare il clima aziendale, come: (a) la riduzione al minimo dei lavori ripetitivi; (b) la formazione, per rendere le persone fiduciose nelle proprie capacità di gestire i compiti loro affidati; (c) l'equità nella ripartizione di premi, promozioni e opportunità di carriera; (d) la promozione della parità di genere; (e) il coinvolgimento dei lavoratori nei processi decisionali e organizzativi; (f) lo sviluppo di un piano di comunicazione aziendale.

Ricordiamo che il welfare aziendale è nato con l'obiettivo di promuovere il benessere dei lavoratori, sia fisico che mentale, e delle loro famiglie. Le ricadute positive che originano dalle azioni di welfare includono: (a) maggiore produttività e rendimento lavorativo; (b) riduzione dei costi associati all'assenza dal lavoro, infortuni o malattie; (c) minore turnover del personale; (d) immagine positiva aziendale; (e) miglioramento del morale e della motivazione personale.

Uno degli strumenti a disposizione delle Aziende sanitarie è fornito dall'articolo 89 del CCNL 2019/2021 "Welfare Integrato".

Esiste una stretta relazione tra il welfare aziendale e la parità di genere: sono state introdotte contrattualmente, infatti, delle misure di welfare a cui le aziende possono ricorrere, pensate per andare incontro alle esigenze non solo delle donne lavoratrici, per aiutare le persone a gestire il work-life balance, come le misure previste nell'articolo su citato.

Obiettivo prioritario dell'ARNAS Civico è quello di incrementare la produttività e non perdere il patrimonio di conoscenze in possesso delle proprie risorse umane, a causa per esempio di una bassa retribuzione o della difficoltà a bilanciare impegni personali e professionali.

Obiettivo prioritario dei dipendenti è veder riconosciute le proprie competenze e poter gestire nel miglior modo possibile vita privata e vita professionale, senza dover rinunciare all'una o all'altra, come più spesso avviene per le donne.

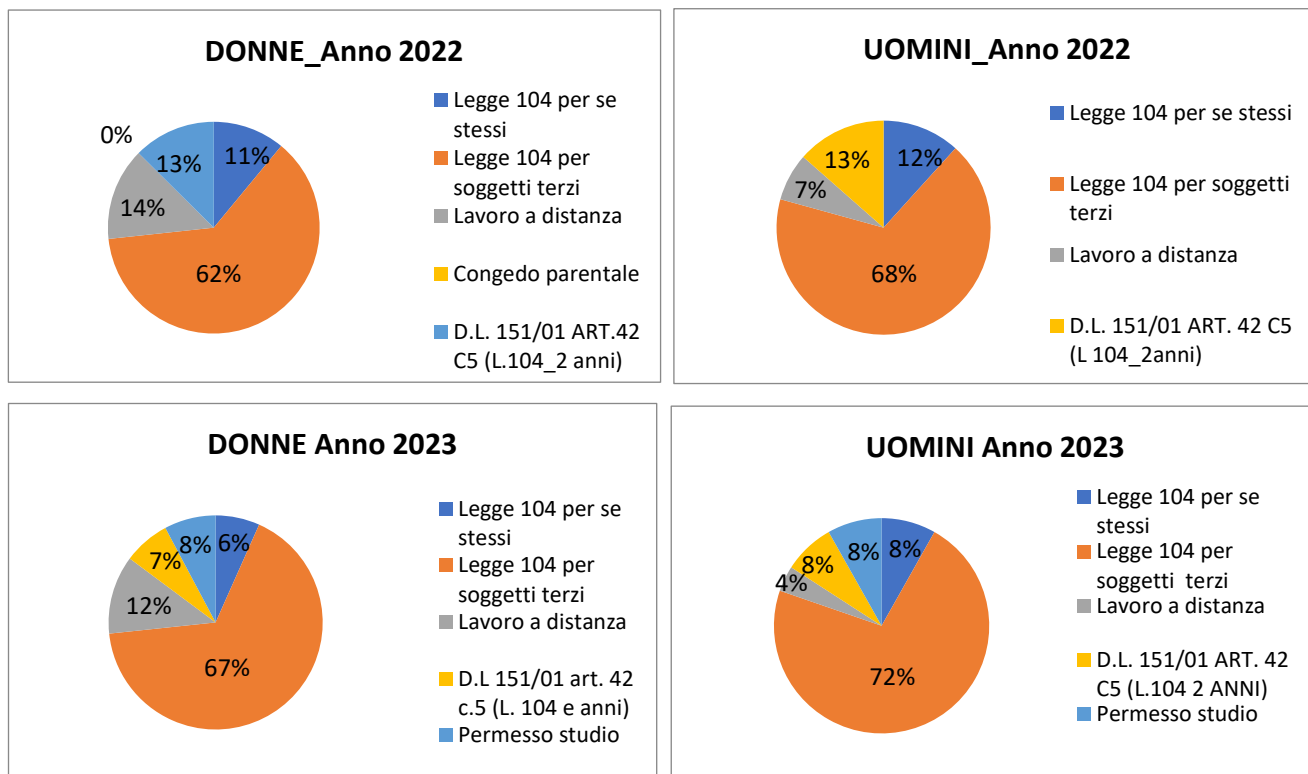
Siamo di fronte ad un cambiamento culturale in cui i valori della diversità e dell'inclusione diventano parte integrante dei processi e delle politiche gestionali e si traducono in comportamenti organizzativi quotidiani che favoriscono il rispetto e il supporto specifico.

Il processo di Gender Auditing relativo agli aspetti di benessere e welfare ha interessato la mappatura delle policy e dei servizi in vigore in azienda, per la conciliazione tra vita privata e lavoro e l'analisi in ottica di genere di utilizzo di tali misure.

Una prima verifica ha riguardato la ricognizione di procedure, progetti e regolamenti aziendali vigenti, utili a garantire il benessere dei lavoratori e delle lavoratrici. Si è proceduto poi, all'analisi dei dati che ha riguardato la proporzione di uomini e donne che usufruiscono di misure di welfare e conciliazione e che sono prevalentemente rappresentati dal congedo parentale, il lavoro a distanza, il regime part-time, l'adesione alla legge del 5 Febbraio 1992, n. 104, rubricata legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone disabili, i permessi studio.

Le risultanze delle analisi dei dati del personale che usufruisce delle misure sopraindicate, relative agli ultimi 2 anni, sono riportate nella Figura di seguito.

Distribuzione di genere della legge 104, lavoro a distanza e congedo parentale del personale ARNAS-Civico – Anno 2023 vs 2022.



Come si può osservare, la misura di welfare maggiormente utilizzata (fra il 62% ed il 72%) è quella della legge 104 per soggetti terzi per quei dipendenti che assistono un familiare disabile grave, parente o affine entro il 2° grado di parentela (o entro il 3° grado, in specifiche situazioni). Tale misura è percentualmente più utilizzata dagli uomini che dalle donne ed il confronto dei dati degli ultimi 2 anni dimostra un incremento percentuale della misura di circa il 5% in entrambi i generi.

Sul posto di lavoro, lo stress lavoro-correlato ed il mobbing, rappresentano aspetti fortemente connessi.

Lo stress lavoro-correlato si manifesta quando le richieste dell'ambiente di lavoro superano in modo significativo le capacità del lavoratore di affrontarle o di controllarle con risposte spesso inadeguate.

Il mobbing consiste, invece, in una forma di violenza psicologica e di comportamenti persecutori posti in essere sul luogo di lavoro, al fine di colpire e di emarginare la persona che ne è vittima. Gli elementi caratterizzanti di tale condotta sono l'intento vessatorio ed il carattere sistematico dell'azione, portata avanti in maniera mirata e prolungata nel tempo al fine di colpire una determinata persona.

Le ripercussioni sul lavoratore, specie se prolungate nel tempo, oltre agli effetti sulla salute, possono determinare alterazioni del benessere dell'individuo con sensibili alterazioni della qualità della vita familiare, sociale e lavorativa. Sul lavoro, in particolare, il lavoratore non si sente più in grado di rispondere alle aspettative richieste e rischia di sviluppare patologie psicosomatiche. Tra le categorie di lavoratori maggiormente esposti, rientrano quelli della sanità, in considerazione della tipologia di lavoro svolto, del carico stesso di lavoro, della turnazione, ecc....

Le conseguenze che ne derivano possono essere individuate in quelle appresso elencate:

(a) atteggiamenti di "fuga" dal lavoro (assenteismo, ritardo cronico; intolleranza del lavoro assegnato, difficoltà di attenzione e di concentrazione, ritardato rientro da periodi di ferie, permessi, ecc.);

(b) riduzione della performance (maggior numero di errori, risultati inadeguati, danneggiamento degli strumenti di lavoro, incapacità di completare il lavoro e di rispettare i termini di consegna, a livello manageriale riduzione delle capacità decisionali);

(c) difficoltà nelle relazioni interpersonali (rifiuto delle regole, scarsa comunicazione, scarsa socializzazione, competitività eccessiva, incapacità di collaborare con i colleghi, esagerata critica dei superiori, incapacità di motivare i subalterni, ansia, suscettibilità, aggressività, sfiducia).

I fattori orientativamente delineati ai precedenti punti a) b) e c), comportano, a loro volta, per l'Azienda, problemi organizzativi dovuti all'eccessivo turnover, nonché potenziali problemi sul piano disciplinare e dell'immagine. Per il lavoratore, invece, si traducono, spesso, in un aumento delle spese mediche necessarie a far fronte sia al disagio fisico che psichico cui è sottoposto.

Al fine di promuovere il benessere organizzativo, e nel rispetto delle previsioni normative, l'ARNAS Civico sta quindi procedendo alla **ricostituzione del Comitato Unico di Garanzia (CUG)** per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Il **CUG** è un organismo paritetico costituito da componenti di nomina sindacale e da componenti di nomina aziendale, in cui sono rappresentate tutte le professionalità dell'Azienda: mediche, sanitarie, professionali, tecniche ed amministrative, delle tre aree contrattuali della Dirigenza Medica, della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa e del Comparto.

Il CUG dell'ARNAS Civico persegue, tra le altre, le seguenti finalità:

- promuovere nell'ambiente di lavoro pari opportunità di genere e garantire l'assenza di qualsiasi forma di violenza morale e psicologica e di discriminazione;
- promuovere e diffondere una cultura orientata alle pari opportunità;
- favorire l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne sul lavoro attraverso le cosiddette "azioni positive" per le donne, al fine di rimuovere gli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità;
- promuovere iniziative per favorire la conciliazione tra vita privata e lavoro.

Violenza di genere

Nell'ambito del processo di integrazione avviato tra le Aziende sanitarie dell'Area Metropolitana di Palermo è stata definita la Procedura Unica Interaziendale "**Assistenza alle vittime di Violenza di Genere in Età Adulta**" (Dicembre 2013) quale primo livello di coinvolgimento del sistema salute fortemente raccomandato dall'OMS nel rapporto del 2013 sulla violenza contro le donne al fine di assicurare un'assistenza di qualità e garantire servizi di diagnosi e trattamento anche attraverso strumenti giuridicamente idonei, definendo inoltre la continuità assistenziale e di sostegno alla vittima di violenza di genere in stretta interconnessione con i servizi territoriali e con il privato sociale.

Come previsto dalla Circolare Regionale n.6 del 7 Marzo del 2014 ed ai sensi dell'art.1, commi 790 e 791 della Legge n. 208 del 28 Dicembre 2015 nasce la necessità di istituire un "**percorso di tutela delle vittime di violenza**", con la finalità di tutelare le persone vulnerabili vittime della altrui violenza, con particolare riferimento alle vittime di violenza sessuale, maltrattamenti o atti persecutori (*stalking*), denominato **Codice Rosa** e, prevede l'attivazione tempestiva e pianificata di un percorso individuale sanitario.

L'ARNAS-Civico promuove il riconoscimento a livello nazionale e regionale della medicina di genere avendo come obiettivo la realizzazione di una medicina basata sull'evidenza e personalizzata sulla base di genere, così da assicurare maggiore adeguatezza e appropriatezza delle cure ed ha recentemente ottenuto l'assegnazione di due Bollini Rosa dalla Fondazione Onda (Osservatorio Nazionale sulla Salute della donna e di genere), quale riconoscimento istituzionale per l'impegno nella presa in carico delle pazienti e per l'offerta di servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie per il genere femminile.

In questo contesto, l'ARNAS-Civico ha definito un **PDTA "Gestione in Pronto Soccorso Pediatrico dei minori vittime di maltrattamento e abuso"** (Delibera n. 2023/0319 del 26/02/2023) quale strumento di supporto al personale sanitario dei Dipartimenti di Emergenza e di Accettazione (DEA), i Pronto Soccorso (PS)

ed i Pronto Soccorso Pediatrici (PSP) e quali ambienti ideali per identificare i minori vittime di abuso/maltrattamento e tutte le vittime di violenza di genere.

In questo contesto obiettivo prioritario appare quello di potenziare e consolidare le conoscenze e le competenze degli operatori del sistema sanitario attraverso l'implementazione di Best Practices, procedure, protocolli, gruppi di lavoro e attività formative volte ad assicurare e garantire la precoce lettura del fenomeno e la presa in carico globale attraverso percorsi specifici mirati.

L'ARNAS-Civico da circa 20 anni partecipa attivamente, per scelte partenariali dei Direttori Generali, alla stesura di percorsi in ambito la violenza di genere nonché a diversi progetti ministeriali e regionali, come di seguito rappresentato.

Rete Antiviolenza. Il 01/03/2006 è stato stipulato un Protocollo d'Intesa "Rete contro la violenza alle donne ed ai minori della Città di Palermo" tra vari organismi componenti: l'Arma dei Carabinieri; ASP 6 di Palermo; AOUP Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo; A.O. "Vincenzo Cervello"; Centro Sociale Laboratorio ZEN Insieme; il centro territoriale permanente per l'educazione e lo sviluppo degli adulti "A. Ugo"; il Comune di Palermo; l'Assessorato alle attività sociali; l'ECAP di Palermo; l'EISS (Ente Italiano Servizio Sociale onlus); "Le Onde" onlus; M.I.U.R. C. S.A.; la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Palermo; l'Assessorato ai Servizi Sociali; la Questura di Palermo - Polizia di Stato; i Siciliani - Cooperativa Sociale; il Tribunale Ordinario di Palermo. La rete si è successivamente estesa a: Tribunale dei Minorenni; Ufficio della Consigliera Regionale di Parità Regione Sicilia; Garante Infanzia e Adolescenza- Comune di Palermo; Associazione Di.STU.Ri. (Divisione Studi e ricerche della Federazione Italiana Medici Pediatri di Palermo); UDI di Palermo; Associazione Padre Nostro.

Con il Protocollo è stata implementata la collaborazione tra tutti soggetti che hanno il compito e/o l'interesse di attivare azioni contro la violenza alle donne in ogni sua forma e si è definito un impegno sul piano politico, culturale ed istituzionale per il lavoro di Rete in favore di azioni di contrasto alla violenza contro le donne, anche sul piano operativo. La Rete antiviolenza integra le azioni realizzate dai singoli enti ed organismi, valorizzandone la specificità e garantendo lo sviluppo di attività adeguate ai bisogni rilevati sui differenti aspetti di intervento.

Progetto ministeriale CCM. "Controllo e risposta alla violenza su persone vulnerabili: la donna ed il bambino, modelli di intervento nelle reti ospedaliere e nei servizi socio- sanitari in una prospettiva europea (REVAMP)".

Progetto ministeriale CCM. "Progetto di formazione blended per operatori sanitari e non, mirato al rafforzamento delle reti territoriali per la prevenzione ed il contrasto della violenza di genere".

Progetto Nazionale FIASO. "Codice Rosa Bianca".

Progetto Regionale. "Implementazione Codice Rosa del 2014, istituzione in tutti i Pronto Soccorso della Sicilia di procedure uniche".

Nel 2013 è stata prodotta la Procedura Unica Interaziendale "**Assistenza alle Vittime di Violenza di genere in età adulta**" - Manuale operativo per operatori sanitari su violenza di genere

In atto è stato istituito un *team* operativo multiprofessionale "Codice Rosa" (delibera 1859 del 16/12/2016) che nel corso degli anni si è preso carico di avviare l'iter diagnostico terapeutico ed assistenziale previsto dal decreto in merito a violenza di genere ed in ottemperanza a quanto previsto dalla Rete Antiviolenza Metropolitana.

Nel corso degli anni si sono tenuti corsi ECM per il personale sanitario e para-sanitario su: "Accoglienza vittime di violenza di genere e s/o stalking. Linee guida Aziendali" ed abbiamo partecipato come *team* agli eventi formativi ed informativi della Rete antiviolenza metropolitana nonché alle periodiche riunioni di Rete con cadenza trimestrale/semestrale.

In occasione della giornata internazionale contro la violenza di genere 25 novembre, in collaborazione con l'UOSD di Psicologia Clinica, si sono tenuti incontri multidisciplinari di sensibilizzazione per il personale dell'Azienda.

Nel 2018 è stato stilato il "**Protocollo d'intesa Rete contro la violenza alle donne, le ragazze ed i ragazzi, le bambine ed i bambini della Città metropolitana di Palermo**" in cui le parti firmatarie si impegnavano a continuare ad operare in modo integrato per implementare il sistema di Rete a favore delle donne, dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze vittima di ogni forma di violenza

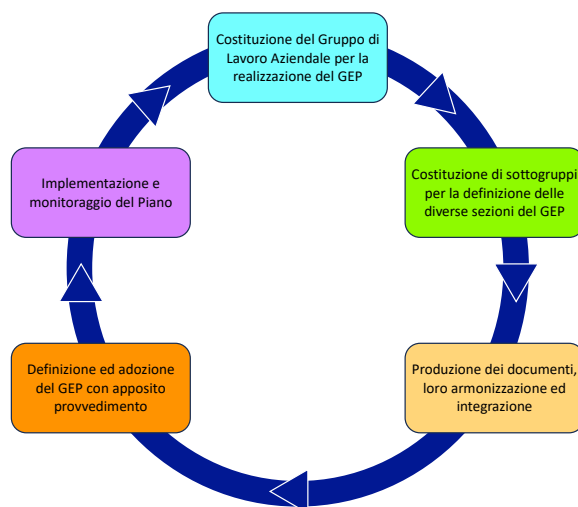
indipendentemente dalla loro condizione sociale od economica. Con il Protocollo si intendono perseguire le finalità indicata dalla Convenzione di Istanbul in tema di prevenzione, protezione e sostegno alle vittime.

Nello specifico l'ARNAS-Civico, adottando le Linee Guida sul triage intraospedaliero pubblicate dal Ministero della Salute, si è impegnato a:

- garantire alla persona vittima di violenza, tutto l'anno ed H24, l'accoglienza in Pronto Soccorso generale e/o Ostetrico e la sua presa in carico, assicurando l'assistenza e la cura secondo lo specifico protocollo operativo d'intervento previsto nella Procedura Unica Interaziendale;
- attuare tutte le azioni necessarie per l'applicazione della Procedura in merito a maltrattamento infantile o *child abuse* (abuso fisico e/o psichico, emozionale e/o sessuale, trascuratezza, sfruttamento commerciale, assenza di azioni e cure con conseguente danno reale, potenziale o evolutivo alla salute, allo sviluppo ed alla dignità del minore);
- contrastare la violenza di genere: violenza fisica (maltrattamento), violenza sessuale (molestie, stupri, sfruttamento) economica, psicologica. A tal fine sin dalla presa in carico al triage alla vittima viene assicurata privacy, dignità, riservatezza, scelta tra cosa dire e cosa non dire, condivisione e possibilità di scelta delle proposte d'intervento. È stata individuata un'area riservata della MCAU dove la donna viene accolta, ascoltata ed aiutata da personale con specifiche competenze volte ad attuare il protocollo operativo.

IL PIANO PER LA PARITÀ DI GENERE DI ARNAS-CIVICO: AREE, OBIETTIVI, AZIONI, *DELIVERABLES*

Il processo di stesura, adozione, implementazione e monitoraggio del GEP aziendale si articola in diverse fasi:



Il GEP si pone i seguenti obiettivi:

- sostenere e valorizzare gli aspetti culturali, clinici e di ricerca sul tema della parità di genere;
- favorire la presenza di donne nelle posizioni apicali e promuovere percorsi di carriera più bilanciati;
- promuovere la diffusione di una cultura organizzativa inclusiva, il contrasto agli stereotipi di genere ed alle molestie e discriminazioni sul lavoro;
- realizzare e monitorare lo stato di attuazione del Gender Equality Plan, promuovendone la diffusione e curandone gli aggiornamenti.

Questo Piano è stato articolato in cinque aree, in armonia a quanto indicato nel “*Horizon Europe Guidance on Gender Equality Plans*”, predisposto dalla Commissione Europea nel Settembre 2021, precisamente:

1. Leadership e processo decisionale
2. Reclutamento e progressione di carriera
3. Benessere individuale e organizzativo (work-life balance)
4. Violenza di genere e pari opportunità
5. Implementazione della dimensione di genere nella pratica clinica e nella ricerca biomedica.

Per ogni area sono stati definiti obiettivi e azioni, individuando responsabili per l’implementazione di ogni azione proposta, destinatari diretti ed indiretti, indicatori e collocazione temporale.

Le schede di sintesi delle diverse Aree identificate sono qui di seguito riportate:

AREA 1 - Leadership e processo decisionale

Obiettivo 1.1 - Promozione del <i>diversity management</i> nelle posizioni apicali												
Azione	Percorsi formativi ed organizzazione eventi tematici rivolti a soggetti alla dirigenza e posizioni equiparate per promuovere il <i>diversity management</i> (valorizzare la diversità: genere, età, disabilità ecc.) e del bilancio di genere											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC STAFF											
Destinatari diretti	Dirigenti, Responsabili di Ufficio, Titolari di incarichi di Funzione											
Destinatari indiretti	Personale aziendale											
Indicatori	Percentuale di partecipazione del personale, valutazione del livello di gradimento											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 1.2 - Rivalutazione di processi decisionali interni volta ad una maggiore equità di genere												
Azione	Valutazione ed eventuale introduzione di modifiche a normative e procedure aziendali intese a favorire l’equità di genere nella composizione di organi/strutture											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC STAFF											
Destinatari diretti	Personale aziendale											
Destinatari indiretti	Destinatari processi decisionali											
Indicatori	Delibere di modifica procedure/normative esistenti o adozione di nuove											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 1.3 - Verifica dello stato di attuazione del GEP nelle dimensioni decisionali ed apicali																
Azione	Creazione di un osservatorio aziendale sulla parità di genere e sulla valorizzazione delle diversità per una verifica degli obiettivi e delle azioni del GEP, ai fini del suo monitoraggio e della sua eventuale rimodulazione															
Responsabilità	Direzione Strategica CUG															
Destinatari diretti	Personale aziendale															
Destinatari indiretti	Destinatari processi decisionali															
Indicatori	Report a cadenza semestrale															
Timeline	2024					2025					2026					

AREA 2 - Reclutamento e progressione di carriera

Obiettivo 2.1 - Introduzione di misure volte a favorire l'equilibrio di genere nel reclutamento del personale															
Azione	Verifica di dati quantitativi disaggregati in base al genere sulle procedure concorsuali del personale esterno e della progressione di carriera di quello interno														
Responsabilità	Direzione Strategica UOC ARU UOC Controllo di Gestione														
Destinatari diretti	Personale partecipante alle procedure di reclutamento														
Destinatari indiretti	Tutto il personale aziendale														
Indicatori	Dati statistici relativi alle procedure di reclutamento, con riferimento alla tipologia di procedura ed all'equilibrio di genere														
Timeline	2024					2025					2026				

Obiettivo 2.2 - Promozione delle pari opportunità nella progressione di carriera															
Azione	Formazione per il personale in posizione di leadership														
Responsabilità	Direzione Strategica														
	UOC ARU														
	UOC Controllo di Gestione														
Destinatari diretti	Personale dipendente														
Destinatari indiretti	Tutto il personale aziendale														
Indicatori	Percentuale di partecipazione del personale, valutazione del livello di gradimento														
Timeline	2024					2025					2026				

Obiettivo 2.3 - Miglioramento delle pari opportunità nel reclutamento del personale												
Azione	Promozione dell'equilibrio di genere delle commissioni di valutazione per il reclutamento del personale											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC ARU CUG											
Destinatari diretti	Personale strutturato aziendale sanitario e/o amministrativo											
Destinatari indiretti	Tutto il personale aziendale											
Indicatori	Monitoraggio periodico, della composizione delle Commissioni di valutazione											
Timeline	2024				2025				2026			

AREA 3 - Benessere individuale e organizzativo (work-life balance)

Obiettivo 3.1 - Eventuale revisione di regolamenti e procedure aziendali												
Azione	Acquisizione ed eventuale revisione ed adozione di procedure, regolamenti, progetti attualmente vigenti o attivi che riguardano l'equilibrio tra vita privata e vita professionale. Contestualmente raccolta dati su modalità e percentuali di impiego di tali servizi											
Responsabilità	Gruppo di Lavoro GEP UOC Area Risorse Umane UOC Affari Generali											
Destinatari diretti	Tutti i dipendenti aziendali											
Destinatari indiretti	Direttori/Responsabili di UUOO/Servizi/Uffici											
Indicatori	Analisi dati relativi a procedure, regolamenti, progetti											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 3.2 - Comunicazione, diffusione e disseminazione servizi di equilibrio vita/lavoro												
Azione	Pubblicazione avvisi in bacheca o provvedimento informativo sulle possibilità/servizi già attivi o programmati volti a garantire il benessere psicofisico di tutti i lavoratori favorendo l'equilibrio tra vita professionale e vita privata. Pubblicazione di regolamenti, procedure, progetti in una sezione dedicata del sito Web aziendale											
Responsabilità	UOC STAFF UOS ICT management – Servizi Informatici											
Destinatari diretti	Tutto il personale aziendale											
Destinatari indiretti	Direzione Strategica Direzione Dipartimento Amministrativo Direttori Dipartimenti/UO sanitarie											
Indicatori	Sezione dedicata e bacheca sul sito Web aziendale contenenti informazioni, regolamenti, procedure, progetti											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 3.3 - Realizzare una <i>survey</i> sul benessere organizzativo con focus sulla <i>gender inclusion</i>												
Azione	Progettazione e somministrazione di un questionario sul benessere organizzativo, con particolare attenzione ai temi di genere e inclusione, indirizzato a tutti i dipendenti, al fine di rilevare eventuali criticità sull'equilibrio vita privata/lavoro. Il questionario, compilato in forma anonima, verrà somministrato tramite mezzi a disposizione dell'azienda (Google form etc) ed i risultati ottenuti pubblicati nella sezione dedicata del sito Web aziendale											
Responsabilità	UOC STAFF UOS ICT management – Servizi Informatici											
Destinatari diretti	Tutto il personale aziendale											
Destinatari indiretti	Direzione Strategica Direzione Dipartimento Amministrativo Direttori Dipartimenti/VO sanitarie											
Indicatori	Risultati del questionario pubblicati sul sito Web aziendale											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 3.4 - Incrementare le misure di conciliazione fra dimensione lavorativa e vita privata												
Azione	Predisposizione di regolamenti interni per la fruizione dello <i>smart working</i> e del telelavoro al fine di favorire la flessibilità lavorativa coerente con i bisogni di convivenza e/o cura											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC ARU UOC STAFF CUG											
Destinatari diretti	Direttori Dipartimenti Amministrativo e Sanitari Direttori UUOO aziendali											
Destinatari indiretti	Tutti i dipendenti aziendali											
Indicatori	Regolamenti <i>smart working</i> e telelavoro											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 3.5 - Sostegno alla conciliazione della dimensione lavorativa e genitoriale

Azione	Creazione di spazi dedicati ai bambini con specifico riferimento a centri estivi (stabilendo il target di età di accesso dei bambini) o asili nido, ludoteche, sfruttando eventuali spazi inutilizzati della struttura ospedaliera e comunque distaccati dai luoghi dedicati all'assistenza, affidando la gestione di tali attività ad associazioni e/o cooperative con esperienza di settore. In alternativa stipula di convenzioni con asili o strutture esterne a sostegno della genitorialità.											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC STAFF UOC Gestione Tecnica UOC Provveditorato UOC Affari Generali – Ufficio Convenzioni											
Destinatari diretti	Tutti i dipendenti aziendali											
Destinatari indiretti	-											
Indicatori	Identificazione spazi/strutture e loro riqualificazione											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 3.6 - Conciliazione vita privata-lavoro: counseling nutrizionale e offerte fitness

Azione	Promuovere il benessere fisico dei lavoratori, incentivando gli stessi ad adottare uno stile di vita corretto, basato su una sana alimentazione e sull'attività fisica. Creazione di una Palestra aziendale che possa motivare i lavoratori a prendersi cura del proprio benessere fisico, anche come strumento di socializzazione. Stipulare convenzioni con palestre e/o centri sportivi											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC Gestione Tecnica UOC Provveditorato UOC Affari Generali – Ufficio Convenzioni											
Destinatari diretti	Tutti i dipendenti aziendali											
Destinatari indiretti												
Indicatori	Realizzazione di palestra aziendale e/o convenzioni palestre e/o centri sportivi											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 3.7 - Percorsi formativi indirizzati ai neoassunti												
Azione	Attivazione di percorsi di formazione e di addestramento <i>on the job</i> prima dell'immissione in servizio che possano garantire una maggiore sicurezza all'operatore ed un più facile inserimento nel contesto e nelle dinamiche lavorative prima di acquisire piena autonomia											
Responsabilità	UOC STAFF UOC ARU UOS Formazione UOS SIRS											
Destinatari diretti	Personale neoassunto											
Destinatari indiretti	Dipartimenti Sanitari ed Amministrativi											
Indicatori	Numero di corsi e moduli formativi attivati											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 3.8 - Percorsi per il reinserimento lavorativo												
Azione	Creazione di percorsi di aggiornamento/affiancamento per i lavoratori al loro rientro da congedi parentali o altre cause. Adozione di strumenti finalizzati al mantenimento del percorso di carriera per coloro che rientrano al lavoro dopo lunghi periodi di assenza, allo scopo di aggiornare il/la dipendente su eventuali modifiche intervenute in ambito lavorativo e favorirne il reinserimento											
Responsabilità	UOC ARU UOC STAFF UOS Formazione UOS SIRS											
Destinatari diretti	Dipendenti aziendali al rientro lavorativo dopo lunga assenza											
Destinatari indiretti	Dipartimenti Sanitari ed Amministrativi											
Indicatori	Provvedimenti di adozione dei percorsi di reinserimento lavorativo											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 3.9 - Banca solidale												
Azione	Implementazione di un meccanismo secondo il quale le eventuali ferie non godute, nel rispetto dei CCNL, possano essere cedute dal personale dipendente secondo criteri stabiliti a priori e resi pubblici tramite regolamenti o avvisi pubblicati sul sito Web aziendale											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC ARU											
Destinatari diretti	Tutti i dipendenti aziendali											
Destinatari indiretti	Dipartimenti Sanitari ed Amministrativi											
Indicatori	Numero/percentuale di giorni di ferie cedute											
Timeline	2024				2025				2026			

AREA 4 - Violenza di genere e pari opportunità

Obiettivo 4.1 - Sviluppo di una cultura lavorativa fondata sul rispetto e sulla valorizzazione delle differenze di genere																
Azione	Promuovere azioni di sensibilizzazione sulla tematica delle diverse forme della violenza di genere: organizzazione di corsi di formazione, seminari, incontri sul tema delle differenze di genere															
Responsabilità	Direzione Strategica - UOC STAFF - UOS Formazione															
Destinatari diretti	Tutti i dipendenti aziendali															
Destinatari indiretti																
Indicatori	Numero di corsi, eventi, seminari, incontri sul tema															
Timeline	2024				2025				2026							

Obiettivo 4.2 - Creazione di una rete di referenti aziendali per il contrasto alla violenza di genere																
Azione	Identificazione di unità di personale all'interno di tutte le UUOO sanitarie ed amministrative per la costituzione di una rete di referenti aziendali antiviolenza che operi in armonia e metta a sistema tutte le iniziative già in essere e quelle programmate, anche in sinergia con altri enti, istituzioni e stakeholder in ambito provinciale, regionale e/o nazionale															
Responsabilità	Direzione Strategica UOC STAFF Referenti Rete Antiviolenza															
Destinatari diretti	Direttori/Responsabili di tutte UUOO Sanitarie ed Amministrative															
Destinatari indiretti	Tutti i dipendenti aziendali															
Indicatori	Provvedimento di adozione della Rete Aziendale dei Referenti Anticorruzione e suo documento costitutivo e programmatico															
Timeline	2024				2025				2026							

Obiettivo 4.3 - Comunicazione e disseminazione di documenti e attività a favore della promozione di pari opportunità in tutti gli ambiti della vita lavorativa																
Azione	Aggiornamento del sito web aziendale, creazione newsletter, comunicazione sui social-media, realizzazione prodotti informativi, promozionali multimediali tra cui presentazioni, video e tutorial															
Responsabilità	Direzione Strategica UOC STAFF Ufficio Comunicazione															
Destinatari diretti	Tutti i dipendenti aziendali															
Destinatari indiretti	I cittadini															
Indicatori	Sezione del sito web aziendale in continuo aggiornamento															
Timeline	2024				2025				2026							

Obiettivo 4.4 - Adozione di un codice aziendale di comportamento per il contrasto alla violenza di genere e la promozione di pari opportunità												
Azione	Definizione e stesura di un codice aziendale di comportamento per il contrasto alla violenza di genere e la promozione di pari opportunità, con riferimenti normativi ed integrazione al codice di comportamento e disciplinare aziendale											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC STAFF Gruppo di Lavoro Aziendale GEP											
Destinatari diretti	Tutti i dipendenti aziendali											
Destinatari indiretti	Altre Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale Assessorato Regionale Salute											
Indicatori	Provvedimento di adozione del codice e/o di integrazione nel codice di comportamento e disciplinare aziendale											
Timeline	2024				2025				2026			

AREA 5 - Implementazione della dimensione di genere nella pratica clinica e ricerca biomedica

Obiettivo 5.1 - Sviluppo ed implementazione di attività formative sulla medicina di genere												
Azione	Disegno ed attivazione di corsi formativi, workshop, seminari e incontri finalizzati alla diffusione dei principi e delle metodologie proprie della medicina di genere											
Responsabilità	Direzione Strategica UOC STAFF UOS Formazione											
Destinatari diretti	Dirigenti sanitari e personale del comparto											
Destinatari indiretti	Tutti i dipendenti aziendali											
Indicatori	Numero di eventi formativi e percentuali di adesione											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 5.2 - Promozione ed implementazione della medicina di genere nelle attività assistenziali												
Azione	Introduzione nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) aziendali principi e metodologie della medicina di genere											
Responsabilità	Direttori/Responsabili Dipartimenti/UUOO sanitarie UOC STAFF - UOS Qualità e Rischio Clinico											
Destinatari diretti	Pazienti/utenti in regime di ricovero, day service/hospital/surgery, ambulatoriali											
Destinatari indiretti	Dirigenti sanitari e personale del comparto											
Indicatori	PDTA aggiornati ed integrati in funzione della medicina di genere											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 5.3 - Mappatura della distribuzione di genere nei progetti e prodotti della ricerca												
Azione	Mappare la distribuzione di genere nella partecipazione a progetti di ricerca a valere su bandi competitivi di finanziamento alla ricerca a carattere regionale, nazionale e comunitario. Mappare la distribuzione di genere del personale affiliato/dipendente autore/autrice di pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali <i>peer-reviewed</i>.											
Responsabilità	UOC STAFF UOS SIRS											
Destinatari diretti	Personale dipendente afferente alle UUOO dei Dipartimenti Sanitari											
Destinatari indiretti												
Indicatori	Analisi della distribuzione di genere nei progetti di ricerca Analisi della distribuzione di genere nelle pubblicazioni selezionate											
Timeline	2024				2025				2026			

Obiettivo 5.4 - Creazione di una banca dati aziendale relativa ai prodotti della ricerca												
Azione	Costituzione di una banca dati aziendale, contenente documentazione in formato aperto e scaricabile, relativa ai progetti finanziati e attivi ed alle pubblicazioni scientifiche, con particolare riferimento all'analisi della distribuzione di genere											
Responsabilità	UOC STAFF - UOS SIRS											
Destinatari diretti	Tutto il personale sanitario aziendale											
Destinatari indiretti	Direttori/Responsabili Dipartimenti/UUOO sanitarie aziendali											
Indicatori	Banca dati sul sito Web aziendale consultabile e fruibile											
Timeline	2024				2025				2026			

L'adozione di un GEP contribuisce a dare attuazione agli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs) proposti dall'ONU, non soltanto con riferimento all'Obiettivo 5, avente ad oggetto l'eguaglianza di genere, ma in maniera trasversale a tutte le aree.

Il presente GEP, documento programmatico per il triennio 2024-2026 sarà aggiornato su base triennale, e integrerà il Piano Triennale di Azioni Positive al fine di consolidare e rafforzare quelle esistenti o aggiungere nuove azioni finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo della parità di genere all'interno dell'Azienda e garantire la sostenibilità a lungo termine delle relative azioni.

Il monitoraggio delle singole azioni verrà eseguito in armonia ai principi del *Project Cycle Management e del Logical Framework Approach* con cadenza semestrale e sarà oggetto di un report periodico suddiviso per obiettivi ed azioni che sarà presentato alla Direzione Strategica aziendale e reso pubblico mediante caricamento in formato aperto sulla sezione del sito Web aziendale dedicata al GEP.

CRONOPROGRAMMA (DIAGRAMMA DI GANTT)

Area	Obiettivi	I Anno												II Anno												III Anno												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	
1	Leadership e processo decisionale																																					
1.1	Promozione del <i>diversity management</i> nelle posizioni apicali																																					
1.2	Rivalutazione di processi decisionali interni volta ad una maggiore equità di genere																																					
1.3	Verifica dello stato di attuazione del GEP nelle dimensioni decisionali ed apicali																																					
2	Reclutamento e progressione di carriera																																					
2.1	Introduzione di misure volte a favorire l'equilibrio di genere nel reclutamento del personale																																					
2.2	Promozione delle pari opportunità nella progressione di carriera																																					
2.3	Miglioramento delle pari opportunità nel reclutamento del personale																																					
3	Benessere individuale e organizzativo (work-life balance)																																					
3.1	Eventuale revisione di regolamenti e procedure aziendali																																					
3.2	Comunicazione, diffusione e disseminazione servizi di equilibrio vita/lavoro																																					
3.3	Realizzare una <i>survey</i> sul benessere organizzativo con focus sulla <i>gender inclusion</i>																																					
3.4	Incrementare le misure di conciliazione fra dimensione lavorativa e vita privata																																					
3.5	Sostegno alla conciliazione della dimensione lavorativa e genitoriale																																					
3.6	Conciliazione vita privata-lavoro: counseling nutrizionale e offerte fitness																																					
3.7	Percorsi formativi indirizzati ai neoassunti																																					
3.8	Percorsi per il reinserimento lavorativo																																					
3.9	Banca solidale																																					
4	Violenza di genere e pari opportunità																																					
4.1	Sviluppo di una cultura lavorativa fondata sul rispetto e sulla valorizzazione delle differenze di genere																																					
4.2	Creazione di una rete di referenti aziendali per il contrasto alla violenza di genere																																					
4.3	Comunicazione e disseminazione di documenti e attività a favore della promozione di pari opportunità in tutti gli ambiti della vita lavorativa																																					
4.4	Adozione di un codice aziendale di comportamento per il contrasto alla violenza di genere e la promozione di pari opportunità																																					
5	Implementazione della dimensione di genere nella pratica clinica e ricerca biomedica																																					
5.1	Sviluppo ed implementazione di attività formative sulla medicina di genere																																					
5.2	Promozione ed implementazione della medicina di genere nelle attività assistenziali																																					
5.3	Mappatura della distribuzione di genere nei progetti e prodotti della ricerca																																					
5.4	Creazione di una banca dati aziendale relativa ai prodotti della ricerca																																					

Piano della Comunicazione 2025

Con deliberazione del direttore generale n.931 del 20/12/2024 è stato adottato il Piano della Comunicazione per l'anno 2025 (di seguito un estratto funzionale al PIAO).

Per il 2025 questa Azienda migliorerà la reciproca informazione fra l'U.R.P. dell'Azienda stessa e gli UU.RR.PP. delle altre istituzioni sanitarie come prescritto dall'art. 5, punto 5, del Regolamento di organizzazione dell'U.R.P. (Delibera n. 267 del 20 febbraio 2004) e dall'art. 7 dell'Atto Aziendale (Delibera n. 2022/0964) ove è previsto che l'Azienda in tutti i processi di pianificazione e gestione favorisce la collaborazione con le altre aziende sanitarie e i soggetti preposti direttamente o indirettamente alla tutela della salute delle persone a livello nazionale e internazionale, oltreché essere orientata a sviluppare un modello sinergico di rete individuando diversi possibili livelli di collaborazione con altre aziende.

La valutazione dello scenario interno all'azienda non può prescindere dall'analisi dell'identità e dell'immagine dell'organizzazione.

Un famoso assioma della comunicazione sostiene che "non si può non comunicare". Ciò che ci pare utile aggiungere è che questa comunicazione non evitabile ha sempre a che fare con l'identità di chi, persona o istituzione, viene individuato come la fonte, anche inconsapevole di tale comunicazione.

Mentre l'identità di una fonte comunicante è costituita dalle caratteristiche distintive che la stessa fonte riconosce e decide come proprie, l'immagine è il risultato del processo di comunicazione della propria identità.

Alla determinazione di tale risultato concorrono più fattori: l'identità del destinatario e del comunicante, il complesso dei discorsi retrospettivi, correnti e prospettivi espressi su quella fonte, la mediazione simbolica fra i soggetti in relazione.

Occorre perciò analizzare e valutare la percezione di immagine che si ha dell'azienda all'esterno di essa; naturalmente ricerche approfondite richiedono più denaro e più tempo, variabili quasi sempre molto limitate.

Altri indicatori per lo studio dell'immagine percepita, come, ad esempio, il sito web dell'azienda e i link per i siti dei reparti, evidenziano la necessità di implementare gli stessi.

Altro indicatore dell'immagine è quello di supportare lo sviluppo della comunicazione interna fra l'U.R.P. e le articolazioni interne aziendali, l'art. 7 comma 4 dell'Atto Aziendale ribadisce che l'Azienda promuove lo sviluppo delle attività legate alla comunicazione mediante scelte organizzative e strategiche che influiscono positivamente sulla visibilità e sull'immagine dell'Azienda e coinvolgono trasversalmente tutto il processo produttivo, anche attraverso azioni di comunicazione interna.

L'analisi dello scenario è funzionale alla contestualizzazione degli obiettivi strategici per una loro efficace traduzione in obiettivi di comunicazione.

L'analisi dello scenario individua specifiche caratteristiche dell'Azienda che faciliteranno l'articolazione dell'obiettivo strategico di comunicazione in obiettivi operativi correlati a specifiche caratteristiche ritenute importanti, sia in senso positivo che negativo.

	Risultati analisi	Scelta di comunicazione
Analisi del contesto Territoriale	Scenario vasto	I messaggi si differenzieranno in base al pubblico esterno a cui ci si rivolge
Analisi del contesto organizzativo	L'immagine sedimentata è quella di una struttura atomistica e quindi incapace di dare informazioni coerenti	Innalzamento del livello di comunicazione interna

Si delineano due obiettivi strategici che sono:

- Miglioramento della comunicazione interna
- Potenziamento degli strumenti atti alla comunicazione esterna

MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE INTERNA

Dall'analisi del contesto organizzativo è risultata un'immagine atomistica dell'azienda che può creare nell'utente un certo grado di insoddisfazione a causa della dispersione delle informazioni, o addirittura la mancanza totale di queste ultime. L'utente che entra in contatto con l'azienda deve sentirsi a suo agio e ciò non solo per affidabilità del personale medico ma anche dal punto di vista burocratico.

La Direzione Generale dell'A.R.N.A.S. Civico ha disposto che tutti i PP.OO. e tutte le UU.OO. di questa Azienda devono comunicare tempestivamente all'U.R.P. tutte le notizie inerenti al servizio che offrono all'utenza (aggiunzioni, soppressioni, sospensioni, ripristini, etc.) secondo le modalità sancite dall'Art. 8 reg. org. URP, ovvero tramite invio sulla posta elettronica all'indirizzo urp@arnascivico.it, l'invio tramite l'utilizzo del nuovo protocollo digitale in vigore dal 17 giugno 2024 con l'applicativo Archiflow, l'utilizzo del telefono per comunicazioni verbali ai numeri: 64687; 64714; 62358; 62214; 66084 e l'utilizzo futuro di un eventuale SOFTWARE appositamente dedicato in intranet, non appena questo strumento sia realizzato dall'A.R.N.A.S. per collegare direttamente le UU.OO. e l'URP.

Inoltre, ogni anno, a seguito della adozione del Piano di Comunicazione Aziendale, si prevedono iniziative e provvedimenti mirati all'attuazione del Piano stesso.

Si è constatato che allo stato attuale c'è una dispersione delle informazioni o addirittura una mancanza delle stesse, circostanza che genera insoddisfazione sia degli utenti che degli operatori interni.

Si è rilevato che, di frequente, al di fuori della propria Unità Operativa, gli operatori non sono aggiornati su quanto succede in Azienda.

Si è ritenuto opportuno rendere omogenee, chiare ed usufruibili tutte le informazioni sui servizi offerti dalle Unità Operative e dai Servizi, sia sanitari che amministrativi.

Si è altresì consapevoli che l'implementazione di una "banca dati informativi comune" costituisce una risorsa importante per dare certezza e chiarezza alle utenze esterne e interne e che, allo stesso tempo, può favorire nel personale dipendente l'aumento del senso di appartenenza all'azienda, con un conseguente effetto positivo sul clima interno e sul benessere organizzativo.

Al fine di creare una rete della comunicazione, tesa a conseguire gli obiettivi su delineati, sarà chiesto ai Direttori di Unità Operative di individuare un referente per la comunicazione che si relazioni con lo Staff della Direzione Generale.

A tal fine sarà creata una apposita mailing list di Referenti Aziendali per la comunicazione interna.

L'Azienda sarà impegnata nella realizzazione di un evento annuale, contestualizzato al suo interno, finalizzato a rendere maggiormente consapevoli i dipendenti delle attività intraprese dall'ente.

Tale evento concorrerà, altresì, a far aumentare, nel personale stesso, il senso di appartenenza all'azienda, con un effetto positivo sul clima interno ed il benessere organizzativo. Questo riflesso della comunicazione interna si verifica a prescindere dalla natura dei messaggi diffusi: un'organizzazione che dialoga con i propri dipendenti trasmette un senso di attenzione ed importanza nei confronti del capitale umano. Grazie all'instaurarsi di un sistema di comunicazione interna si può arrivare a rafforzare il senso di appartenenza e partecipazione all'ente utilizzandolo nella diffusione e promozione di quegli aspetti che riguardano direttamente la vision dell'ente.

POTENZIAMENTO DEGLI STRUMENTI ATTI ALLA COMUNICAZIONE ESTERNA

La comunicazione esterna per un'azienda come l'A.R.N.A.S. è fondamentale, per questo anno si ribadisce l'opportunità di disporre un potenziamento e pieno impiego degli strumenti a disposizione.

Sono già operativi n. 2 "Punti Informazione":

1) per il P.O. Civico è operativo il P.I. sito al piano terra del Padiglione 17A, con n. 6 operatori URP (di cui uno in Lavoro Agile) che, oltre al contatto diretto con l'utenza afferente, gestiscono l'accesso al numero verde 800272028 e a tutti gli altri numeri telefonici citati sopra dedicati all'utenza che afferisce alla nostra Azienda ;

2) per il P.O. Di Cristina era operativo il P.I. (momentaneamente sospeso) sito al piano primo del Padiglione Centrale del Presidio stesso con funzione di facilitare i percorsi corretti di accesso alle prestazioni espletate dalle UU.OO. del Presidio e gestione del numero dedicato all'utenza pediatrica 0916666084.

La media giornaliera di telefonate ai numeri URP dedicati all'utenza riferita all'anno 2023 è di n. 57 telefonate.

Nel corso del 2025 l'Azienda si impegnerà a continuare il censimento delle "Bacheche" all'interno degli edifici che ospitano le Unità Operative e renderà operativo il canale di diffusione cartaceo delle comunicazioni aziendali a beneficio sia degli operatori interni che dell'utenza afferente.

L'Azienda partecipa attivamente a tutte le sedute del Comitato Consultivo Aziendale , i cui verbali sono visibili all'interno del sito dell'A.R.N.A.S. Civico alla pagina del Comitato Consultivo nell'Area dedicata al cittadino, promuovendo le iniziative che le varie Associazioni del Volontariato intraprendono all'interno della Azienda; per il 2025 si procederà al rinnovo del CCA Aziendale secondo la normativa vigente e si continuerà l'impegno di rendere maggiormente visibile l'operato congiunto Azienda-CCA.

L'Azienda ha in cantiere la programmazione di eventi diversificati per aree tematiche, ma soprattutto si impegnerà a realizzare un evento annuale interno alla Azienda da condividere con il Comitato Consultivo Aziendale

Si noti come il raggiungimento di ogni obiettivo strategico dell'azienda sia collegato al raggiungimento di questi obiettivi.

Il potenziamento degli strumenti dedicati comunicazione esterna ha assunto particolare importanza a seguito della Pandemia; pertanto, l'Azienda intraprenderà tutte le iniziative che saranno utili ai fini del miglioramento della comunicazione esterna, soprattutto con i familiari dei pazienti Covid.

Le iniziative di cui sopra saranno vagliate di volta in volta nel rispetto delle normative vigenti , a garanzia della sicurezza pubblica, individuale e dei nostri professionisti impegnati nelle UU.OO. che ospitano questo tipo di pazienti.

L'U.R.P. della nostra Azienda opera ed opererà nel 2025 in sicurezza, garantendo la continuità e la costanza della Comunicazione Istituzionale verso tutti gli utenti afferenti.

Per l'anno 2025 l'Azienda procederà alla implementazione delle attività di Informazione/Comunicazione Esterna a seguito dell'assunzione come da allineamento di dotazione organica del profilo di Specialista nei Rapporti con i Media - Giornalista Pubblico deliberata nel mese di novembre 2024, così come previsto dalla Legge n. 150 del 07 giugno 2000 e dal D.P.R. n. 422 del 21 settembre 2001.

DEFINIZIONE DEI TARGET

Partendo dagli obiettivi strategici di comunicazione, ma anche da quelli dell'organizzazione, è possibile individuare dei target di pubblico interessati dal processo comunicativo.

Quella operata è una macro-segmentazione, è naturale che all'interno di questi due segmenti portanti, bisogna fare un'ulteriore distinzione.

Così avremo, in base agli obiettivi strategici dell'organizzazione e di comunicazione, una suddivisione in pubblico interno, pubblico esterno e media. Del pubblico interno fanno parte i dipendenti delle diverse Aree, mentre del pubblico esterno fanno parte gli utenti singoli e/o associati (pazienti, famiglie, turisti, cittadini stranieri, studenti, etc.) e le istituzioni (scuole, università, enti locali, etc.).

In base alle diverse azioni di comunicazione dovranno essere individuati dei sotto-target di questi segmenti di pubblici; così, ad esempio, per iniziative di educazione ad uno stile di vita sano, sarà più opportuno rivolgersi al pubblico composto da scuole ed università.

In particolare, riferendosi agli obiettivi dell'organizzazione, possiamo delineare un pubblico preciso:

- Garanzia e tutela nella relazione con il cittadino – pubblico interno (U.R.P)
- Identità ed immagine – pubblico interno, esterno e media (senza distinzioni di settore)
- Prevenzione e educazione alla salute – pubblico esterno (scuole, università, associazioni)
- Miglioramento della qualità – pubblico interno ed esterno
- Promozione della cultura e del servizio al cittadino – pubblico interno (U.R.P e addetti al front office)

Il pubblico interno all'Azienda è quello che per l'anno 2025 deve essere più coinvolto nei processi di cambiamento, in quanto è anche quello che sarà maggiormente, anzi totalmente coinvolto nel processo di comunicazione verso i pubblici esterni; quindi, dovrà darsi primaria importanza agli obiettivi che interessano il pubblico interno.

DEFINIZIONE DELLE AZIONI DEL PIANO

La definizione delle azioni del piano (strategie) consiste nella traduzione dell'obiettivo in azioni e strumenti di comunicazione. Tale scelta va fatta in riferimento ai pubblici, alle modalità di contatto e al tipo di stile comunicativo.

SCELTA DELLE STRATEGIE RISPETTO AI PUBBLICI

- Strategia indifferenziata: si utilizza un unico messaggio per tutto il pubblico di riferimento senza operare distinzioni. È la meno costosa in termini di gestione ed in genere la si usa per comunicare con il pubblico interno all'azienda.
- Strategia differenziata: prevede una tipologia di messaggio differente rispetto ad ogni tipo di pubblico rilevato dalla segmentazione. È più costosa ma senza dubbio più efficace; è preferibile usare tale strategia verso il pubblico esterno.

SCELTA DELLE STRATEGIE RISPETTO ALLE MODALITÀ DI CONTATTO

Rispetto alla selezione delle modalità di contatto, anche in rapporto ai costi/benefici, il raggiungimento del pubblico di riferimento può avvenire secondo la combinazione di due opzioni di scelta:

- Interazione diretta oppure interazione mediata
- Azione su vasta scala oppure azione su piccola scala

Da questa classificazione deriveranno le scelte degli strumenti.

Per la nostra Azienda sarà opportuna un'azione su vasta scala sia di interazione diretta che mediata.

SCelta DELLE STRATEGIE RISPETTO ALLO STILE COMUNICATIVO

Un'azienda come l'A.R.N.A.S. non ha grandi possibilità di scelta nello stile comunicativo da adoperare, infatti gli stili che i messaggi, provenienti dall'azienda, devono avere sono di due tipi fondamentali e un terzo tipo che mischia i due stili principali:

- Stile educativo: composizione del messaggio o scelta delle azioni in modo da mettere la fonte comunicante in una posizione di autorevolezza sul sapere e la competenza e quindi in grado di istruire il destinatario rispetto al contenuto del messaggio.
- Stile informativo: composizione del messaggio o scelta delle azioni in cui la fonte comunicante sia posta in modo neutro rispetto alle convinzioni o ai comportamenti dei destinatari e con l'intento esplicito di trasmettere notizie, dati, informazioni utili.

Le strategie sono le linee lungo le quali deve muoversi l'Azienda con i suoi valori, la missione e la visione.

INDIVIDUAZIONE DEGLI STRUMENTI DI COMUNICAZIONE

Per l'attuazione di tali strategie e contenuti, e il raggiungimento degli obiettivi prefissati per l'anno 2025, bisogna individuare le azioni e gli strumenti più adatti; in particolare la scelta dei mezzi di comunicazione da selezionare va fatta tenendo conto di una serie di caratteristiche proprie dei media:

- accessibilità;
- modo di presentazione dei messaggi;
- ritmo e velocità di emissione;
- potenza espressiva;
- persistenza dell'informazione;
- flessibilità;
- costi.

Per i due ambiti, comunicazione interna ed esterna, di cui si occupa questo piano, sono individuabili diversi media che andranno a comporre tutti insieme quello che si chiama media mix.

L'A.R.N.A.S. Civico ha adottato con Delibera n. 660 del 19 maggio 2021 il Piano Regionale di Comunicazione per la Salute anno 2021 uniformandosi alle relative disposizioni.

COMUNICAZIONE INTERNA

Per la comunicazione interna sono necessari pochi strumenti, l'importante è che siano ben funzionanti e aggiornati periodicamente, si dispone perciò di creare ed utilizzare:

a) tra i media scritti:

- Pubblicazioni aziendali di tipo periodico, i cosiddetti *House organ*, pubblicati periodicamente all'interno del sito internet istituzionale e attraverso il sito intranet aziendale, che contengano informazioni sull'organizzazione dell'Azienda, quindi orari di ambulatori, schede gerarchiche, decisioni organizzative e tutto ciò che è attinente alla vita dell'Azienda.

- Pubblicazioni aziendali di tipo non periodico come *dépliant*, *folder*, manuali e schede informative a carattere settoriale e reperibili presso i diversi settori aziendali e presso l'U.R.P. Queste eventuali pubblicazioni avranno una duplice funzione, ovvero saranno utili al pubblico esterno ma anche a quello interno che sarà aggiornato e informato sui diversi settori dell'azienda, ricordando che l'A.R.N.A.S. è un'Azienda unica e non atomistica.

- Creazione rete di referenti aziendali alla comunicazione interna: ogni Unità Operativa individuerà un Referente per la Comunicazione interna Aziendale, così da facilitare il passaggio delle comunicazioni e renderle velocemente usufruibili fra gli operatori interni.

b) tra i media parlati:

- Riunioni destinate al pubblico interno, in particolare a chi si occupa di comunicare con l'esterno, per aggiornarlo su eventi, iniziative e progetti dell'azienda, aumentando in tal modo la condivisione degli obiettivi aziendali e facendo sentire il dipendente parte integrante e necessaria al raggiungimento di essi.

- Riunioni inerenti percorsi formativi aziendali in materia di anticorruzione e della trasparenza. Al fine di attuare la propria politica di sensibilizzazione in tema di trasparenza dell'azione amministrativa, il Management Aziendale organizza "La Giornata della Trasparenza". In occasione dell'evento, saranno trattati gli argomenti oggetto di crescente attenzione da parte degli operatori dell'Azienda e, in generale, di tutti i soggetti della società civile potenzialmente interessati alle attività dell'A.R.N.A.S..

- Rilevazione dei bisogni formativi e adozione del Piano formativo aziendale, in particolare si fa pressante la necessità di formazione nel settore della comunicazione per il personale interno tutto, in accordo con l'art. 12 punto 5 del Regolamento di organizzazione dell'U.R.P, che così recita: "L'U.R.P, sulla base dei risultati delle attività di ricerca e di monitoraggio di cui al precedente Art. 11, sostiene la diffusione, all'interno dell'Azienda, della cultura della comunicazione attraverso interventi informativi, formativi e organizzativi". Il Piano Formativo Aziendale per l'anno 2025 potrebbe prevedere la riproposizione del corso di formazione sulla "COMUNICAZIONE" destinato a tutte le professioni.

c) tra i nuovi media:

- Rete intranet, serve a facilitare il passaggio di informazioni all'interno di un'azienda vasta come l'A.R.N.A.S., si tratta di una banca dati comune in cui gli addetti alla comunicazione, e non solo, possono facilmente estrapolare informazioni utili al proprio lavoro. Strumenti del genere ovviamente richiedono un aggiornamento ogni qualvolta vi siano modifiche, l'impegno è quello di creare, anche tramite formazione, addetti alla manutenzione e all'aggiornamento di tali mezzi; per la creazione della rete intranet, si potrebbero acquisire competenze specialistiche.

COMUNICAZIONE ESTERNA/URP

a) tra i media scritti:

- Pubblicazioni aziendali di tipo non periodico.
- Rivisitazione della Cartellonistica interna ai Presidi.
- Compilazione dei questionari on line della nuova Rilevazione della Qualità Percepita dell'A.R.N.A.S. attraverso la possibilità di inquadrare un QR Code.

- Aggiornamento della Carta dei servizi; tale carta (presente nel sito aziendale) deve essere facilmente reperibile dai tutti gli utenti; quindi, si renderà maggiormente visibile sul sito web dell'Azienda, in modo da essere individuata più facilmente dall'utenza.

b) tra i media parlati:

- Implementazione di centri informativi interni all'Azienda, come stand informativi con personale istruito su organizzazione e tutte le informazioni potenzialmente utili agli utenti;
- Creazione Eventi sull'attività aziendale da condividere con il CCA dell'A.R.N.A.S..

c) tra i nuovi media:

- implementazione del sito aziendale www.arnascivico.it rendendolo ancora più usufruibile per l'utenza.

- Dal 10 febbraio 2021 è disponibile il portale web del servizio regionale SovraCUP, che consente la prenotazione di prestazioni sanitarie ai cittadini dotati di identità digitale SPID e ricetta de materializzata (<https://sovracup.regione.sicilia.it/home>).

Inoltre, è attivo il Portale del Cittadino accessibile con il seguente indirizzo <https://cittadino.arnascivico.it>. (<https://cittadino.arnascivico.it/ui/auth/login-spid>).

INFORMAZIONE / COMUNICAZIONE ESTERNA / UFFICIO STAMPA

L'Azienda ha proceduto ad allineare l'organigramma dell'Ente alla legge quadro della Comunicazione Pubblica n. 150/2000 "Disciplina delle attività di Informazione e di Comunicazione delle Pubbliche Amministrazioni" che all'art. 9 prevede e regola gli "Uffici Stampa" costituiti da personale iscritto all'albo nazionale dei Giornalisti (art. 9, comma 2). In linea con la normativa di riferimento richiamata e l'attuale Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro - Comparto Sanità - l'Ufficio Stampa aziendale è gestito dalla figura professionale dello Specialista nei rapporti con i media - Giornalista pubblico - Area dei professionisti della Salute e dei funzionari - profilo di cui per il 2025 l'Ente si è dotato come da deliberazioni n. 630/2024 e n. 503/2024.

L'ufficio Stampa favorisce lo sviluppo dei processi volti a realizzare gli obiettivi di una comunicazione integrata: Interna – Esterna. In particolare, -promuove la tutela della reputazione aziendale e tutte le azioni volte ad incrementare l'attrattività dell'Azienda rispetto all'offerta sanitaria in risposta ai bisogni di Salute ed in linea con il processo di aziendalizzazione (DLGS. 502/92), attraverso la diffusione presso i media, il pubblico e le istituzioni della descrizione delle attività anche mediante la pianificazione ad hoc, in sinergia, con i colleghi giornalisti esterni di appositi servizi audio - visivi, interviste, conferenze stampa e focus coi media in ambito di eventi.

ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE ESTERNA IN PROGRAMMAZIONE AL 2025

Comunicazione Esterna	Comunicazione interna	Comunicazione Interistituzionale
- Ottimizzazione delle informazioni - Implementazione presenza mediatica - Redazione creatività per attività divulgative - Realizzazione contenuti informativi e di pubblica utilità inerenti eventuali calendarizzazioni open day finalizzati ad attività di screening delle UO aziendali - Redazione di contenuti volti all'adesione a campagne di comunicazione per la Salute promosse da attori centrali, territoriali e/o scientifici - Implementazioni della diffusione di attività di informazione al pubblico - Redazione Comunicati stampa - Predisposizione di Conferenze Stampa - Note stampa/rettifiche riscontri di cronaca - Pianificazione Interviste - Promozione, organizzazione e comunicazione Eventi Aziendali rivolti a pubblici esterni - Creazione di Mailing list stampa - Realizzazione Servizi audio - visivi	- Promozione attività e metodiche di Team work - Focus group - Brainstorming - Briefing - Proposta e redazione di Protocolli Procedure e Regolamenti di campo - Informazione Comunicazione e Media e Pubblici esterni - Predisposizione e gestione <i>team communication crisis</i> management - Newsletter interna - Corsi di formazione in materia di comunicazione sanitaria e di Salute - Creazione di Mailing list dipendenti differenziate per specialità - Realizzazione di brief creativi - Abbonamenti agenzie stampa e/o quotidiani locali - Attività istruttorie endoprocedimentali relative al segmento di competenza	- Veicolazione e adesione a Campagne di comunicazione per la salute - Implementazione eventi a sfondo sanitario in collaborazione con altri enti e istituzioni del territorio - Implementazione comunicazione interna relativamente ad indirizzi/ direttive/ circolari e documenti inerenti la comunicazione - Implementazione informazioni al circuito aziendale di direttive del Dipartimento Funzione Pubblica e del Ministero della Salute o promananti da attori sovraordinati di sistema SSN - Supporto e ricerca documentale - Attività volte alla conoscenza ed all'allineamento normativo sistemico rispetto alle normative che coinvolgono la Comunicazione Pubblica - Eventi volti allo sviluppo di attività di comunicazione in relazione ad attività di enti vigilati del Ministero/ (es. piano esiti Agenas) - Redazione contenuti di comunicazione o attività di diffusione informativa e/o eventi in relazione ad eventuali progetti obiettivo aziendali

OBIETTIVI GENERALI COMUNICAZIONE 2025

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVO OPERATIVO	TARGET	DESCRIZIONE DELL'AZIONE	ATTORI COINVOLTI	PERIODO DI REALIZZAZIONE	INDICATORE REALIZZAZIONE RISULTATO	RISULTATO ATTESO	BUDGET
MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE INTERNA	Promozione modalità operative di comunicazione all'URP	Dipendenti ARNAS	utilizzo mail ddel dominio Archiflow, telefoni interni e software dedicato	Direttori UU.OO. e operatori URP	entro il 31/12/2025	% di comunicazioni effettuate	100%	€ 0,00
	Evento annuale dell'ARNAS	Dipendenti ARNAS	creazione evento annuale	Dipendenti ARNAS	entro il 31/12/2025	creazione evento	realizzazione evento	€ 0,00
POTENZIAMENTO DEGLI STRUMENTI ATTI ALLA COMUNICAZIONE ESTERNA	Implementazione dotazioni bacheche	Dipendenti ARNAS e utenti	censimento presenza bacheche negli edifici interni all'ARNAS	Direttori Area Affari Generali, Area Tecnica, Area Provveditorato	entro il 31/12/2025	dotazione completa di bacheche per ogni edificio interno all'ARNAS	100%	€ 500,00
	Rinnovo CCA ARNAS	Associazioni del volontariato del CCA e cittadini	procedura di rinnovo in base a normativa vigente	Responsabile URP, Dirigente Staff e Management	entro il 31/12/2025	insediamento CCA ARNAS	verbale di insediamento CCA	€ 0,00
	Evento annuale insieme al CCA ARNAS	Dipendenti ARNAS, Associazioni del volontariato del CCA e cittadini	creazione evento su operatività del CCA e collaborazione con l'ARNAS	Management Aziendale, Cca, Educazione alla Salute, Servizio Sociale	entro il 31/12/2025	creazione evento	realizzazione evento	da definire in corso d'opera
	Implementazione attività di informazione	Media	comunicati stampa e social media	Management Aziendale, Cca, Educazione alla Salute, Servizio Sociale	entro il 31/12/2025	comunicati aziendali	pubblicazioni stampa e social media	da definire in corso d'opera

OBIETTIVI DI COMUNICAZIONE INTERNA 2025

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVO OPERATIVO	TARGET	DESCRIZIONE DELL'AZIONE	ATTORI COINVOLTI	PERIODO DI REALIZZAZIONE	INDICATORE REALIZZAZIONE RISULTATO	RISULTATO ATTESO	BUDGET
PROMUOVERE PRESSO GLI OPERATORI L'IDENTITA' E L'IMMAGINE AZIENDALE	Pubblicazioni aziendali	Dipendenti ARNAS	realizzare nel sito aziendale una pagina tipo dedicata alle news aziendali	Dirigenti ARNAS e operatori URP	entro il 31/12/2025	trasmissione al Management della edizione 0	Si	€ 0,00
	Riunioni	Dipendenti ARNAS	predispone Piano di adeguamento / aggiornamento segnaletica	Dirigenti ARNAS, Staff ARNAS e operatori URP	entro il 31/12/2025	realizzazione riunioni	Partecipazione	€ 0,00
	Rilevazione fabbisogni formativi e adozione Piano di Formazione	Dipendenti ARNAS	nuova rilevazione aziendale Qualità percepita	Dipendenti ARNAS per il tramite dei Direttori UU.OO.	entro il 31/12/2025	Piano di Formazione 2025	Adozione Piano	€ 0,00
	Attività Multimediale	Dipendenti ARNAS	implementazione del sito www.arnascivico.it e applicazione smartphone ARNAS Civico	Direttori UU.OO., Informatizzazione e Staff	entro il 31/12/2025	e-mails e mailinglist attivate	100%	€ 0,00

OBIETTIVI DI COMUNICAZIONE ESTERNA 2025

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVO OPERATIVO	TARGET	DESCRIZIONE DELL'AZIONE	ATTORI COINVOLTI	PERIODO DI REALIZZAZIONE	INDICATORE REALIZZAZIONE RISULTATO	RISULTATO ATTESO	BUDGET
ACCRESCE CULTURA DELLA ATTENZIONE ALL'UTENZA	Pubblicazione di tipo non periodico	utenti e operatori interni	realizzare nel sito aziendale una pagina tipo dedicata alle news aziendali	Management Aziendale, Direttori Dipartimenti, Staff Aziendale	entro il 31/12/2025	creazione pagina sul sito	Realizzazione periodico informativo	€ 0,00
	Uniformare e completare la segnaletica nei luoghi di accesso	utenti e operatori interni	predispone Piano di adeguamento / aggiornamento segnaletica	Area Tecnica, Area Affari Generali, Area Provveditorato	entro il 31/12/2025	cartelli aggiornati	50% fabbisogno	da definire in corso d'opera
	Rilevazione Qualità percepita	utenti	nuova rilevazione aziendale Qualità percepita	URP, UU.OO. dell'ARNAS	entro il 31/12/2025	avvisi con QR Code e interviste nelle degenze	Questionari compilati	€ 0,00
	Aggiornare Carta dei Servizi	utenti	raccolta aggiornamenti dalle UU.OO. ARNAS	Direttori, UU.OO. dell'ARNAS e Qualità Aziendale	entro il 31/12/2025	realizzazione Carta dei Servizi 2025	Si	€ 0,00
	Implementazione centri informativi	utenti	predispone dislocazione Punti Informativi	Management Aziendale, Direttori Dipartimenti, Staff Aziendale	entro il 31/12/2025	verifica sedi dei P.I.	50%	da definire in corso d'opera
	Realizzazione evento con CCA ARNAS	utenti	riunione annuale sull'attività del CCA all'interno dell'Azienda	Management Aziendale, Area Tecnica, Staff Aziendale	entro il 31/12/2025	creazione evento	Realizzazione riunione	da definire in corso d'opera
	Attività Multimediale	utenti	implementazione del sito www.arnascivico.it e applicazione smartphone ARNAS Civico	Management, Informatizzazione, CUP, Staff	entro il 31/12/2025	realizzazione correttivi su piattaforme web e/o mobili	Si	da definire in corso d'opera

2.1.3 Obiettivi di accessibilità fisica e digitale

Il processo di “Transizione Digitale” ha come obiettivo la realizzazione di un'amministrazione digitale e aperta, che offra servizi pubblici digitali facilmente utilizzabili, sicuri e di qualità, tali da garantire una relazione trasparente e aperta con i cittadini, a prescindere dalla condizione fisica della singola persona.

L'Azienda al fine di facilitare l'accesso alle informazioni ed ai servizi da parte dei cittadini/utenti, sul proprio sito aziendale revisiona ed aggiorna costantemente delle news e delle informazioni e dei contenuti inerenti all'accessibilità ai servizi aziendali. Migliora la chiarezza delle informazioni e aggiorna costantemente delle notizie e attendibilità delle stesse anche con link in siti istituzionali validati.

Al fine di migliorare l'accessibilità digitale da parte dei cittadini, l'Azienda ha messo a disposizione il nuovo portale del cittadino accessibile all'indirizzo <https://cittadino.arnascivico.it>, che consente al cittadino la prenotazione di prestazioni ambulatoriali in regime SSN. Attraverso il portale è inoltre possibile spostare o disdire le prenotazioni effettuate.

L'accesso al portale avviene utilizzando l'autenticazione SPID. Il promemoria di prenotazione, rilasciato dal portale, qualora sia dovuto il pagamento del ticket, contiene una pagina aggiuntiva che riporta il codice avviso e il QR code, che consentono al cittadino di effettuare il pagamento attraverso tutti i canali messi a disposizione da pagoPA (Sito del tuo Ente Creditore, della tua Banca, carte di credito, conto corrente, Applicazione mobile IO, ecc...). PagoPA è la piattaforma nazionale che permette di scegliere come effettuare pagamenti verso la Pubblica Amministrazione. L'obiettivo è quello di completare ed estendere le funzionalità del portale anche con il ritiro dei referti, della documentazione e di eseguire i pagamenti direttamente dal portale del cittadino tramite PagoPA, è stato raggiunto entro la fine del 2022.

Stakeholder: i cittadini ultrasessantacinquenni e cittadini con disabilità e il valore pubblico da incrementare è di tipo sociale e sanitario.

2.1.4 Obiettivi di digitalizzazione

L'attuale programmazione Aziendale degli interventi ricadenti in questo ambito ha lo scopo, anche ricorrendo alle risorse messe a disposizione del PNRR, di consolidare ed innalzare il livello medio di digitalizzazione dei vari processi diagnostici, clinici, assistenziali ed amministrativi all'interno delle singole strutture aziendali.

L'obiettivo primario è quello di proporre servizi innovativi sempre più a misura di paziente e facilitare il lavoro degli operatori informatizzando i processi.

Gli obiettivi programmati ed in itinere sono:

- il completamento del sistema di Cartella Clinica Elettronica (CCE). Saranno effettuate quindi le necessarie verticalizzazioni e specializzazioni della CCE Ambulatoriale e di Degenza, saranno introdotti sistemi a supporto dei reparti e degli ambulatori per la prescrizione, erogazione e somministrazione di farmaci e prestazioni;

- la digitalizzazione Cartelle Cliniche;

- la dematerializzazione della documentazione sanitaria ed amministrativa.

- l'implementazione della telemedicina Domiciliare mediante l'attivazione della televisita presso Unità Operative individuate per pazienti con patologie croniche e/o con difficoltà di accesso alle strutture aziendali;

- la garanzia della piena attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso il completamento della dematerializzazione di tutta la documentazione clinico-medica e delle prescrizioni ambulatoriali;

- il consolidamento ed il potenziamento dei sistemi di sicurezza informatica, a livello infrastrutturale, per garantire protezione ai dati e alle comunicazioni; Il tema della sicurezza informatica riveste un ruolo sempre più importante in considerazione anche dei crescenti tentativi di "intrusione" nelle banche dati aziendali; vista la complessità e la continua evoluzione del sistema informatico/informativo aziendale si ritiene necessario aumentare la sicurezza mediante opportuni investimenti tecnologici (sia di HW che di SW), attivare nuovi servizi sistemi di monitoraggio sulla rete e una ridefinizione delle strategie aziendali in tema di Cybersecurity; le iniziative più rilevanti riguardano l'implementazione dei sistemi di *Backup* dei dati, l'adeguamento dei sistemi di autenticazione agli accessi delle banche dati e la sicurezza degli accessi da remoto; parallelamente verranno sviluppati nuovi sistemi di monitoraggio della rete e dei server aziendali, *Disaster Recovery e Business Continuity su Cloud/Vm*, Sistemi di Sicurezza di Rete e Perimetrale, Sistemi di Sicurezza Client e Server – *Syslog*;

- la fornitura, in numero adeguato alle dimensioni ed alle peculiarità di ciascuna unità aziendale di dispositivi informatici quali: desktop, laptop, tablet, carrelli informatizzati, stampanti, etichettatrici, totem multifunzione, monitor informativi, ecc. al fine di consentire la fruizione, sia da postazioni fisse sia in mobilità, delle funzionalità previste dai sistemi informativi, disponibili per gli operatori e/o per gli assistiti;

- la dotazione di Armadio Digitale Intelligente Farmaci/Dispositivi + Carrello Digitale Automatizzato Terapia;

- la dotazione di Hardware e Software per Salvataggio Dati e Macchine Virtuali su Nastro, Ampliamento Storage, Potenziamento Infrastruttura Virtualizzazione;

- la fornitura Sistemi a Servizio della Continuità Elettrica e Regolazione della Temperatura e Umidità; Sistemi Hw a Supporto della Continuità di Servizio dei Datacenter;

- implementazione del principio del cloud first mediante progressiva migrazione dell'infrastruttura ICT al Polo Strategico Nazionale.

Stakeholder: tutti gli utenti che usufruiscono dei servizi offerti dall'Azienda e il valore pubblico da incrementare è di tipo sociale e sanitario.

2. 2 Performance

Piano delle Performance 2025

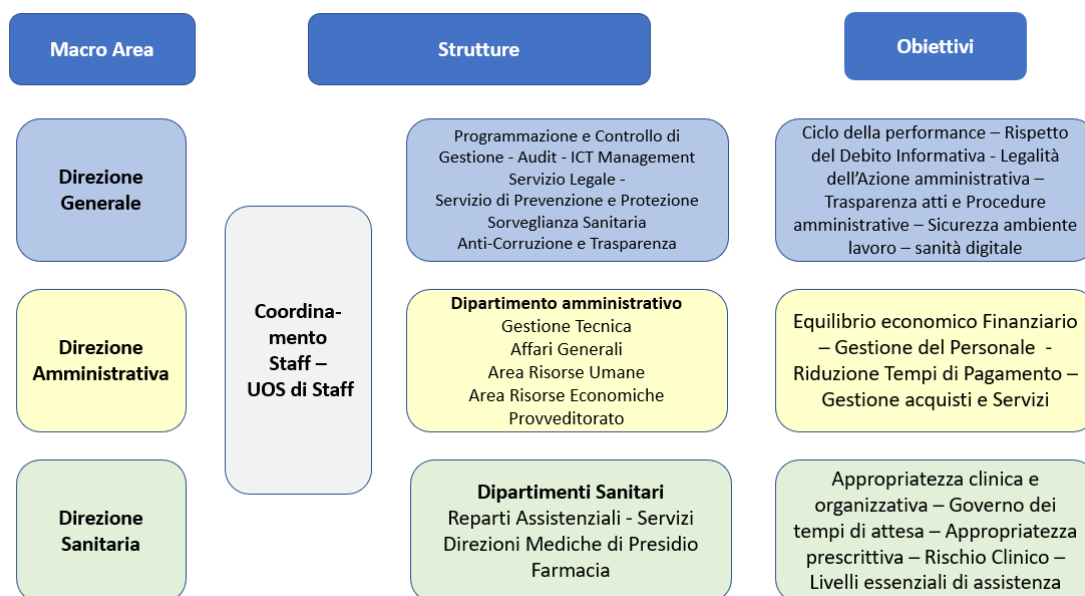
Al fine di dare implementazione alle azioni finalizzate al perseguimento degli obiettivi di mandato, degli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria assegnati al Direttore Generale nel luglio 2024, si è comunque proceduto all'assegnazione degli obiettivi alle strutture di *line*.

Il processo di budgeting è il meccanismo attraverso il quale l'Azienda opera il diretto coinvolgimento e la responsabilizzazione dei dirigenti nel raggiungimento degli obiettivi assegnati alle rispettive strutture e procede al loro sistematico monitoraggio per la rilevazione dei livelli di performance conseguiti.

Il Piano della Performance si pone lo scopo di:

- portare a conoscenza dei cittadini e degli stakeholder gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi che l'Azienda intende realizzare rendendo noti i risultati attesi;
- attuare percorsi di miglioramento continuo della performance;
- valorizzare il processo di budget ed il sistema di valutazione del personale migliorando la consapevolezza rispetto agli obiettivi dell'Azienda;
- supportare i processi decisionali in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti ed indiretti (creazione del Valore Pubblico).

L'albero della Performance



Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Il processo di programmazione in Azienda nasce dall'unione tra gli obiettivi derivanti dalla Legge Regionale n°5 del 2009 ed il Decreto-legge n°78 del 31 maggio 2010, con cui la Regione Sicilia si è avvalsa della possibilità concessale di chiedere la prosecuzione del Piano di Rientro nei termini indicati nel Patto per la Salute. Sulla base di tali indicazioni sono state individuate strategie condivise ed è stato avviato un processo di responsabilizzazione di tutti gli operatori aziendali.

È stato previsto un processo di distribuzione a cascata degli obiettivi, che parta dagli obiettivi **General** e di **Funzionamento dei Servizi** assegnati all'Azienda dall'Assessorato della Salute, e che preveda un collegamento diretto degli stessi ad un sistema di indicatori con la caratteristica di essere misurabile,

trasparente ed oggettivo. Contestualmente, sono stati individuati anche i criteri sulla base dei quali procedere alle diverse tipologie di valutazione, anche attraverso il sistema di determinazione dei risultati attesi e di ponderazione degli obiettivi.

Il processo di budgeting, valutazione e verifica dei risultati (titoli II e III D.Lgs. 150/09)

Il Budget è lo strumento con il quale, annualmente, vengono trasformati piani e programmi aziendali in specifici obiettivi articolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative ed economiche interne.

Gli obiettivi in esso contenuti vengono definiti nel rispetto dei piani e dei programmi aziendali strategici scaturenti dalla mission aziendale e dagli obiettivi individuati dall'Assessorato regionale alla Salute quale organo di indirizzo politico amministrativo.

Gli obiettivi contenuti nel budget rappresentano un parametro di riferimento per la valutazione dei risultati conseguiti dall'organizzazione Aziendale e dalle singole unità operative anche ai fini del sistema premiante. Infatti, il sistema di budget è inteso come istituto con esso strettamente integrato.

Il processo di budget avviene attraverso una negoziazione tra la Direzione Strategica Aziendale (coadiuvato dal Comitato di Budget formalmente nominato) ed i Responsabili delle Strutture individuate nel Piano dei Centri di Costo e Responsabilità aziendale. Nelle singole schede di budget vengono individuati sia i risultati da raggiungere che le attività da effettuare a risorse disponibili (o, comunque, eventuali risorse aggiuntive la cui futura attribuzione è già stata decisa con apposito provvedimento).

Si tratta, quindi, di un Budget Operativo che si basa sul miglioramento nell'erogazione dei servizi e nell'impiego delle risorse strutturali assegnate mediante l'esplicitazione contestuale di obiettivi di attività, di qualità e di monitoraggio interno.

Il Comitato Di Budget per l'anno 2025 è stato nominato con deliberazione n.753 del 29/11/2024. Gli Obiettivi sono stati definiti e condivisi dal Comitato Aziendale nella riunione di insediamento del 10/12/2024.

Con nota del 24/12/2024 e n. prot. specifico per Dipartimento, si è proceduto alla trasmissione delle schede contenenti gli obiettivi assegnati ai Direttori/Responsabili delle UOC/UOSD dell'Area Sanitaria con l'invito a restituire le stesse firmate dopo condivisione all'interno dei Dipartimenti. In caso di mancata condivisione la Direzione si è resa disponibile a singoli incontri. Gli obiettivi del Dipartimento Amministrativo, della UOC Programmazione e Controllo di Gestione e dello Staff della Direzione Strategica sono stati oggetto di negoziazione dal 23 al 24/12/2024.

La presa d'atto delle procedure di Budget 2025 è avvenuta nel gennaio 2025 (deliberazione n.18 del 10/01/2025).

Sono stati assegnati:

- obiettivi strategici/gestionali che rispondono alla necessità di perseguire le strategie individuate dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e vengono assegnati, a cascata, ai Dipartimenti/UU.OO. coinvolte nella loro realizzazione; comprendono anche gli obiettivi sull'attività svolta, anch'essi declinati per ogni singola unità operativa che rispondono alle linee di indirizzo clinico da seguire nell'erogazione delle prestazioni, nell'ottica dell'efficientamento e della appropriatezza;

- obiettivi di qualità (individuati coerentemente con i requisiti di accreditamento istituzionale ex DA n°890/2002) prevedono progetti di valutazione, verifica e miglioramento della qualità, gestione del rischio clinico, elaborazione di nuove linee guida e/o percorsi diagnostici, implementazione o mantenimento degli standard JCI.

A consuntivo, la Direzione Generale, attraverso gli organi a tale procedura delegati, procede alla verifica dei risultati raggiunti sia per la valutazione che per l'erogazione della retribuzione di risultato. La verifica si basa sulla regolamentazione interna di vari istituti contrattuali (per la quale è prevista la rimodulazione in corso d'anno anche in ossequio a quanto disposto dal titolo III del D.Lgs. n°150/09), ed effettuata dall'organo preposto alla valutazione aziendale che tiene conto di eventuali controdeduzioni in caso di mancato raggiungimento o scostamento rispetto ai valori attesi.

Obiettivi di Area Amministrativa – Staff – Controllo di Gestione (nell'allegato 2 il dettaglio per UO)

Obiettivi di Area Sanitaria (nell'allegato 3 il dettaglio per UO)

Dipartimento Cardiovascolare		
cod	obiettivo	peso
A.02	Tempestività degli interventi a seguito di frattura femore	12
A.03	Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. stemi	12
A.04	Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	102
A.07	Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	43
A.08	Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	30
A.09	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	34
A.33	Chiusura registro operatorio on-line	16
A.49	Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	19
A.53	Gestione Liste di Attesa: Applicazione Piano operativo aziendale di recupero liste d'attesa	29
G.01	Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	103
G.04	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	35
G.05	Fascicolo Sanitario Elettronico	118
G.19	Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	21
G.23	Progettazione e realizzazione di almeno 1 progetto formativo aziendale ECM	3
Q.04	Lotta infezioni ospedaliere	9
Q.11	Azioni previste dal Decreto. Ass. PDTA Cardio Oncologica.	5
Q.13	Attuazione linee guida stemi PDTA Regionale	3
Q.14	Percorsi aziendali condivisi	6
somma peso		600

Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Interventistica		
cod	obiettivo	peso
A.04	Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	123
A.16	Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami TAC ed RMN	42
A.20	Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di esami scintigrafici	20
A.26	Controlli di qualità e prove di accettazione delle attrezzature radiologiche	50
A.27	Soddisfaccimento degli studi fisico-dosimetrici per i piani di terapia richiesti	30
A.30	Servizi-Miglioramento tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	18
A.33	Chiusura registro operatorio on-line	10
A.46	Riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	88
G.01	Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	88
G.04	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	46
G.05	Fascicolo Sanitario Elettronico	65
Q.01	Appropriatezza Esami Scintigrafici, Misurazione applicazione linee guida	4
Q.02	Sicurezza sala operatoria	16
somma peso		600

Dipartimento di Emergenza Urgenza		
cod	obiettivo	peso
A.02	Tempestività degli interventi a seguito di frattura femore	57
A.04	Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	172
A.05	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni.	12
A.07	Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	42
A.08	Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	42
A.09	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	17
A.24	Attività di trasporto alle strutture delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale di organi, emoderivati e materiali sanitari	25
A.25	Gestione del rapporto con l'utenza dell'emergenza, secondo le linee guida della Regione siciliana e del Servizio Sanitario Regionale.	16
A.33	Chiusura registro operatorio on-line	58
A.37	Donazione organi	40
A.47	Aumento numero parti analgesia	6
A.53	Gestione Liste di Attesa: Applicazione Piano operativo aziendale di recupero liste d'attesa	12
G.01	Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	70
G.04	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	53
G.05	Fascicolo Sanitario Elettronico	199
G.17	Aumento delle competenze degli operatori di PS, in ambito di emergenza urgenza, con particolare riferimento ai privilege.	15
G.19	Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	12
G.23	Progettazione e realizzazione di almeno 1 progetto formativo aziendale ECM	17
G.25	Partecipazione del Personale Sanitario alle attività formative di reparto	16
Q.04	Lotta infezioni ospedaliere	5
Q.05	Azioni previste dal Decreto. Ass. Blood Management	4
Q.14	Percorsi aziendali condivisi	5
Q.21	Miglioramento della transizione Ospedale - Domicilio dei pazienti cronicamente critici con ventilazione per via tracheostomica	5
somma peso		900

Dipartimento di Medicina Clinica		
cod	obiettivo	peso
A.04	Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	215
A.06	Potenziamento Screening oncologici	22
A.07	Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	44
A.08	Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	70
A.09	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	48
G.01	Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	125
G.04	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	58
G.05	Fascicolo Sanitario Elettronico	179
G.19	Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	52
G.27	Miglioramento della gestione delle richieste di PS	15
Q.04	Lotta infezioni ospedaliere	12
Q.06	Accreditamento SIED	5
Q.12	Prevenzione della malnutrizione in ospedale	8
Q.23	Abbattere la percentuale di drop out dei pazienti presi in carico presso l'UOSD, attraverso nuove e diversificate metodologie di follow-up dei Pazienti	30
Q.24	Percorsi condivisi Dipartimentale/Interdipartimentale	117
somma peso		1000

Dipartimento di Oncologia		
cod	obiettivo	peso
A.04	Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	187
A.06	Potenziamento Screening oncologici	17
A.07	Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	31
A.08	Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	73
A.09	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	24
A.28	Completezza della cartella clinica e radioterapia	35
A.33	Chiusura registro operatorio on-line	24
A.51	Rispetto dei volumi indicati dal DM 70/2015 in coerenza con le linee guida internazionali sugli standard di qualità per le Breast Unit	16
A.52	Qualità Flusso Hospice	40
A.53	Gestione Liste di Attesa: Applicazione Piano operativo aziendale di recupero liste d'attesa	26
G.01	Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	152
G.04	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prev. della corruzione e della Trasparenza	73
G.05	Fascicolo Sanitario Elettronico	180
G.19	Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	45
Q.08	Appropriatezza Clinico/Organizzativa: Valutazione pazienti ricoverati presso UO Ginecologia Oncologica da avviare o meno a radioterapia	7
Q.09	Procedure sedazione paziente	7
Q.12	Prevenzione della malnutrizione in ospedale	11
Q.16	Applicazione procedura tempistiche esami di primo livello	4
Q.18	Restituzione unità sangue non utilizzate entro 72 ore	8
Q.22	Sviluppare uno studio osservazionale con campionamento su prescrizione medica specialistica in cure palliative	40
somma peso		1000

Dipartimento di Pediatria		
cod	obiettivo	peso
A.04	Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	184
A.07	Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	58
A.08	Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	129
A.09	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	45
G.01	Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	144
G.04	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	66
G.05	Fascicolo Sanitario Elettronico	277
G.19	Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	52
G.23	Progettazione e realizzazione di almeno 1 progetto formativo aziendale ECM	5
Q.04	Lotta infezioni ospedaliere	7
Q.10	Elaborazione di un PDTA per pazienti affetti da Talassemia Major	5
Q.11	Azioni previste dal Decreto. Ass. PDTA Cardio Oncologica.	7
Q.14	Percorsi aziendali condivisi	16
Q.17	Formazione in house implementazione utilizzo carrello di emergenza	5
somma peso		1000

Dipartimento Materno Infantile		
cod	obiettivo	peso
A.04	Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	74
A.06	Potenziamento Screening oncologici	14
A.07	Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	22
A.08	Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	62
A.09	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	15
A.14	Monitoraggio e governo della incidenza dei parti cesarei	10
A.33	Chiusura registro operatorio on-line	30
A.37	Donazione organi	31
A.38	Mantenimento normo temperatura intraoperatoria	12
A.39	Corretta compilazione delle schede per gli accessi vascolari centrali in Terapia intensiva pediatrica	12
A.53	Gestione Liste di Attesa: Applicazione Piano operativo aziendale di recupero liste d'attesa	37
G.01	Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	34
G.04	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.	20
G.05	Fascicolo Sanitario Elettronico	94
G.19	Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	16
Q.04	Lotta infezioni ospedaliere	5
Q.18	Restituzione unità sangue non utilizzate entro 72 ore	7
Q.20	Acquisire autonomia sull'esecuzione dell'esame di endoscopia bronchiale nel paziente pediatrico, riducendo la tempistica di erogazione	5
somma peso		500

Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi		
cod	obiettivo	peso
A.04	Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	40
A.11	Appropriatezza della prescrizione di esami diagnostici di laboratorio	80
A.18	Rendicontazione trimestrale alla UO "Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico" delle prestazioni erogate, in favore di pazienti ricoverati e dei costi per i servizi sostenuti per l'erogazione degli stessi	15
A.21	Vigilanza sull'attivazione dei Posti Letto aziendali	140
A.22	Vigilanza pasti con visite periodiche della commissione	24
A.23	Monitoraggio dati concernenti i rifiuti ospedalieri distinti per singola U.O.	20
A.30	Servizi-Miglioramento tempi di erogazione delle prestazioni intermedie	26
A.31	Corretta modalità di invio dei campioni istologici	12
A.36	Rendicontazione trimestrale dell'attività aziendale e regionale di donazione e trapianto di organi e tessuti	30
G.04	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prev. della corruzione e della Trasparenza.	93
G.05	Fascicolo Sanitario Elettronico	211
G.06	Corretta e puntuale gestione del Pilastro Beni (per la parte di competenza)	8
G.07	Verifica dei magazzini decentrati: verifica periodica, anche a campione, delle giacenze rilevate presso i magazzini decentrati presenti in azienda	25
G.08	Corretta gestione dei dati relativi al Flusso T: Inserimento dei dati relativi al Flusso T ed invio alla "UOS Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico" della attestazione di qualità entro 7 giorni dalla chiusura del mese di riferimento	25
G.09	Corretta gestione dei dati relativi al Flusso F - Dispensazione Diretta: Inserimento dei dati relativi al Flusso F ed invio alla "UOS Flussi Informativi e Monitoraggio Strategico" della attestazione di qualità entro 7 giorni dalla chiusura del mese di rif	25
G.11	Customer Satisfaction pazienti oncologiche con tumore al seno	25
G.12	Gestire le dinamiche nei gruppi di lavoro e ridurre lo stress	35
G.13	Adempimenti LEA: verifica e riconciliazione flussi farmaci (CFO - DD) - Modello CE	8
G.20	Monitoraggio stato di attività delle liste regionali per trapianto di organo	30
G.21	Organizzazione in ambito regionale di almeno due eventi di sensibilizzazione rivolti alla popolazione	15
G.22	Organizzazione in ambito regionale di almeno due corsi di formazione rivolti agli operatori del settore	15
Q.03	Controlli qualità	8
Q.05	Azioni previste dal Decreto. Ass. Blood Management	10
Q.07	Sicurezza delle cure	15
Q.15	Revisione del manuale della Qualità della UO	30
Q.19	Monitoraggio e trasmissione trim.dat. riferiti alla "restituzione entro 72 ore delle unità di sangue non utilizzate"	35
somma peso		1000

Dipartimento Testa Collo		
cod	obiettivo	peso
A.04	Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative e oncologiche	66
A.07	Ottimizzazione della gestione del 1° ciclo di terapia a pazienti dimessi	30
A.08	Performance: Garanzia LEA Area Ospedaliera	76
A.09	Allineamento degenza media dimessi (in linea diretta) regime ordinario con quella nazionale DRG specifica	27
A.33	Chiusura registro operatorio on-line	35
A.53	Gestione Liste di Attesa: Applicazione Piano operativo aziendale di recupero liste d'attesa	68
G.01	Mantenimento/Miglioramento capacità produttiva UO per FTE di Personale	62
G.04	Conoscenza e applicazione delle misure contenute nel Piano per la Prev. della corruzione e della Trasparenza.	19
G.05	Fascicolo Sanitario Elettronico	97
G.19	Miglioramento della comunicazione fra utenza e struttura Aziendale. Verifica affissione presso i reparti degli avvisi contenenti il QR Code attraverso il quale gli utenti esprimono il loro grado di soddisfazione della prestazione ricevuta	20
somma peso		500

Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano della performance

La gestione della performance, non si compone del solo processo di budget ma coinvolge tutto il personale dirigente e dipendente dell'Azienda, ciascuno in relazione al ruolo ricoperto. Attraverso la applicazione di questo processo, le diverse articolazioni aziendali possono individuare le priorità, le attività da realizzare, gli obiettivi e il comportamento atteso da parte di tutti i dipendenti.

Il ciclo completo di Gestione della Performance si articola nelle seguenti fasi e le relative responsabilità e coinvolgimenti, secondo lo schema proposto nelle Linee di indirizzo incorporate nel D.A. n°1821 del 26 settembre 2011.

Fase	Soggetti Coinvolti
Fase 1 - Definizione e assegnazione: - obiettivi che si intendono raggiungere, - valori attesi di risultato, - indicatori	Direzione Strategica Comitato di Budget
Fase 2 - Monitoraggio in corso di esercizio	Direzione Strategica UOC Programmazione e Controllo di Gestione
Fase 3 - Misurazione e Valutazione annuale della Performance Individuale	Direttore/Responsabile di Struttura OIV
Fase 4 - Misurazione e Valutazione Annuale delle Unità Organizzative	Comitato di Budget UOC Programmazione e Controllo di Gestione OIV
Fase 5 - Utilizzo dei Sistemi Premianti, secondo criteri di valorizzazione fissati dal vigente regolamento Aziendale	Area Risorse Umane
Fase 6 - Rendicontazione dei risultati a tutti gli stakeholders mediante Relazione della Performance pubblicata sul sito aziendale	Direzione Strategica UOC Programmazione e Controllo di Gestione

La misurazione e la valutazione della performance

Il processo annuale di valutazione della performance riguarda tutto il personale dell'Azienda (sia Dirigenza che Comparto) e si estrinseca attraverso la contestuale valutazione della performance organizzativa ed individuale. Fermo restando il disposto di cui all'articolo 3 – comma 2 del Decreto Legislativo n°150/09 relativamente all'oggetto della valutazione, le linee di indirizzo riportate nel Decreto Assessoriale n°1821 del 26 settembre 2011 richiedono infatti che si proceda alla disciplina di due livelli di valutazione:

- 1- delle strutture complesse e semplici dipartimentali ("valutazione della performance organizzativa");
- 2- dei singoli dipendenti e dirigenti ("valutazione della performance individuale").

Per tutto il personale, comparto e dirigenza, la performance organizzativa della struttura di appartenenza, costituisce parte integrante del processo di erogazione del salario di risultato. Il peso attribuito a tale componente di performance varierà in funzione del livello di responsabilità, risultando massimo per i dirigenti responsabili di struttura e minimo per i ruoli del comparto.

Valutazione della performance organizzativa

La misurazione e la valutazione della performance organizzativa concerne “ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso” (art. 7, co. 2, lett. a, d.lgs. 150/2009) e nelle sue articolazioni organizzative, con riferimento – nel caso specifico dell’Azienda ARNAS Civico – alle Strutture di Dipartimento e le Unità Operative come previsto in sede di Linee di Indirizzo Regionali e secondo modalità conformi alle direttive impartite dalla Commissione di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 150/09.

Gli **ambiti di misurazione e valutazione della performance organizzativa** (art.8.d.lgs. 150/2009) riguardano:

- l’attuazione delle politiche attivate sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- l’attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell’effettivo grado di raggiungimento dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell’organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- l’efficienza nell’impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all’ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- la promozione delle pari opportunità.

Nella misurazione della performance organizzativa i **macro-ambiti di riferimento** sono:

- il grado di attuazione della strategia: ha l’obiettivo di verificare quanto l’unità organizzativa metta in atto la mission aziendale in coerenza con gli obiettivi strategici affidati all’intera Azienda dall’Assessorato regionale della Salute;
- il portafoglio delle attività: ha l’obiettivo di verificare le attività e i servizi con i quali l’unità organizzativa si rapporta agli utenti, all’ambiente di riferimento ed ai portatori di interesse; in funzione dell’area di appartenenza della struttura sono inseriti nelle schede di valutazione specifici indicatori, in parte derivanti dalle indicazioni della L.R: 5/2009, nonché dal D.A. n°1821 del 24 settembre 2009;
- lo stato di salute dell’unità organizzativa: riguarda la verifica dello stato economico finanziario, nel cui ambito misurare e valutare l’efficienza nell’impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento dei costi e la sicurezza del luogo di lavoro.

Al termine del processo formale di determinazione e distribuzione degli obiettivi annuali, viene prodotta una scheda per la misurazione e la valutazione degli obiettivi organizzativi che comprenderà molteplici aree, direttamente o indirettamente collegate agli ambiti di riferimento di cui sopra, ma comunque in coerenza con quanto già descritto precedentemente.

Il punteggio complessivo conseguito dall’Unità organizzativa viene espresso in centesimi, ed indica il grado di conseguimento della performance organizzativa.

La misurazione dei risultati prevede che in azienda sia definito un processo di raccolta dei dati necessari della valorizzazione degli indicatori. Tale processo è abitualmente avviato dal Controllo di Gestione, che si avvale dei dati del sistema informativo aziendale, delle informazioni raccolte e verificate dalle altre strutture aziendali, e delle eventuali controdeduzioni formulate dai Responsabili di Struttura in corso d’anno o alla conclusione della prima iterazione della fase di verifica. Il modello di Scheda di Valutazione della Performance organizzativa (o di Struttura) può essere liberamente visionato all’interno dello specifico Regolamento Aziendale.

Valutazione della performance individuale dei dirigenti e del comparto

La misurazione e valutazione annuale della performance individuale riguarda tutto il personale dell'azienda, e, in base a quanto previsto dall'articolo 9 del D.lgs. n°150/09, è collegata "al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali, alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze dimostrate e ai comportamenti professionali e organizzativi".

Gli scopi prioritari della misurazione e valutazione della performance individuale (Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance - Presidenza del Consiglio dei ministri Dipartimento della Funzione Pubblica, Ufficio per la valutazione della performance - N. 2 Dicembre 2017) sono i seguenti:

- evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- chiarire e comunicare che cosa ci si attende, in termini di risultati e comportamenti, dalla singola persona;
- supportare le persone nel miglioramento della loro performance (generare allineamento con gli obiettivi complessivi dell'azienda);
- valutare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona (supportare l'allineamento);
- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole;
- premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane.

Il processo, i criteri e le regole di misurazione e valutazione delle performance vengono dettagliatamente esplicitati negli specifici regolamenti aziendali, tutti liberamente consultabili sul sito istituzionale.

Sperimentazione schede valutazione di prima istanza Dirigenza Sanitaria Medica

Il Decreto Assessoriale n.1563 del 14/12/2023 – Approvazione della proposta di sperimentazione degli strumenti di valutazione di prima istanza della Dirigenza Sanitaria Medica nella Regione Siciliana, individua l'ARNAS Civico G.Di Cristina Benfratelli fra le Aziende che prenderanno parte alla sperimentazione applicativa delle schede di cui all'oggetto del decreto.

Le schede, già condivise con i Direttori di Dipartimento e con le OOSS, verranno proposte per aree di attività omogenee come da tabelle a seguire in parallelo alle schede già in uso da Regolamento Aziendale.

Scheda di Valutazione di Prima Istanza

UOC _____

Dirigente: _____

Nome: _____

Cognome: _____

Incarico _____

Valutatore _____

Area Emergenza

Gestione della casistica, dei processi e degli esiti clinici

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Reparto degenza (compresa TI)	n. ricoveri accettati/ n. ricoveri totali				
	n. dimissioni effettuate/ n.dimissioni totali (compilazione SDO)				
Pronto Soccorso	n.pazienti dimessi (a domicilio, a struttura ambulatoriale, trasferimento in altre strutture in assenza di pl aziendali competenti per disciplina)				
	n.pazienti dimessi dopo prima presa in carico				
	n. pazienti presi in carico per codice colore				
Attività certificativa (compilazione INAIL e INPS, diagnosi, prognosi, anagrafica) in casi di incidenti stradali, sul lavoro, ricovero/trasferimento paziente	n. di richieste correzioni post dimissione				
Anestesia	n. sedute operatorie effettuate presso UO ad alta complessità (o per procedure ad alta complessità)				
	n.interventi chiusi su sistema Ormaweb entro 48 ore dalla fine dell'intervento (per la parte di competenza anestesiológica)				
Altra Linea Operativa	<i>concordata fra Direttore UOC e Dirigente Medico</i>				
Totale			50		

Comportamenti/Servizio

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Servizio di Guardia/Reperibilità	n.turni pomeridiani				
	n.guardie notturne				
	n.guardie/reperibilità festive e prefestive				
ob.legati ai comportamenti	puntuale formalizzazione delle assenze per congedi ordinari, straordinari, permessi e benefici di legge				
	puntualità in servizio				
	segnalazioni negative da parte dell'URP				
	n.procedimenti disciplinari negativamente esitati				
Totale			30		

Attività scientifica/Formazione

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Qualità: partecipazione a procedure/istruzioni operative interne alla UO/dipartimento/azienda	n. partecipazioni garantite/n.partecipazioni richieste				
Formazione: proposta e sviluppo di almeno un argomento di approfondimento da discutere nell'ambito della UO/dipartimento	n. proposte effettuate/sviluppate				
Formazione: partecipazione agli incontri di approfondimento proposti dai dirigenti della UO/ dipartimento	n.partecipazioni/n.incontri proposti				
Altra attività scientifica					
Totale			20		

Scheda di Valutazione di Prima Istanza
UOC _____

Dirigente: _____ **Nome:** _____ **Cognome:** _____
Incarico _____
Valutatore _____

Area Chirurgica

Gestione della casistica, dei processi e degli esiti clinici

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Reparto degenza	n. ricoveri accettati/ n. ricoveri totali				
	n. dimissioni effettuate/ n.dimissioni totali (compilazione SDO)				
Area Ambulatoriale	n. prestazioni per esterni				
	n.consulenze/prestazioni per pazienti interni (compreso PS)				
Attività chirurgica	n. interventi da primo operatore				
	n. interventi da secondo operatore				
	verifica e supervisione per l'applicazione e la conseguente corretta compilazione della check list SO (primo operatore)				
	n.interventi chiusi su sistema Ormaweb entro 48 ore dalla fine dell'intervento (per la parte di competenza chirurgica)				
Altra Linea Operativa	<i>concordata fra Direttore UOC e Dirigente Medico</i>				
Totale			50		

Comportamenti/Servizio

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Servizio di Guardia/Reperibilità	n.guardie pomeridiane				
	n.guardie notturne				
	n.guardie/reperibilità festive e prefestive				
ob.legati ai comportamenti	puntuale formalizzazione delle assenze per congedi ordinari, straordinari, permessi e benefici di legge				
	puntualità in servizio				
	segnalazioni negative da parte dell'URP				
	procedimenti disciplinari				
Totale			30		

Attività scientifica/Formazione

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Qualità: partecipazione a procedure/istruzioni operative interne alla UO/dipartimento/azienda	n. partecipazioni garantite/n.partecipazioni richieste				
Formazione: proposta e sviluppo di almeno un argomento di approfondimento da discutere nell'ambito della UO/dipartimento	n. proposte effettuate/sviluppate				
Formazione: partecipazione agli incontri di approfondimento proposti dai dirigenti della UO/ dipartimento	n.partecipazioni/n.incontri proposti				
Altra attività scientifica					
Totale			20		

Scheda di Valutazione di Prima Istanza
UOC _____

Dirigente:

Nome: _____

Cognome: _____

Incarico _____

Valutatore _____

Area Medica

Gestione della casistica, dei processi e degli esiti clinici

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Reparto degenza	n. ricoveri accettati/ n. ricoveri totali				
	n. dimissioni effettuate/ n.dimissioni totali (compilazione SDO)				
Area Ambulatoriale	n. prestazioni per esterni				
	n.consulenze/prestazioni per pazienti interni (compreso PS)				
Attività diagnostica	n.procedure effettuate				
Altra Linea Operativa	<i>concordata fra Direttore UOC e Dirigente Medico</i>				
Totale			50		

Comportamenti/Servizio

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Servizio di Guardia/Reperibilità	n.guardie pomeridiane				
	n.guardie notturne				
	n.guardie/reperibilità festive e prefestive				
ob.legati ai comportamenti	puntuale formalizzazione delle assenze per congedi ordinari, straordinari, permessi e benefici di legge				
	puntualità in servizio				
	segnalazioni negative da parte dell'URP				
	procedimenti disciplinari				
Totale			30		

Attività scientifica/Formazione

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Qualità: partecipazione a procedure/istruzioni operative interne alla UO/dipartimento/azienda	n. partecipazioni garantite/n.partecipazioni richieste				
Formazione: proposta e sviluppo di almeno un argomento di approfondimento da discutere nell'ambito della UO/dipartimento	n. proposte effettuate/sviluppate				
Formazione: partecipazione agli incontri di approfondimento proposti dai dirigenti della UO/ dipartimento	n.partecipazioni/n.incontri proposti				
Altra attività scientifica					
Totale			20		

Scheda di Valutazione di Prima Istanza

UOC _____

Dirigente:

Incarico _____

Valutatore _____

Nome: _____

Cognome: _____

Area Servizi (Laboratori, Diagnostica per immagini)

Gestione della casistica, dei processi e degli esiti clinici

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Area Ambulatoriale	Elaborazione documento con tempi medi di consegna referti/emocomponenti per utenza esterna - per gruppo di lavoro	si			
	Volumi prestazionali richiesti e espletati in equipe per utenza esterna	95-100%			
	Ottemperanza alle direttive impartite	100%			
	Proposta di implementazione offerta analitica - per gruppo di lavoro	si			
	Revisione offerta analitica con eventuale eliminazione di esami obsoleti per riduzione costi - per gruppo di lavoro	si			
Altra Linea Operativa	concordata fra Direttore UOC e Dirigente Medico				
Totale			50		

Comportamenti/Servizio

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Servizio di Guardia/Reperibilità	n.guardie pomeridiane				
	n.guardie notturne				
	n.guardie/reperibilità festive e prefestive				
ob.legati ai comportamenti	puntuale formalizzazione delle assenze per congedi ordinari, straordinari, permessi e benefici di legge				
	puntualità in servizio				
	segnalazioni negative da parte dell'URP				
	procedimenti disciplinari				
Totale			30		

Attività scientifica/Formazione

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Qualità: partecipazione a procedure/istruzioni operative interne alla UO/dipartimento/azienda	n. partecipazioni garantite/n.partecipazioni richieste				
Formazione: proposta e sviluppo di almeno un argomento di approfondimento da discutere nell'ambito della UO/dipartimento	n. proposte effettuate/sviluppate				
Formazione: partecipazione agli incontri di approfondimento proposti dai dirigenti della UO/ dipartimento	n.partecipazioni/n.incontri proposti				
Altra attività scientifica					
Totale			20		

Scheda di Valutazione di Prima Istanza

UOC _____

Dirigente:

Incarico _____

Valutatore _____

Nome: _____

Cognome: _____

Area Servizi (Direzione Medica Presidio)

Gestione della casistica, dei processi e degli esiti clinici

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Medicina legale	n.pratiche svolte/n.pratiche assegnate				
Ispezione e Vigilanza (rifiuti, vitto, igiene e microclima)	n. ispezioni svolte				
Certificazione	n. certificazioni richieste/n. certificazioni effettuate				
Flussi Informativi	n.flussi trasmessi nei tempi previsti/n.flussi trasmessi				
Partecipazione a Commissioni di Istituto	n. partecipazioni garantite/n. partecipazioni richieste				
Altra Linea Operativa	concordata fra Direttore UOC e Dirigente Medico				
Totale			50		

Comportamenti/Servizio

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Servizio di Guardia/Reperibilità	n.guardie pomeridiane				
	n.guardie notturne				
	n.guardie/reperibilità festive e prefestive				
ob.legati ai comportamenti	puntuale formalizzazione delle assenze per congedi ordinari, straordinari, permessi e benefici di legge				
	puntualità in servizio				
	segnalazioni negative da parte dell'URP				
	procedimenti disciplinari				
Totale			30		

Attività scientifica/Formazione

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Qualità: partecipazione a procedure/istruzioni operative interne alla UO/dipartimento/azienda	n. partecipazioni garantite/n.partecipazioni richieste				
Formazione: proposta e sviluppo di almeno un argomento di approfondimento da discutere nell'ambito della UO/dipartimento	n. proposte effettuate/sviluppate				
Formazione: partecipazione agli incontri di approfondimento proposti dai dirigenti della UO/ dipartimento	n.partecipazioni/n.incontri proposti				
Altra attività scientifica					
Totale			20		

Scheda di Valutazione di Prima Istanza

UOC _____

Dirigente:

Nome: _____

Cognome: _____

Incarico _____

Valutatore _____

Area Staff

Gestione della casistica, dei processi e degli esiti clinici

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Relativa all'incarico specifico	ind 1				
	ind 2				
	ind 3				
Altra Linea Operativa	concordata fra Direttore UOC e Dirigente Medico				
Totale			50		

Comportamenti/Servizio

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Servizio di Guardia/Reperibilità	n.guardie pomeridiane				
	n.guardie notturne				
	n.guardie/reperibilità festive e prefestive				
ob.legati ai comportamenti	puntuale formalizzazione delle assenze per congedi ordinari, straordinari, permessi e benefici di legge				
	puntualità in servizio				
	segnalazioni negative da parte dell'URP				
	procedimenti disciplinari				
Totale			30		

Attività scientifica/Formazione

Linea Operativa	Indicatore	Risultato Atteso	Peso	Risultato Conseguito	Punteggio
Qualità: partecipazione a procedure/istruzioni operative interne alla UO/dipartimento/azienda	n. partecipazioni garantite/n.partecipazioni richieste				
Formazione: proposta e sviluppo di almeno un argomento di approfondimento da discutere nell'ambito della UO/dipartimento	n. proposte effettuate				
Formazione: partecipazione agli incontri di approfondimento proposti dai dirigenti della UO/dipartimento	n.partecipazioni/n.incontri proposti				
Altra attività scientifica					
Totale			20		

2.3 Prevenzione della corruzione e trasparenza 2024 – 2026

PREMESSA

Il nuovo Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), approvato definitivamente dal Consiglio dell'Autorità in data 17/01/2023, vuole dare risposte concrete ed efficaci in termini di prevenzione della corruzione e trasparenza, pur collocandosi in una stagione estremamente complessa e articolata per la pubblica amministrazione italiana, profondamente segnata dai cambiamenti introdotti dalle riforme poste in essere per consentire al nostro paese di mantenere fede ai numerosi impegni assunti in Europa con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

In tale contesto, sempre maggiore rilievo assume il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), introdotto dal legislatore all'articolo 6 del decreto-legge n. 80/2021 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", il cosiddetto "Decreto Reclutamento", poi convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113. Nell'intento del legislatore, il PIAO deve rivestire un ruolo determinante per realizzare una programmazione integrata, creando i presupposti per la costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale e per una graduale riorganizzazione dei processi operativi delle amministrazioni, nell'ottica di una progressiva semplificazione e di un incremento di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa.

Il nuovo PNA dedica molto spazio e fornisce precise indicazioni circa le metodologie e gli strumenti per elaborare gli obiettivi strategici in tema di anticorruzione e trasparenza, l'analisi del contesto esterno ed interno, la mappatura dei processi e dei possibili rischi corruttivi, le misure organizzative e gli indicatori di attuazione, la programmazione della trasparenza, tutto in un'ottica di piena integrazione con le altre sezioni del PIAO, con particolare riguardo alla performance. In tale contesto, molta enfasi viene riservata alle azioni di monitoraggio, ai rapporti di stretta collaborazione fra l'RPCT, gli altri responsabili delle sezioni del PIAO e i componenti dell'OIV. Viene inoltre sottolineata l'importanza del collegamento fra RPCT e i dipartimenti/uffici competenti nella gestione delle risorse del PNRR ai fini dello sviluppo di attività di coordinamento, monitoraggio e rendicontazione degli interventi programmati. Proprio a tale riguardo, particolare rilievo viene attribuito alla disciplina dei contratti pubblici, anche in considerazione delle numerose disposizioni introdotte, sia a carattere speciale che derogatorio, nella normativa vigente, non soltanto al fine di prevenire possibili eventi corruttivi e della trasparenza, ma anche di migliorare la qualità dell'azione amministrativa.

A tale riguardo, l'ANAC ha recentemente posto in consultazione pubblica il documento di Aggiornamento 2024 del PNA 2022, assegnando come termine inderogabile per la presentazione delle osservazioni il 13 gennaio 2025. Tale documento ha ulteriormente enfatizzato il principio che, nonostante l'RPCT rivesta un ruolo centrale di impulso e di coordinamento del sistema di prevenzione del rischio corruttivo, solo attraverso la partecipazione attiva di tutti gli attori a vario titolo coinvolti o responsabili delle diverse aree e/o uffici dell'amministrazione locale è possibile realizzare una opportuna condivisione degli obiettivi, delle metodologie e delle "buone pratiche", indispensabili per conseguire una maggiore, concreta e duratura efficacia degli strumenti posti in essere e delle azioni realizzate. La continua collaborazione fra questi soggetti non soltanto contribuisce a creare un contesto istituzionale e organizzativo di reale supporto al RPCT, ma soprattutto consente la creazione di un gruppo di lavoro multiprofessionale in grado di rispondere concretamente alle sfide sempre più complesse poste nel mutevole contesto dell'anticorruzione e della trasparenza della pubblica amministrazione.

Il presente PTPCT non vuole costituire un semplice aggiornamento del precedente, pur mantenendone l'impianto, ma intende mettere a sistema, per il triennio di riferimento 2025-2027, le indicazioni riportate nel nuovo PNA, con particolare riguardo alla sua integrazione, gestionale ed organizzativa, nel PIAO ed alla implementazione delle nuove misure anticorruptive e di trasparenza riferibili alle aree di maggior rischio corruttivo, inclusi i contratti pubblici ed il *pantouflage*.

Questo PTPCT, adottato ai sensi del comma 8 dell'art.1 della Legge 190/2012, costituisce la naturale evoluzione dell'ultimo Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione adottato dal Commissario

Straordinario con delibera atto n. 16 del 06 Gennaio 2024 su proposta dell'RPCT. Naturalmente la finalità generale del Piano è quella di dare attuazione al comma 5 dell'art. 1 della L. 190 del 06/11/2012 recante "...Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione...", disposizioni che si inseriscono in un quadro normativo, nazionale ed internazionale, volto a neutralizzare ovvero minimizzare il rischio di pratiche corruttive nell'agire quotidiano della pubblica amministrazione.

In particolare, questo PTPCT, pur nella consapevolezza delle iniziali difficoltà incontrate e della gradualità intrinseca delle novità introdotte, pone le basi per un'azione di prevenzione della corruzione e di trasparenza nel contesto di una programmazione integrata e coordinata con altri settori del PIAO, con particolare riferimento alla performance ed al capitale umano. Nella fattispecie, questo PTPCT prevede di mettere a sistema le novità introdotte dal nuovo PNA anche attraverso le seguenti azioni: (a) ricognizione e revisione della mappatura dei processi e dei relativi rischi corruttivi; (b) riorganizzazione e semplificazione delle attività di monitoraggio, complessivo sul PTPCT ed integrato del PIAO; (c) creazione di una rete aziendale di referenti del PTPCT, in rappresentanza sia di uffici/servizi amministrativi che di UU.OO. sanitarie; (d) attività di informazione/formazione, rivolta ai referenti aziendali e, con meccanismo a cascata, a tutto il personale; (e) attuazione degli obblighi di trasparenza; (f) gestione ed ottimizzazione dei flussi informativi.

In ultima analisi, l'integrazione del PTPCT nel PIAO, la sistematizzazione delle nuove indicazioni del PNA e l'adeguamento alle modifiche normative, specialmente quelle relative al PNRR, ed il suo continuo aggiornamento, costituiscono strategie e strumenti attraverso cui la nostra Azienda ARNAS-Civico vuole realizzare azioni che siano presupposti e moltiplicatori di valore pubblico, per giungere gradualmente all'implementazione di un sistema organizzativo e gestionale sano, con importanti ricadute non soltanto sui servizi offerti, ma anche sulla qualità della vita e sul benessere economico e sociale del cittadino.

IL CONCETTO DI CORRUZIONE

In linea generale la corruzione può essere definita come quel "reato consistente nel particolare accordo (c.d. *pactum sceleris*) tra un funzionario pubblico e un soggetto privato, mediante il quale il funzionario accetta dal privato, per un atto relativo alle proprie attribuzioni, un compenso che non gli è dovuto" o più semplicemente come "un abuso del pubblico ufficiale per un guadagno privato".

Nella pubblica amministrazione la corruzione è un fenomeno che interessa il rapporto tra gli uffici pubblici e i cittadini: il potere pubblico è sviato dal suo naturale esercizio e tradisce i valori dell'etica pubblica, che si individuano in regole dell'agire umano generalmente condivise e spesso riconosciute in norme cogenti.

Il fenomeno corruttivo, così come rappresentato dalla legge 190/2021 e dai Piani Nazionali Anticorruzione, costituisce un fenomeno più ampio dello specifico reato di corruzione nel complesso dei reati contro la pubblica amministrazione: esso coincide infatti con la "*maladministration*", intesa in senso lato come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Nella definizione delle misure anticorruzione e della trasparenza occorre quindi considerare atti e comportamenti che, anche se non costituiscono per sé reati specifici, contrastano con la cura primaria dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini all'imparzialità delle amministrazioni ed ai soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

La corruzione amministrativa è un fenomeno che coinvolge le pubbliche amministrazioni, quindi i rapporti tra le persone, in qualità di cittadini, e gli uffici pubblici. Questo accade quando il potere pubblico viene deviato dalla sua naturale esplicazione, tradendo i valori della c.d. etica pubblica che si incarna in regole dell'agire umano generalmente condivise e spesso riconosciute in norme cogenti. Il corretto esercizio del potere pubblico si esplica infatti non soltanto nel rispetto del principio di legalità, ma anche in relazione ad un'ampia rispondenza a valori etici, morali, sociali e giuridici. Questi valori ispirano l'agire corretto nell'ambito della Pubblica Amministrazione così come trasposto dalla Carta Costituzionale nella locuzione di "buon andamento".

L'etica pubblica definisce il corretto agire degli attori al servizio della collettività in tutta la sua pienezza, dal rispetto della legge sino alla soddisfazione ultima degli interessi protetti, alle giuste aspirazioni dei

cittadini utenti, nel rispetto della loro dignità. Ed è proprio sull'identificazione e sulla valorizzazione di regole etiche che il legislatore ha focalizzato la sua attenzione nell'attività di riforma della normativa anticorruzione a partire dalla legge 190 del 6 novembre 2012. Le riforme nascono, infatti, dalla consapevolezza che, a fronte di un fenomeno così variegato come quello corruttivo, anche gli strumenti da adottare devono essere diversificati: la corruzione penalmente rilevante si combatte principalmente con la repressione, cioè con l'erogazione di sanzioni; viceversa, le forme di malcostume rilevanti per il diritto amministrativo si combattono con meccanismi organizzativi e procedurali indirizzati alla prevenzione del fenomeno corruttivo, agendo quindi sui controlli amministrativi e sulla trasparenza e puntando sulla deontologia e sulla formazione del personale.

In tal senso, il legislatore ha posto l'etica professionale al centro della missione amministrativa ed ha imposto alla stessa una serie di norme e di comportamenti al fine di garantire, in assoluta trasparenza, qualità nell'erogazione dei servizi e di rispondere delle attività poste in essere, sia in termini di scelta che di spesa pubblica.

IL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA (RPCT)

Il RPCT rappresenta per l'Azienda la figura centrale ed il perno organizzativo dell'attuazione delle politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza. La figura del RPCT è stata istituita dalla legge n. 190 del 2012 che stabilisce che ogni amministrazione deve approvare un Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) al fine di valutare e verificare il livello di esposizione degli uffici al rischio corruttivo e di identificare gli interventi gestionali ed organizzativi necessari per mitigarlo. La predisposizione e la verifica dell'attuazione di detto PTPCT sono, appunto, in carico al RPCT.

Sulla scorta delle più recenti novità introdotte con il nuovo PNA, alla figura del RPCT spetta il compito non soltanto di assicurare l'efficace attuazione del PTPCT, ma anche la sua integrazione con il Piano della Performance e la verifica puntuale del rispetto del Codice di Comportamento Aziendale.

L'ANAC, nella determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 e nella delibera n. 831 del 3 agosto 2016, cui questo PTPCT ed il precedente si sono adeguati, ha ribadito che il RPCT deve svolgere le proprie funzioni in condizioni di indipendenza e di garanzia dall'organo di indirizzo, così come sancito dalla Legge 190/2012. Le succitate determinazioni e delibera ANAC ribadiscono, inoltre, che il RPCT debba essere dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata al compito da svolgere, sia per qualità del personale che per risorse e mezzi tecnici.

Il Direttore Generale, con deliberazione 1228 del 23/09/2022, ha nominato il nuovo RPCT nella persona dello scrivente, Dott. Giuseppe Carruba, dirigente medico Responsabile dell'UOS Servizio di Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria (SIRS) e dell'UOC Coordinamento STAFF della Direzione Strategica.

I compiti del RPCT posso essere così riassunti

- predispone – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – annualmente, entro il termine del 31 Gennaio, il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) e lo sottopone all'Organo di Indirizzo per la necessaria approvazione ed adozione mediante idoneo provvedimento; il Piano viene quindi pubblicato sul sito internet aziendale dell'Azienda (www.arnascivico.it), nella sezione Amministrazione Trasparente ➤ Altri Contenuti ➤ Prevenzione della Corruzione (art.1, comma 8).
- verifica l'efficace attuazione del PTPCT e la sua idoneità attuando il coordinamento tra il PTPCT e le iniziative previste dalla normativa per la trasparenza (comma 10 lett. a) e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni o anche quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- il RPCT segnala all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) eventuali "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- redige la relazione annuale che descrive i risultati dell'attività svolta, tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nel PTPCT, e ne cura la pubblicazione sul sito aziendale nei termini stabiliti dall'ANAC;

- cura la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione ed il monitoraggio annuale della loro attuazione;
- valuta con i dirigenti delle articolazioni aziendali competenti, modalità attuabili di rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento di attività a rischio corruttivo (art. 1, comma 10, lett. b);
- individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi della corruzione, dell'etica e della legalità (art.1, comma 10, lett. c);
- vigila, ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 39/2013, sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità ed incompatibilità di incarichi.

Premesso che l'ANAC auspica l'estensione delle responsabilità in caso di commissione di reati o di violazione delle misure del PTPCT anche agli organi di indirizzo, sull'RPCT gravano le responsabilità previste dalla Legge n. 190/2012, che tuttavia non ne definisce chiaramente il regime.

Il presente PTPCT prevede, in ottemperanza all'attuale quadro normativo, nel caso di un reato di corruzione accertato, commesso all'interno dell'Amministrazione, con sentenza passata in giudicato, la responsabilità in capo all'RPCT di tipo dirigenziale, disciplinare, per danno erariale e all'immagine dell'Azienda, a meno che il Responsabile non dimostri di avere provveduto alla predisposizione del PTPCT prima della commissione del fatto e di avere vigilato sul funzionamento e sull'osservanza dello stesso. La vigente normativa stabilisce, inoltre, che la violazione, da parte dei dipendenti dell'Amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal PTPCT, costituisce illecito disciplinare.

Nel caso in cui, nello svolgimento della sua attività, il RPCT riscontri dei fatti che possono assumere rilevanza disciplinare, deve darne immediata notizia al dirigente preposto all'ufficio a cui il dipendente è addetto o al dirigente sovraordinato, se trattasi di dirigente, e all'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD), affinché possa essere avviata tempestivamente l'opportuna azione disciplinare.

Ove riscontri dei fatti suscettibili di dare luogo a responsabilità amministrativa, deve presentare, obbligatoriamente, tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei Conti, per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale (art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art. 1, comma 3, l. n. 20 del 1994).

Ove riscontri dei fatti che rappresentano notizia di reato, deve presentare, obbligatoriamente, denuncia alla Procura della Repubblica o ad un Ufficiale di Polizia Giudiziaria con le modalità previste dalla legge (art. 331c.p.p.), dandone contestuale comunicazione all'ANAC.

L'UFFICIO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA (PCT)

L'Ufficio per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, istituito con delibera 512 del 11/11/2014, è stato recentemente riorganizzato per consentire all'RPCT una migliore e più efficace azione rivolta alla prevenzione del rischio corruttivo nelle aree sensibili identificate, al monitoraggio delle attività previste nel PTPCT ed alla integrazione nella programmazione e nel PIAO con le altre sezioni interessate, in particolare con la performance e con il capitale umano.

Ciò anche in ottemperanza a quanto indicato nella Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica che, tra l'altro, sottolinea come "considerato il delicato compito organizzativo e di raccordo che deve essere svolto dal Responsabile della prevenzione, le amministrazioni devono assicurargli un adeguato supporto, mediante assegnazione di adeguate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti delle disponibilità in bilancio".

Tra i compiti dell'Ufficio che supporta l'attività del RPCT, riveste una particolare attenzione il monitoraggio con cadenza semestrale della corretta applicazione del Piano anche attraverso ripetute interlocuzioni con le aree e i settori a rischio, inoltre cura l'organizzazione di eventi formativi dedicati al personale addetto alle aree maggiormente a rischio e ai referenti, mantiene i contatti con tutti i referenti si occupa della corrispondenza e della gestione dell'agenda del RPCT.

In atto, l'Ufficio PCT ha avuto assegnata una unità di personale di coadiutore amministrativo, nella persona della Sig.ra Lucia Stallone, e può anche avvalersi di supporto amministrativo esterno all'ufficio, ma sempre nell'ambito del personale amministrativo dell'UOC di Coordinamento STAFF aziendale.

I REFERENTI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Ciascuna unità operativa/servizio/ufficio aziendale, sia del Dipartimento sanitario che di quello amministrativo, ha già identificato un referente per la prevenzione della corruzione, realizzando così una rete aziendale di referenti anticorruzione.

I Referenti svolgono attività informativa nei confronti dell'RPCT affinché questo abbia elementi e riscontri per la definizione del PTPCT ed il monitoraggio sull'attuazione delle misure di contrasto.

In particolare, i Referenti devono:

- vigilare, per quanto attiene alla loro funzione ed area di competenza, sulla regolare applicazione delle disposizioni contenute nel Piano;
- farsi promotori di eventuali modifiche e/o integrazioni del PTPCT in relazione ad eventuali significative violazioni e/o modifiche che dovessero intervenire sull'assetto aziendale;
- individuare le condizioni permettenti all'applicazione dei criteri di rotazione del personale operante in aree esposte al rischio corruttivo;
- concorrere alla vigilanza su eventuali situazioni di incompatibilità e inconferibilità di incarichi o di conflitto di interesse, anche potenziale, dei dipendenti;
- garantire il rispetto della normativa in tema di trasparenza;
- controllare la corretta applicazione e il rispetto del Codice di Comportamento Aziendale. A tal proposito i Referenti dovranno attestare all'RPCT eventuali inosservanze e se siano stati assunti relativi provvedimenti;
- partecipare, nell'ambito delle unità operative e dei servizi/uffici interessati, alla raccolta e alla trasmissione dei files contenenti i dati da pubblicare, in maniera chiara e completa e nel rispetto della tempistica prevista.

GLI OBIETTIVI STRATEGICI DEL PTPCT

Il PTPCT è il documento che definisce la strategia di prevenzione della corruzione e della trasparenza in ambito aziendale. Tale strategia origina da una preliminare analisi dell'organizzazione, delle regole e delle prassi di funzionamento dell'azienda stessa in vista di una possibile esposizione al rischio corruttivo.

Gli obiettivi strategici, riconducibili essenzialmente all'obiettivo generale della creazione del valore pubblico, possono essere schematicamente riassunti come segue:

- revisione della mappatura dei processi e dell'analisi dei rischi corruttivi;
- adeguamento dei flussi informativi e della comunicazione, anche attraverso la loro progressiva digitalizzazione;
- incremento dell'accessibilità e fruibilità delle informazioni e della trasparenza agli stakeholder interni ed esterni;
- promozione della parità di genere, anche attraverso la definizione di un Gender Equality Plan (GEP), per la quale si è già costituito un gruppo di lavoro multiprofessionale (delibera 1730 del 21/12/2022) e che è stato recentemente adottato con atto deliberativo 1875 del 19/12/2023;
- attività di formazione dedicata alla prevenzione della corruzione, alla trasparenza ed al codice di comportamento, rivolta sia alla rete dei referenti che a tutto il personale aziendale, utilizzando un meccanismo di formazione "a cascata";
- partecipazione a reti territoriali/nazionali di RPCT per la condivisione di best practices;
- integrazione del PTPCT nel PIAO, anche al fine del miglioramento del ciclo della performance;
- identificazione di un sistema di indicatori per il monitoraggio del PTPCT per se e/o, in una logica di integrazione, della sezione anticorruzione del PIAO;
- rafforzamento delle misure per la prevenzione della corruzione, per la comunicazione e la trasparenza, con particolare riferimento alla gestione dei fondi del PNRR e comunitari e degli appalti pubblici.

IL CONTESTO ESTERNO

Il rischio corruttivo può essere veicolato all'interno di un'organizzazione in relazione alle specificità dell'ambiente nel quale essa opera. Pertanto, l'analisi del contesto sociale ed economico locale nel quale l'azienda ARNAS-Civico è collocata assume notevole rilevanza per valutare le potenziali minacce alla tenuta della legalità dell'azienda e la sua "permeabilità" alla corruzione.

Nel valutare la rilevanza del contesto socioeconomico esterno va tenuto comunque conto che l'ARNAS-Civico non è un ente con funzioni regolatorie generali o di governo territoriale, ma un'azienda sanitaria, produttiva specialistica, caratterizzata da un'utenza proveniente dall'intero contesto regionale. Occorre pertanto non sottovalutare i fattori di rischio potenzialmente generati dalla criminalità nell'intero territorio regionale, anche in considerazione delle dimensioni dell'azienda stessa.

L'analisi del contesto esterno ha messo in evidenza alcune caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Azienda opera, con riferimento, ad esempio, a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio, che possono facilitare il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. Il contesto esterno, sia dal punto di vista economico e sociale che da quello dello sviluppo dei fenomeni criminali, mostra una molteplicità di elementi assai variegati. La prevenzione e la repressione delle infiltrazioni mafiose e, più in generale, la trasparenza nel settore dei lavori pubblici e degli appalti rappresentano, pertanto, problematiche per le quali deve essere mantenuto costante un livello elevato di vigilanza ed un'efficace attività di contrasto.

Per contrastare i problemi che incidono sulla performance economica, causati dall'ambiente esterno, questa azienda ha assunto un impegno quotidiano a svolgere le proprie attività non solo con la massima trasparenza e attenzione al rispetto delle leggi, in ottemperanza a quanto richiesto dalla normativa vigente e dal nuovo PNA, ma impegnandosi in modo particolare a soddisfare i bisogni e le aspettative di salute di ogni cittadino, assicurando in qualsiasi circostanza, la cura più adeguata, per concorrere al benessere ed alla tutela della salute della persona e quindi, in ultima analisi, alla creazione di valore pubblico.

IL CONTESTO INTERNO

Per quanto riguarda la descrizione del contesto interno, i dati relativi a qualità e quantità del personale dipendente, alla distribuzione di ruoli e responsabilità secondo il genere ed alle risorse, umane e finanziarie, in atto disponibili si rimanda a quanto riportato nelle sezioni dedicate di questo PIAO.

Benché l'ARNAS-Civico rappresenti una delle aziende ospedaliere più grandi del meridione d'Italia, nessun fatto corruttivo penalmente rilevante è stato accertato relativamente all'anno 2023. I procedimenti disciplinari seguiti a violazioni accertate al codice di comportamento per l'anno 2023 sono stati 10, l'83% del totale delle segnalazioni ricevute (n 12). Di queste ultime, il 67% (n 8) hanno interessato il comparto sanità ed il restante 33% (n 4) la dirigenza medica e sanitaria. Nel 2023 non è stata ricevuta alcuna segnalazione di whistleblowing.

LA MAPPATURA DEI PROCESSI

Seppure la mappatura dei processi e l'analisi degli eventuali rischi connessi debba essere considerata parte integrante del contesto interno, essa tuttavia merita una trattazione separata alla luce della fondamentale importanza che riveste per la definizione e l'implementazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Inoltre, l'introduzione del percorso di integrazione programmatica del PTPCT nel PIAO, così come l'enfasi posta dall'ANAC nei processi legati alla gestione delle risorse proprie del PNRR e dei fondi comunitari a gestione indiretta (fondi strutturali), impongono una attenta revisione della mappatura dei processi per il nuovo PTPCT, che tenga anche conto degli eventuali cambiamenti negli aspetti organizzativi e gestionali della amministrazione aziendale.

A tale riguardo presso la nostra azienda ha già avuto inizio un percorso di graduale integrazione che interessa aspetti sinergici e condivisi del ciclo della performance e della prevenzione del rischio corruttivo e della trasparenza. Questo piano prevede inoltre una estesa revisione della mappatura dei processi e dell'analisi dei rischi connessi, con l'identificazione di aree, sia amministrative che sanitarie, che possano essere definite a rischio medio/alto essendo caratterizzate da un elevato livello di discrezionalità (prove concorsuali per il reclutamento di personale, autorizzazioni o concessioni, progressioni di carriera), di impatto

socio-economico (sovvenzioni, contributi, sussidi), o essendo risultate oggetto di fatti corruttivi pregressi. Naturalmente, la nuova mappatura avrà conseguentemente un significativo impatto sulle misure organizzative di prevenzione della corruzione e sulle relative azioni di monitoraggio.

LE MISURE DI PREVENZIONE E GLI INDICATORI

Una volta definita la nuova mappatura dei processi e dei rispettivi rischi, sarà sviluppato un programma costituito da misure di prevenzione del rischio corruttivo di carattere ed intensità idonee alle aree cui sono rivolte e da un sistema di indicatori specifici per ogni misura selezionata. Le misure che saranno adottate, i relativi obiettivi e gli indicatori specifici sono sinteticamente riportati in Tabella.

Misura	Obiettivo	Indicatore
Controllo	Verifica a campione (20%) di provvedimenti di una determinata area a rischio	Numero di pratiche controllate su numero di pratiche totali (%)
Trasparenza	Pubblicazione dei dati/atti/info per i quali è richiesta	Presenza e accessibilità dei dati/atti/info richiesti (si/no)
Formazione	Formazione del 70% di tutti i referenti aziendali/funzionari	Numero dei referenti/funzionari formati su numero totale di referenti/funzionari (%)
Etica e codice di comportamento	Iniziative per la diffusione e promozione di etica pubblica e codice di comportamento (50%)	Numero di eventi/iniziative realizzate sul numero di eventi/iniziative programmate (%)
Segnalazione	Uso piattaforma open source e 100% di riscontro alle segnalazioni di whistleblowing	Disponibilità e uso piattaforma (si/no) Numero segnalazioni riscontrate su numero segnalazioni ricevute (%)
Pantouflage	Verifica a campione (30%) sulle dichiarazioni acquisite	Numero di verifiche effettuate sul numero totale delle dichiarazioni (%)

Nel rispetto delle indicazioni contenute nella Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 e nelle Delibere ANAC n.831 del 3 agosto 2016, n. 1208 del 22 novembre 2017, n.1074 del 21/11/2018 e n. 1064 del 13 novembre 2019, il presente PTPCT riporta, all'**Allegato 4**, la tabella, contenente i possibili rischi e le relative misure di prevenzione, ed individua i soggetti responsabili, le modalità ed i tempi di monitoraggio.

A seguito di una recente ed estesa attività di ricognizione eseguita con tutte le UUOO dei Dipartimenti Amministrativo e Sanitari aziendali e relativa alla identificazione e rideterminazione delle aree di rischio, tipologia di rischio, misure di prevenzione e di contrasto, sono state ridefinite e/o aggiornate le schede di monitoraggio semestrale, adesso riportate nell'**Allegato 5**.

Per facilitare l'attività di monitoraggio, i processi individuati nella mappatura di cui sopra sono stati spaccettatati e in ogni singola scheda sono contenuti soltanto i possibili rischi specifici della UOC/UOSD alla quale la scheda è intestata.

I CONTRATTI PUBBLICI

Negli anni più recenti la disciplina dei contratti pubblici ha subito una serie significativa di variazioni per l'introduzione di nuove normative, sia di carattere speciale che derogatorio, che hanno determinato una sempre maggiore articolazione e stratificazione di norme e procedure, a partire di quanto contenuto nel d.leg. n. 77/2021 per proseguire con le ulteriori più recenti modificazioni a carattere temporaneo introdotte dal d.leg. n.4 del 27/01/2022 e dal d.leg n. 17 del 01/03/2022.

Con particolare riferimento alle procedure di affidamento ed esecuzione dei contratti pubblici finanziati a valere sulle risorse del PNRR e del PNC, il succitato d.leg. n. 77/2021 ha introdotto procedure semplificate finalizzate a contemperare le esigenze di celerità nell'esecuzione delle opere - presupposto per l'erogazione dei relativi finanziamenti - con la regolarità della conduzione delle varie fasi che caratterizzano le procedure di gara. Inoltre, con il decreto-legge no. 76 del 16/07/2020 sono state introdotte semplificazioni per gli affidamenti dei contratti pubblici sotto e sopra soglia, pur mantenendo l'efficacia delle misure di trasparenza richieste per tutti gli atti relativi alle procedure di affidamento, ancorché semplificate.

Alla luce di quanto sopra esposto, appare chiaro che la normativa vigente, spesso complessa ed articolata, comporta una potenziale amplificazione dei rischi corruttivi e di una cattiva amministrazione nelle procedure proprie dei contratti pubblici. In particolare, come indicato nel nuovo PNA, significative criticità possono emergere sia durante la fase di affidamento che in quella di esecuzione del ciclo degli appalti, precisamente:

Fase di affidamento

- comportamenti finalizzati ad ottenere affidamenti diretti di contratti pubblici;
- frazionamento, oppure di alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto;
- mancata rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle procedure negoziate;
- varianti suppletive finalizzate al conseguimento di guadagni dell'impresa.

Fase di esecuzione

- modifiche e varianti di contratti per conseguire maggiori guadagni;
- scarsa chiarezza in merito ai controlli sulla corretta esecuzione del contratto e sulla sua eventuale risoluzione;
- subappalto come strumento per accordi collusivi tra le imprese partecipanti.

Nella nostra Azienda, a seguito di una serie di incontri con gli Uffici primariamente interessati alla materia dei contratti pubblici (UOC Gestione Tecnica; UOC Provveditorato) ed in linea con quanto indicato nel nuovo PNA, sono stati identificati i possibili eventi rischiosi e le relative misure di prevenzione e/o mitigazione del rischio, come qui di seguito riportato:

Norma	Eventi rischiosi	Misure di contrasto
Appalti sottosoglia		
Appalti di servizi e forniture di importo fino a 139 mila € e lavori fino a 150 mila € affidamento diretto, anche tramite determina a contrarre ex art. 32, co. 2, del Codice, anche senza consultazione di 2 o più OO.EE.	Possibile incremento del rischio di frazionamento artificioso, oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato, in modo tale da non superare la soglia prevista per l'affidamento diretto	Dichiarazione da parte del soggetto che ricopre l'incarico di RUP, o del personale di supporto, delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 42 del d.lgs. n. 50/2016 (cfr. Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici, § 3.1, del presente PNA).
	Possibili affidamenti ricorrenti al medesimo operatore economico della stessa tipologia di Common procurement vocabulary (CPV), quando, in particolare, la somma di tali affidamenti superi la soglia di 139 mila euro	Dichiarazione da parte del soggetto che ricopre l'incarico di RUP, o del personale di supporto, delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 42 del d.lgs. n. 50/2016 (cfr. Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici, § 3.1, del presente PNA).
	Condizionamento dell'intera procedura di affidamento ed esecuzione dell'appalto attraverso la nomina di un RUP non in possesso di adeguati requisiti di professionalità ai sensi dell'art. 31 del Codice e delle LLGG ANAC n. 3/2016 e successivi aggiornamenti.	Dichiarazione da parte del soggetto che ricopre l'incarico di RUP, o del personale di supporto, delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 42 del d.lgs. n. 50/2016 (cfr. Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici, § 3.1, del presente PNA).
Appalti di servizi e forniture di valore pari a 139 mila € e fino alla soglia comunitaria e lavori di valore pari o superiore a 150.000 € e inferiore a 1 milione di euro procedura negoziata ex art. 63 del Codice, previa consultazione di almeno 5 OO.EE., ove esistenti. Appalti di lavori pari o superiore a 1 milione di € e fino alla soglia europea procedura negoziata ex art. 63 del Codice, previa consultazione di almeno 10 OO.EE., ove esistenti	Possibile incremento del rischio di frazionamento, oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato, in modo tale da non superare le soglie previste dalla norma.	Tracciamento di tutti gli affidamenti il cui importo è appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere alle procedure negoziate, al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi
		Tracciamento degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggiore frequenza invitati e aggiudicatari
		Tracciamento delle procedure in cui si rileva l'invito ad un numero di operatori economici inferiore a quello previsto dalla norma per le soglie di riferimento.

Norma	Eventi rischiosi	Misure di contrasto
Appalti sopra soglia		
Quando la determina a contrarre o altro atto equivalente sia adottato entro il 30 giugno 2023, utilizzo delle procedure negoziate senza bando ex art. 63 del Codice previa pubblicazione dell'avviso di indizione della gara o di altro atto equivalente, nel rispetto di un criterio di rotazione, nella misura strettamente necessaria quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti dagli effetti negativi della crisi causata dalla pandemia da COVID-19 o dal periodo di sospensione delle attività determinato dalle misure di contenimento adottate per fronteggiare la crisi, i termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie non possono essere rispettati	Possibile incremento del rischio di frazionamento, oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato, in modo tale da non superare le soglie previste dalla norma	Tracciamento di tutti gli affidamenti il cui importo è appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere alle procedure negoziate
		Tracciamento degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggiore frequenza invitati e aggiudicatari
		Tracciamento delle procedure in cui si rileva l'invito ad un numero di operatori economici inferiore a quello previsto dalla norma per le soglie di riferimento
	Mancata rotazione degli operatori economici chiamati a partecipare e formulazione di inviti alla procedura ad un numero di soggetti inferiori a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.	Aggiornamento tempestivo da parte dell'ufficio gare degli elenchi su richiesta degli operatori economici che intendono partecipare alla gara.
Nei casi di cui al co. 3 e nei settori dell'edilizia scolastica, universitaria, sanitaria, giudiziaria e penitenziaria, delle infrastrutture per attività di ricerca scientifica e per la sicurezza pubblica, dei trasporti e delle infrastrutture stradali, ferroviarie, portuali, aeroportuali, lacuali e idriche, ivi compresi gli interventi inseriti nei contratti di programma ANAS-MIT 2016-2020 e RFI-MIT 2017 - 2021 e relativi aggiornamenti, nonché per gli interventi funzionali alla realizzazione del Piano nazionale integrato per l'energia e il clima (PNIEC). per i contratti relativi o collegati ad essi, per quanto non espressamente disciplinato dal presente articolo, le stazioni appaltanti, per l'affidamento delle attività di esecuzione di lavori, servizi e forniture nonché dei servizi di ingegneria e architettura, inclusa l'attività di progettazione, e per l'esecuzione dei relativi contratti, operano in deroga ad ogni disposizione di legge diversa da quella penale, fatto salvo il rispetto delle disposizioni del Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, nonché dei vincoli inderogabili derivanti dall'appartenenza all'Unione europea, ivi inclusi quelli derivanti dalle direttive 2014/24/UE e 2014/25/UE, dei principi di cui agli artt. 30, 34 e 42 del d.lgs. n. 50/2016 e delle disposizioni in materia di subappalto.	Nella fase dell'esecuzione, possibile ricorso a variazioni contrattuali in assenza dei vincoli imposti dalle Direttive Quadro, con il rischio di comportamenti corruttivi per far conseguire all'impresa maggiori guadagni (art. 72 della direttiva 2014/24/UE e art. 64 della direttiva 2014/25/UE).	Pubblicazione, contestualmente alla loro adozione, dei provvedimenti di approvazione delle varianti.
	Esecuzione delle prestazioni contrattuali attraverso il ricorso ad un subappalto non autorizzato e configurazione del reato previsto dall'art. 21 della L. n. 646/1982.	Controlli <i>in loco</i> , periodici e a sorpresa, al fine di accertare che le prestazioni siano eseguite dall'aggiudicatario o da un subappaltatore autorizzato. In tal caso è data la facoltà all'amministrazione appaltante di chiedere la risoluzione del contratto come prevede l'art. 21 della L. n. 646/1982.

Norma	Eventi rischiosi	Misure di contrasto
Norme del d.l. n. 77 del 2021 conv. in l. n. 108/2021 relative ai contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR		
Le stazioni appaltanti possono altresì ricorrere alla procedura di cui all'art. 63 del d.lgs. n. 50/2016, per i settori ordinari, e di cui all'art. 125, per i settori speciali, nella misura strettamente necessaria, quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea.	Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 63 e 125 del d.lgs. n. 50/2016 in assenza delle condizioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante.	Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alla procedura negoziata senza bando per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, per cui i termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie non possono essere rispettati.
	Utilizzo improprio della procedura negoziata da parte della stazione appaltante ascrivibile all'incapacità di effettuare una corretta programmazione e progettazione degli interventi. Utilizzo improprio della procedura negoziata da parte della stazione appaltante per favorire un determinato operatore economico.	Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia, saranno tracciate le procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando affidate da una medesima amministrazione in un determinato arco temporale. Ciò al fine di verificare da parte delle strutture e/o soggetti competenti se gli operatori economici aggiudicatari sono sempre i medesimi.
Subappalto La disposizione normativa ha inciso sull'art. 105 del d.lgs. n. 50/2016, successivamente modificato Legge 23 dicembre 2021, n. 238 "Legge europea 2019- 2020", in particolare rispetto al limite del ricorso al subappalto prevedendo che: a) dalla entrata in vigore del decreto e fino al 31 ottobre 2021 il subappalto non può superare la quota del 50 per cento dell'importo complessivo del contratto; b) dal 1° novembre 2021 è stato eliminato qualsiasi limite predeterminato al subappalto.	Incremento del rischio di possibili accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo ad altri partecipanti alla stessa gara. Rilascio dell'autorizzazione al subappalto in assenza dei controlli previsti dalla norma.	Tracciamento degli appalti rispetto ai quali è stato autorizzato, in un dato arco temporale, il ricorso all'istituto del subappalto. Ciò per consentire all'ente (struttura di <i>auditing</i> appositamente individuata all'interno della S.A., RPCT o altri soggetti individuati internamente) di svolgere, a campione verifiche della conformità alla norma delle autorizzazioni al subappalto concesse dal RUP.

Oltre a quanto riportato in Tabella, sulla scorta del nuovo codice degli appalti e delle indicazioni del nuovo PNA, è stata eseguita una ricognizione e ridefinizione della mappatura dei processi e della relativa analisi dei rischi, condotta in collaborazione con le UOC di Gestione Tecnica e Provveditorato. In particolare, relativamente alle procedure per la programmazione e per l'acquisizione di beni e servizi, si riporta nella Tabella seguente l'identificazione di processi e di eventi potenzialmente oggetto di rischi corruttivi, gli obiettivi di prevenzione/mitigazione del rischio, le misure selezionate, gli indicatori, la loro cadenza temporale e le attività di monitoraggio previste.

Infine, con **delibera 287 del 22/02/2023 è stato adottato il Piano Aziendale Audit** per l'anno 2023, sulla base del quale la struttura di auditing provvederà ad effettuare controlli su un campione ritenuto significativo (almeno pari al 10% o in diversa misura percentuale ritenuta congrua) dei processi e procedimenti relativi all'affidamento e/o all'esecuzione di pubblici contratti ove ricorrano le condizioni di potenziale rischio corruttivo.

PROCESSO	DESCRIZIONE EVENTO	OBIETTIVO	MISURE	INDICATORE	TEMPI	MONITORAGGIO
PROGRAMMAZIONE	Incompleta adesione agli acquisti della Centrale di Committenza / CONSIP	Rispetto degli obblighi di adesione a CUC/CONSIP	Istituzione di apposita funzione incaricata di seguire questo aspetto dell'attività dell'UOC	Aumento percentuale adesione	Durata di espletamento delle procedure	Semestrale
PROGRAMMAZIONE	Inadeguata stima dei fabbisogni e/o dei costi; insufficiente attenzione nell'attività istruttoria alla tempestività.	Oculata attività istruttoria nella predisposizione di fabbisogni, costi e tempestività	Analisi e andamento dati storici e dei prezzi di riferimento; centralizzare l'esame delle convenzioni attive.	Eccessivo ricorso a prosecuzione di forniture	Durata di espletamento delle procedure	Costante
PROGRAMMAZIONE	Mancata definizione programma (biennale, annuale) forniture di beni	Ottemperare alle disposizioni in materia di programmazione, con la produzione degli specifici atti, approvati dalle funzioni di competenza.	Deliberazione della direzione generale piano biennale e annuale investimenti	Pubblicazione in amministrazione trasparente del piano	Produzione prima dell'approvazione del bilancio Preventivo	Monitoraggio contestuale al rendiconto del ptpct annuale
PROGRAMMAZIONE	Mancata definizione piani acquisto apparecchiature	Stesure procedure che coinvolgano tutti i soggetti, compresa la direzione generale, nella definizione del fabbisogno e delle priorità	Applicazione di procedura prodotta e condivisa con la D.G. e la D.S.	Esito audit verifica applicazione procedura	Anno	Annuale
PROGETTAZIONE	Inserimento, nella documentazione di gara, di clausole non aggiornate rispetto alle variazioni normative	Produrre documenti inattaccabili sotto il profilo formale e sostanziale [UTILIZZO STANDARD ANAC]	Mantenere il personale costantemente aggiornato rispetto alla normativa sugli appalti e ai Regolamenti aziendali [PREVEDERE CORSI DI AGGIORNAMENTO]	Numerosità delle richieste di chiarimenti e/o rettifiche	Durata di espletamento delle procedure	Costante
PROGETTAZIONE	Errata o scorretta individuazione di beni/servizi quali infungibili e/o esclusivi	Tenuta sotto controllo acquisti infungibili/in esclusiva	Procedura di acquisti di beni infungibili/esclusivi	N. affidamenti in regime di esclusività/infungibilità non giustificati	Anno	Monitoraggio contestuale al rendiconto del ptpct semestrale
SELEZIONE DEL CONTRAENTE	Procedure sotto soglia	Assicurare la rotazione dei partecipanti E COMUNQUE OVE POSSIBILE OPTARE PER PROCEDURE APERTE	Individuazione soggetti da invitare con pubblicità della procedura/domande di partecipazione O PROCEDURE APERTE	Evidenza della motivazione della mancata rotazione nella Determina a contrarre	Anno	Costante
SELEZIONE DEL CONTRAENTE	Affidamenti diretti	Accertare l'esclusività della fornitura	Svolgimento di consultazioni preliminari anche per procedure di acquisizione in esclusiva	Rilevazione % sul totale	Durata iter procedura di gara	Costante
SELEZIONE DEL CONTRAENTE	Nomina di Commissari di gara in conflitto d'interesse	Garantire la corretta valutazione delle offerte tecniche	Dare pubblicità ai punteggi assegnati dalla Commissione giudicatrice; pubblicare i CV dei componenti; acquisire le dichiarazioni di incompatibilità dai medesimi sottoscritte	Numero medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate	Durata iter procedura di gara	Annuale
SELEZIONE DEL CONTRAENTE	Selezione non effettuata tramite piattaforma informatica	Mantenimento utilizzo piattaforma	Utilizzo sistematico della piattaforma	Assenza di contenziosi	Anno	Costante
VERIFICA AGGIUDICAZIONE E STIPULA CONTRATTO	Controlli sugli aggiudicatari inadeguato o insufficiente	Accertare la regolarità penale, amministrativa e contributiva dei fornitori	Checklist dei controlli e degli adempimenti effettuati	Numero fornitori sottoposti a controllo	Anno	Annuale
VERIFICA AGGIUDICAZIONE E STIPULA CONTRATTO	Mancata assegnazione tramite meccanismi informatizzati	Mantenimento utilizzo piattaforma MAGGIOLI e altre forme di acquisto con mercato elettronico per importi superiori a € 5000,00	Utilizzo sistematico della piattaforma MAGGIOLI E/O MEPA/CONSIP	Procedure effettuate senza utilizzo dei meccanismi informatizzati	Anno	Costante
ESECUZIONE DEL CONTRATTO	Controlli insufficienti per accertare la corretta esecuzione contrattuale da parte del DEC	Corretta applicazione prescrizioni contrattuali	Applicazione linee guida Anac per il Rup, il Dec. Costante scambio di informazioni fra RUP e DEC in merito alla corretta esecuzione del contratto	Numero segnalazioni di inadempimenti contrattuali, diffide e applicazioni di penali	Anno	Costante
PROROGHE CONTRATTUALI	Assenza di proroghe illegittime	Corretta applicazione prescrizioni cnormative	Inserimento dell'opzione di proroga nei documenti di gara	Numero contratti prorogati in cui è prevista l'opzione rispetto al totale delle proroghe	Anno	Costante

LA TRASPARENZA AMMINISTRATIVA

Il "Programma per la Trasparenza e l'Integrità", in virtù delle precedenti disposizioni normative e, da ultimo, del D.L.vo n. 97/2016, definisce le misure, i metodi e le iniziative per l'adempimento agli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo al personale dirigenziale.

La disciplina della trasparenza cui l'Azienda intende ispirarsi rappresenta la principale garanzia per il cittadino e per l'utente, del rispetto dei principi costituzionali di imparzialità e di buon andamento, e risulta altresì funzionale al fine della prevenzione e della lotta alla corruzione di cui alla legge n. 190/2012, costituendo un importante prerequisito per la creazione di valore pubblico.

La "trasparenza" secondo il D. Lgs. n.33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, è intesa come "accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche".

I dati di cui l'Azienda è detentrica devono essere quindi costantemente aggiornati al fine di garantire la veridicità e l'adeguamento alle innovazioni normative e/o amministrative intervenute, nonché il miglioramento sia in termini di qualità dei contenuti che di visibilità e accessibilità degli stessi.

La legge n. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione. La legge ha conferito al governo una delega ai fini dell’adozione di un decreto legislativo per il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità e trasparenza da parte delle pubbliche amministrazioni. In attuazione di tale delega, il governo ha adottato il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 (pubblicato su G.U. del 5 aprile 2013) recante il “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” in cui, nel ribadire che la trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l’organizzazione e l’attività delle pubbliche amministrazioni, è stato evidenziato che essa è finalizzata alla realizzazione di una amministrazione aperta ed al servizio del cittadino (art. 1, c. 2 del D.Lgs. n. 33/2013). Nel decreto è specificato che le misure del Programma Triennale della Trasparenza e dell’Integrità sono collegate al PTPC e che, a tal fine, il programma costituisce, di norma, una sezione di detto Piano.

Il D.Lgs. n. 33/2013 ha complessivamente operato un nuovo assetto dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi e ha disciplinato per la prima volta l’istituto dell’accesso civico (art. 5). Esso è intervenuto sui Programmi Triennali per la Trasparenza e l’Integrità, modificando la disciplina recata dall’art. 11 del D.Lgs. n. 150/2009, ha precisato compiti e funzioni dei Responsabili della trasparenza e degli OIV (Organismi Indipendenti di Valutazione) ed ha previsto la creazione, sui siti web istituzionali, della sezione “Amministrazione trasparente” che ha sostituito la precedente sezione “Trasparenza, valutazione e merito” prevista dall’art. 11, c. 8 del D.Lgs. n. 150/2009.

Il successivo D. L.vo 25 maggio 2016 n. 97 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012 n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell’art. 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”, ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza, rafforzandone il valore di principio che caratterizza l’organizzazione e l’attività delle pubbliche amministrazioni e i rapporti con i cittadini.

Tra le modifiche di maggior rilievo apportate dal D.L.vo n. 97/2016, rientrano il mutamento dell’ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l’introduzione del nuovo istituto dell’“accesso civico generalizzato” agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l’unificazione tra il Programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della Trasparenza, l’introduzione di nuove sanzioni pecuniarie nonché l’attribuzione all’ANAC della competenza all’irrogazione delle stesse.

I dati da pubblicare sul sito istituzionale vengono selezionati in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia di trasparenza (D.Lgs. n. 33/2013 e n.97/2016) e delle indicazioni di cui alle delibere ANAC attualmente vigenti in materia.

Elemento centrale della trasparenza è la pubblicazione di determinate tipologie di dati ed informazioni sul sito internet istituzionale www.arnascivico.it. Attraverso la pubblicazione online, si offre la possibilità agli stakeholders di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne e agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l’andamento della performance ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione delle performance.

La trasparenza, oltre ad un profilo statico, afferente alla sistematica pubblicità dei dati dell’attività dell’Azienda, presenta quindi anche un profilo dinamico, strettamente correlato all’ottica del “miglioramento continuo” dei servizi pubblici connaturato con il ciclo della performance.

In tal senso l’Azienda è impegnata nella progressiva attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme di legge, con l’impegno anche per il triennio 2018 – 2020, al pieno adempimento sotto i diversi profili della completezza delle informazioni pubblicate, della qualità dei dati e dell’aggiornamento.

La verifica periodica dell’attuazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità, effettuato in modo continuo ed aperto, sia dagli operatori istituzionali preposti, sia dal pubblico, rappresenta pertanto uno stimolo per l’Azienda a migliorare costantemente la qualità delle informazioni a disposizione degli stakeholders.

Gli adempimenti connessi all’attuazione della trasparenza e dell’integrità abbracciano tutti i settori dell’attività amministrativa.

L'art. 43 co.3 del D.lgs. n.33/2013 prevede che "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".

Il dipendente incaricato della gestione della sezione "Amministrazione Trasparente" sul sito web istituzionale dell'ARNAS-Civico è l'Ing. Vincenzo Cardinale, Responsabile UOS Servizi Informatici - ICT Management.

Gli uffici depositari delle informazioni e dei documenti da pubblicare, di cui all'allegato della delibera CIVIT n. 50/2013 cui si rinvia, trasmettono in formato elettronico, periodicamente, i dati, le informazioni e i documenti previsti nella citata delibera all'ufficio preposto alla gestione della sezione, il quale provvede alla pubblicazione. Unitamente alla trasmissione dovrà essere indicata la sottosezione, sia di primo che di secondo livello, in cui l'inserimento deve avvenire e la durata di pubblicazione.

Il RPCT sovrintende e verifica: (a) l'invio dei dati, delle informazioni e dei documenti da parte degli uffici depositari all'ufficio preposto alla gestione della sezione "Amministrazione Trasparente"; (b) la pubblicazione da parte dell'ufficio preposto alla gestione della sezione; (c) i casi di inadempimento o adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione.

I vari dipendenti delle UU.OO appositamente nominati quali Referenti, sono corresponsabili della raccolta e trasmissione dei files contenenti i dati da pubblicare, nei tempi e secondo la tempistica evidenziata nelle note di incarico, nonché della completezza, chiarezza e tempistica di aggiornamento sulle informazioni.

Il dipendente incaricato della gestione "Amministrazione Trasparente" è responsabile delle pubblicazioni, da effettuare tempestivamente, e della permanenza delle informazioni e dei documenti sul sito per il periodo di pubblicazione richiesto.

Relativamente all'anno 2024, questa Azienda ARNAS-Civico ha provveduto a riorganizzare la sezione "Amministrazione Trasparente" secondo le indicazioni contenute nella nuova delibera ANAC 213 del 23/04/2024. Tale processo, condotto in collaborazione e condivisione con tutte le UUOO del Dipartimento Amministrativo e con l'UOS ICT Management, ha richiesto una estesa revisione delle aree interessate dal rischio corruttivo e l'adempimento agli obblighi di trasparenza ANAC attraverso la pubblicazione di atti, provvedimenti e qualsiasi altra documentazione richiesta in formato aperto al fine di garantirne nel lungo termine la completa fruizione, l'integrità e la perfetta riproducibilità.

L'ACCESSO CIVICO E L'ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

Con il nuovo Decreto n. 97/2016 l'accesso civico diviene più esteso rispetto al dettato precedente perché prevede che ogni cittadino possa accedere senza alcuna motivazione ai dati in possesso della pubblica amministrazione.

La nuova forma di accesso consente ai cittadini di richiedere anche dati e documenti che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare e quindi dati e documenti ulteriori

rispetto a quelli oggetto di pubblicazione. Chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5 bis d.lgs. n. 33/2013 e dalle Linee Guida ANAC - Delibera n. 1309/2016 adottate ai sensi dell'art. 5bis, comma 6, del d.lgs. 33/2016. Tale tipologia di accesso civico è stata prevista con la finalità di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico (art. 5, comma 2, del d.lgs. n. 33/2013). L'accesso civico generalizzato è, quindi, esercitabile relativamente ai dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali già sussiste uno specifico obbligo di pubblicazione.

L'esercizio del diritto di accesso generalizzato, a differenza del diritto di accesso della legge 241/1990, non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non richiede motivazione e non prevede limite del controllo generalizzato. L'istanza di accesso identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e può essere trasmessa in via telematica e presentata all'RPCT e/o ad una pluralità di uffici dell'amministrazione. L'istanza può essere trasmessa all'RPCT anche per via telematica, secondo le modalità previste dal d.lgs. 7 marzo 2005, n. 82, e ss.mm.ii., al seguente indirizzo di posta

elettronica certificata: anticorruzione.arnascivicopa@pec.it. In caso di accoglimento, l'amministrazione entro 30 giorni procede al riscontro dell'istanza ed alla trasmissione delle informazioni o dei documenti richiesti.

A seguito di istanza, il procedimento di accesso civico deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni (non è ammesso il silenzio diniego) e il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso devono essere motivati con riferimento ai casi e ai limiti stabiliti: grava, di conseguenza, sull'amministrazione l'obbligo di provare l'esistenza di motivazioni che impediscono di soddisfare l'istanza. Nell'ambito dell'istruttoria, eventuali controinteressati possono presentare una motivata opposizione alla richiesta di accesso entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione dell'accesso. L'istante, in caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro trenta giorni dalla presentazione della richiesta, ovvero i controinteressati, nei casi di accoglimento della richiesta di accesso nonostante la loro motivata opposizione, possono presentare domanda di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato entro il termine di venti giorni.

Il rilascio dei dati e dei documenti è gratuito ad eccezione dei costi di riproduzione. L'ARNAS, con atto deliberativo n. 659 del 23 novembre 2017, ha adottato apposito regolamento del nuovo diritto di accesso, pubblicato sul sito istituzionale.

LE AZIONI DI MONITORAGGIO

Come ripetutamente enfatizzato nel nuovo PNA, il monitoraggio costituisce una fase di fondamentale importanza per garantire l'efficacia, la completezza e la tempestività delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza. A tale riguardo appare significativa l'indicazione che "il monitoraggio va concepito come la base informativa necessaria per un Piano che sia in grado di anticipare e governare le criticità, piuttosto che adeguarsi solo a posteriori".

Le azioni di monitoraggio seguono, così come accade per le diverse fasi progettuali nel cosiddetto *Project Cycle Management*, un percorso ciclico in cui, ad una fase iniziale di ricognizione che prende in esame l'attuazione delle misure di prevenzione verificandone l'idoneità e l'efficacia, segue una fase di intervento dove si inseriscono eventuali modifiche migliorative delle azioni previste, se ne inseriscono di nuove inizialmente non considerate, avendo cura comunque di evitare l'introduzione di misure a carattere puramente "adempimentale", non necessarie.

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione, nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire quindi di apportare tempestivamente le modifiche ritenute necessarie. Monitoraggio e riesame sono due attività diverse anche se strettamente collegate. Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso. Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sottofasi:

- il monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- il monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio.

I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio".

Lo stato di attuazione del PTPCT viene determinato, con cadenza semestrale, dal RPCT che verifica l'effettiva esecuzione delle attività programmate, il rispetto della loro collocazione temporale ed il raggiungimento degli obiettivi identificati nel piano, segnalando eventuali criticità e identificando le opportune modifiche. Proprio grazie alla flessibilità intrinseca di un simile sistema di monitoraggio, sarà possibile inserire nuove attività, inizialmente non programmate, a seguito di segnalazioni pervenute in corso d'opera tramite la piattaforma del whistleblowing o di cui si è venuto a conoscenza attraverso altri canali o con altre modalità.

Gli strumenti di cui il sistema di monitoraggio si avvale sono essenzialmente costituiti da: (a) schede di monitoraggio, in formato elettronico, dove poter inserire, per ogni singola misura, dati ed elementi che misurino il grado di realizzazione delle misure, l'entità degli eventuali scostamenti dai risultati previsti, le

possibili cause e le azioni proposte per il superamento delle criticità incontrate; (b) incontri periodici ed audit con i Referenti per la prevenzione della corruzione al fine di consentire una piena condivisione dei dati raccolti e delle eventuali misure correttive proposte; (c) collegamento graduale e progressivo degli strumenti del monitoraggio con quelli propri del controllo di gestione.

Ulteriori modalità di verifica potranno essere stabilite dal RPCT, nel rispetto di tutti gli eventuali altri adempimenti introdotti dalla normativa o da quanto disposto dall'OIV. Inoltre, l'RPCT potrà disporre controlli mirati a seguito di richieste di accesso civico, nonché a seguito di reclami presentati all'Azienda da soggetti terzi.

È in corso di valutazione la possibilità di utilizzare strumenti informatici, in particolare un applicativo sviluppato proprio in funzione delle azioni di monitoraggio, in una logica di integrazione delle azioni proprie del PTPCT e di quelle della performance all'interno del PIAO. A tale riguardo, l'impiego di un applicativo dedicato permetterebbe non soltanto una migliore e più concreta integrazione tra le varie sezioni del PIAO, ma anche un'azione di monitoraggio che non si limiti esclusivamente alla valutazione dei dati ex-post e che consenta un controllo praticamente continuo, introducendo azioni correttive e/o nuove modalità in corso d'opera.

Altre attività di monitoraggio, definite nella programmazione, sono rivolte a verificare l'adempimento agli obblighi di trasparenza e, altresì, la corretta attuazione della disciplina sull'accesso civico semplice e generalizzato, nonché il censimento delle richieste di accesso e i loro esiti all'interno di un apposito registro informatico.

Il monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione è caratterizzato da connotazioni specifiche, precisamente: (a) costituisce un controllo "successivo"; (b) riguarda tutti gli atti e i documenti pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale; (c) è totale e non parziale. Qualora l'attività di controllo rilevi gravi inadempienze in materia di obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, il RPCT (in ottemperanza all'art. 43 del D.Lgs. n. 33/2013) trasmette gli atti oltre che alla Direzione Generale, all'OIV e al Responsabile dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari.

Su un piano complessivo, invece, spettano all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) compiti di controllo e verifica della corretta applicazione delle linee guida e degli strumenti predisposti dall'ANAC, nonché di promozione e di attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza. Infine, compete all'OIV assolvere agli obblighi di comunicazione all'ANAC e delle criticità riscontrate ai competenti organismi interni e di governo dell'Azienda, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

LA FORMAZIONE

La formazione adeguata e continua del personale, rappresenta uno degli strumenti fondamentali per la prevenzione e la repressione della corruzione. Questa Azienda dà estrema importanza alla formazione consentendo, da un lato di fornire a tutto il personale la dovuta conoscenza delle materie inerenti alle modalità di prevenzione della corruzione e l'utilizzo degli strumenti per riconoscere e gestire i segnali di allarme, e dall'altro, di assicurare l'idonea e aggiornata conoscenza delle procedure organizzative e relazionali, anche in senso etico-comportamentale, specialmente nelle aree a maggior rischio di corruzione.

Per il 2025, preferibilmente dopo l'adozione del PIAO, è stato concordato con il Responsabile della UOS Formazione e Sviluppo Risorse Umane lo svolgimento, nel corso del primo semestre, di un corso di formazione illustrerà il nuovo PNA e le nuove indicazioni in esso contenute, con particolare riguardo alle nuove interpretazioni e raccomandazioni sulla corruzione, già illustrate nei paragrafi precedenti. Tale corso sarà svolto con la collaborazione di docenti esperti in materia, con l'obiettivo di formare/aggiornare il personale dell'Azienda interessato sul sistema delle politiche, dei programmi e degli strumenti utilizzati per affrontare il complesso tema della corruzione all'interno della Pubblica Amministrazione.

Tenuto conto del fatto che le competenze di un professionista sanitario/amministrativo di un'Azienda Sanitaria non si identificano solo in quelle tecniche specialistiche, ma necessitano di focus specifici, su tematiche di ambito etico, il percorso formativo sulla prevenzione della corruzione, la trasparenza ed il codice di comportamento assume grande rilevanza per la crescita culturale degli operatori e per la revisione dei modelli organizzativi dell'Azienda.

È prevista anche la partecipazione a corsi avanzati di aggiornamento e di approfondimento sia realizzati dall'INPS in collaborazione con Università, che erogati da istituti privati, per i componenti dell'Ufficio Anticorruzione.

Gli operatori a cui è rivolto il progetto formativo sono di seguito riportati:

- Il RPCT ai sensi del comma 7 legge 190/2012 e il personale afferente all'Ufficio Anticorruzione.
- I Referenti Anticorruzione delle varie unità operative.
- I Direttori delle UU.OO. Sanitarie.
- I Coordinatori infermieristici e tecnici.
- I Responsabili degli Uffici Amministrativi maggiormente esposti al rischio.
- Tutto il personale di vari ambiti e livelli interessati dagli aspetti di base dell'anticorruzione.

Si precisa che la figura dei referenti anticorruzione è strategica ai fini del funzionamento del piano. Tale figura funge infatti da tramite fra l'Ufficio del Responsabile Aziendale Anticorruzione e le varie unità operative ed ha il compito di svolgere un'attività di controllo su comportamenti e condotte che presentano una criticità sul piano della corruzione e di formare, con meccanismo "a cascata" il personale delle UUOO sanitarie e amministrative che non ha direttamente preso parte al percorso formativo. Infatti, il suddetto livello specialistico di formazione condurrà successivamente all'attivazione di percorsi formativi "sul campo" presso le rispettive strutture, rivolti alle singole figure della propria unità operativa.

I DIPENDENTI

Nelle previsioni di legge e nel PNA il coinvolgimento dei dipendenti è assicurato attraverso la partecipazione al processo di gestione del rischio e l'obbligo di osservare le misure contenute nel PTPCT (art. 1, co. 14, della l. 190/2012).

Il coinvolgimento di tutto il personale in servizio (ivi compresi anche gli eventuali collaboratori a tempo determinato o i collaboratori esterni) è fondamentale ai fini dell'attuazione di quanto previsto nel Piano e delle relative misure, così come l'ampia condivisione dell'obiettivo cardine della lotta alla corruzione.

La stesura del Piano ha previsto e prevede per gli aggiornamenti annuali la partecipazione attiva dei dipendenti al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi, nonché alla definizione delle misure di prevenzione e di attuazione.

In un'ottica di collaborazione attiva e di corresponsabilità nella promozione e nell'adozione di tutte le misure atte a garantire l'integrità dei comportamenti individuali, tutti i dipendenti sono tenuti a:

- partecipare alla gestione del rischio, prestando la loro collaborazione al RPCT;
- osservare le misure contenute nel PTPCT;
- segnalare tempestivamente al Responsabile/Referente della struttura di appartenenza o all'RPCT le situazioni di illecito, nonché i casi di personale in conflitto di interesse.

Analogamente, chiunque collabori con l'Azienda è obbligato ad osservare le misure contenute nel Piano e a segnalare eventuali situazioni di illecito.

Le violazioni delle regole di cui al presente Piano ed al Codice di Comportamento Aziendale, applicabili ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi che operano nelle strutture dell'Azienda in nome e per conto della stessa, devono essere sanzionate.

IL CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE

Il dipendente conforma la sua condotta al dovere di contribuire alla gestione della cosa pubblica con impegno e responsabilità, nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità dell'attività amministrativa, antepoendo il rispetto della legge e l'interesse pubblico agli interessi privati propri e altrui. Il dipendente adegua, altresì, il proprio comportamento ai principi riguardanti il rapporto di lavoro, contenuti nel codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013 n. 62, nonché a quelli previsti dal Codice di comportamento dei dipendenti.

In attuazione all'art. 54 comma 5 D.L.vo n. 165/2001, nel 2015, è stato adottato il Codice di Comportamento dei dipendenti, dei collaboratori e dei consulenti dell'ARNAS. Il Codice di Comportamento

aziendale sarà integrato ed aggiornato con l'introduzione di quanto previsto nei nuovi CNL e dalla recente normativa in materia. Secondo il PNA l'adozione ed il continuo aggiornamento del codice da parte di ogni Pubblica Amministrazione rappresenta una delle principali misure di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato.

Le norme in esso contenute regolano infatti in senso legale ed eticamente corretto il comportamento degli operatori indirizzando l'azione sanitaria ed amministrativa dell'Azienda. La finalità prevalente è rappresentata dalla creazione di un contesto idoneo a favorire l'emergere di comportamenti virtuosi ed a prevenire comportamenti scorretti attraverso il miglioramento dell'organizzazione e della qualità delle prestazioni rese.

Il RPCT ed il Responsabile dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD), collaborano alla verifica annuale delle violazioni accertate e sanzionate, e analizzano le aree dell'amministrazione nelle quali si concentrano il più alto tasso di violazioni, al fine di prevedere le azioni per il contrasto da inserire nel Piano.

LA COLLABORAZIONE ED IL COLLEGAMENTO DEL RPCT CON GLI ALTRI RESPONSABILI DEL PIAO, CON L'OIV E CON GLI ORGANI DI CONTROLLO

Il concetto prevenzione della corruzione e della trasparenza è direttamente legato al concetto di performance, anche secondo quanto riportato nel PIAO aziendale, adottato con deliberazione n. 953 del 13 Luglio 2022.

L'analisi organizzativa per l'individuazione delle misure di prevenzione della corruzione contenute nel presente PTPCT è concepita quale politica di organizzazione che si concilia, in una logica di stretta integrazione, con le altre politiche di miglioramento organizzativo e con ogni altro processo di programmazione e gestione aziendale: in particolare, con il ciclo di gestione della performance e le funzioni di controllo interno.

L'elaborazione del Piano è quindi funzionale all'attuazione di un ciclo "integrato" che garantisca coerenza tra gli ambiti comuni dei due documenti aziendali sia in termini di obiettivi, indicatori, target e risorse associate, sia in termini di processo e modalità di sviluppo dei contenuti.

Il collegamento fra il ciclo della performance e trasparenza, integrità nonché il Codice di comportamento e il PTPCT, rappresentano elementi fondamentali per operare in modo eticamente corretto, perseguire obiettivi di efficacia ed economicità della gestione, favorendo la trasparenza e l'accountability nei confronti degli stakeholders dell'Azienda.

A conferma di quanto sopra detto, si evidenzia che, con atto deliberativo n.30 del 10 gennaio 2018, nel Comitato di Budget, è stata inserita la figura del RPCT, in considerazione della valenza strategica che l'ARNAS attribuisce alle azioni di contrasto previste ed attuate con tutte le risorse disponibili.

Il presente Piano evidenzia inoltre la collaborazione tra l'Organismo Indipendente di Valutazione e l'Ufficio Anticorruzione, riconoscendone il ruolo privilegiato di interlocuzione specifica con il RPCT. Nell'ambito dei poteri di vigilanza e di controllo attribuiti all'ANAC, l'Autorità si riserva di chiedere informazioni tanto all'OIV quanto all'RPCT in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza, anche tenuto conto che l'OIV riceve dall'RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione del Piano ed utilizza i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione della performance.

L'OIV verifica l'assolvimento degli obblighi di trasparenza e di integrità attraverso una attività di audit e verifica altresì la conformità tra quanto previsto e quanto pubblicato attraverso la compilazione della scheda standard predisposta dall'ANAC.

I componenti dell'OIV pertanto:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
 - svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa;
 - esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento.
- I risultati dei controlli vengono inseriti nella Relazione annuale che l'OIV presenta all'Amministrazione.

L'audit svolto è funzionale anche all'individuazione di eventuali inadempimenti che possono dar luogo alla responsabilità prevista dalle disposizioni del D.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii. e all'applicazione delle relative sanzioni.

Le modifiche che il D.Lgs. n.97/2016 ha apportato alla L. n.190/2012 rafforzano le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dal D.Lgs. n.33/2013, in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.

Particolare rilievo infine assume il collegamento tra il RPCT e gli organi di controllo interno e, in particolare:

- Collegio Sindacale - Nell'ambito delle proprie funzioni di controllo sulla regolarità e legittimità dell'azione amministrativa, vigila anche sull'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Attraverso la propria segreteria, invia al RPCT le osservazioni formulate sui provvedimenti aziendali, evidenziando quelle da sottoporre alla valutazione del Responsabile anche per le problematiche inerenti fenomeni di corruzione o di *maladministration*. La segreteria del Collegio partecipa al RPCT le risposte delle strutture aziendali alle osservazioni o ne comunica la mancata risposta, o il mancato accoglimento, che diviene oggetto di pubblicazione sul sito "Amministrazione Trasparente".
- UOC Controllo di Gestione - Il RPCT informa dell'eventuale mancato raggiungimento degli obiettivi organizzativi ed individuali inerenti la politica di prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale.
- Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) - Come già evidenziato, valuta i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione, la trasparenza ed esprime il parere sul Codice di comportamento.
- Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) - Propone l'aggiornamento del Codice di comportamento e ne garantisce il rispetto sulla base dell'attività disciplinare esercitata.

RESPONSABILE ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE (RASA) E GESTORE OPERAZIONI SOSPETTE

Con atto deliberativo n. 573 del 04/04/2023 è stato nominato "Responsabile per l'Anagrafe unica della Stazione Appaltante (RASA)" l'Arch. Francesco Bono dell'UOC Gestione Tecnica.

L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

L'Azienda ha altresì nominato il "Gestore delle operazioni sospette" di cui al D.M. del 25 settembre 2015 "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione."

Il Gestore è stato individuato, con atto deliberativo n. 1123 del 02/07/2017, nell'attuale Direttore del Servizio Economico Finanziario, Dott.ssa Rosaria Di Fresco.

INCONFERIBILITÀ/INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI

I casi di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali sono disciplinati dal D.L.vo 39/2013 e dalla delibera ANAC n. 833 del 3 Agosto 2016. Il suddetto decreto si applica al personale di qualifica dirigenziale ed al personale non inquadrato in qualifica dirigenziale, titolare di funzioni direttive (posizioni organizzative).

La normativa dispone, in particolare, che: "Il Responsabile del Piano Anticorruzione di ciascuna amministrazione pubblica, ente pubblico e ente di diritto privato in controllo pubblico, di seguito denominato «responsabile», 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".

Una volta contestata, da parte del RPCT, la causa di inconferibilità/incompatibilità, l'interessato può, nel termine di dieci giorni dal ricevimento della contestazione, proporre le proprie difese e osservazioni.

In caso di accoglimento, il procedimento si conclude con una nota formale e motivata indirizzata all'interessato entro il termine perentorio di quindici giorni dalla data di ricevimento della contestazione.

Al contrario, ricevuta da parte del RPCT la comunicazione in ordine all'accertata situazione di incompatibilità, l'Area Risorse Umane adotta tempestivamente la determinazione di decadenza dall'incarico e di risoluzione del rapporto di lavoro.

CONFLITTO DI INTERESSI

Con i vari aggiornamenti, susseguitisi negli anni, del PNA l'ANAC ha posto l'accento sul tema del conflitto di interessi.

Tutti i dipendenti/collaboratori/consulenti devono, nei loro rapporti esterni con clienti/fornitori/contraenti e concorrenti, curare gli interessi dell'Azienda rispetto ad ogni altra situazione che possa concretizzare un vantaggio personale anche di natura non patrimoniale.

Il conflitto di interessi reale (o attuale) è la situazione in cui un interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona tende a interferire con l'interesse primario dell'azienda (ossia il bene comune), verso cui la persona ha precisi doveri e responsabilità.

Da qui l'esigenza della diffusione della cultura dell'interesse primario dell'Azienda, quale bene comune, di conseguenza i dipendenti che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione devono astenersi dallo svolgimento delle attività a rischio, ai sensi dell'articolo 6 bis della legge n. 241/1990, in caso di conflitto di interessi, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto anche potenziale.

Entro il primo semestre di ogni anno, tutti i dipendenti individuati dalla Direzione aziendale, nonché tutti gli altri soggetti previsti dalla legge, devono presentare l'apposita dichiarazione al proprio Responsabile, che la inoltrerà all'Area Risorse Umane.

La suddetta dichiarazione dovrà, comunque, essere tempestivamente presentata ogni volta in cui vi sia una modifica della situazione precedentemente dichiarata (entro il termine massimo di 48 ore da quando ne ha avuto conoscenza).

ROTAZIONE DEL PERSONALE

L'Azienda riconosce che l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio riveste indubbiamente particolare rilievo e ne condivide la ratio che mira ad evitare che il medesimo dipendente si trovi ad intrattenere in continuità relazioni prolungate nel tempo con gli stessi utenti o fornitori. Non va tuttavia trascurato che la previsione normativa circa l'effettiva rotazione degli incarichi trova un limite oggettivo presso l'Azienda Sanitaria Ospedaliera, in considerazione della specifica e spesso esclusiva competenza professionale delle risorse umane impiegate nelle aree oggetto di mappatura del rischio, che non consente una fungibilità nei ruoli professionali e quindi di rotazione nei servizi medesimi (vedasi anche le specialità mediche).

A tale vulnus contribuisce, tra l'altro, la sempre più frequente riduzione di personale specializzato, sia amministrativo che sanitario, con organici molto spesso sottodimensionati e/o gravemente carenti.

Pertanto, compatibilmente con l'esigenza di dover garantire la speditezza e l'efficacia della funzione amministrativa, indispensabile all'erogazione dei servizi sanitari ed assistenziali, e per mantenere continuità e coerenza di indirizzo nelle strutture, si cercherà di applicare il principio di rotazione nei settori più esposti a rischio, quando si avranno maggiori risorse umane con competenze specifiche che permettano la rotazione senza nocumento per l'attività dell'Azienda. Intanto i Dirigenti si impegneranno a prevedere le modalità che consentano la rotazione tra i vari responsabili di procedimento, senza arrecare nocumento all'attività aziendale. (ad esempio, tra i componenti delle commissioni di gara e di concorso e le segreterie addette, ecc....).

Durante l'anno 2021, l'Azienda ha proceduto al conferimento degli incarichi di strutture sanitarie complesse, determinando di fatto una rotazione fisiologica del personale di vertice. Tenuto conto delle superiori considerazioni, e nel rispetto di quanto stabilito al riguardo dall'art. 4 lett. e) della Legge n.190/2012, l'Azienda ha, quindi, adottato, con atto deliberativo n. 1260 del 8 agosto 2018, le "Linee di indirizzo sulla rotazione del personale esposto a rischio corruzione", cui si rimanda, per la disciplina in dettaglio dell'attuazione della misura.

ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE)

L'art.1, co. 42, lett. l) della Legge n.190/2012, ha contemplato l'ipotesi relativa alla "incompatibilità successiva" (*pantouflage/revolving doors*), introducendo all'art. 53 del D. L.vo n.165/2001, il co. 16-ter ove è disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali (dirigenti, funzionari, titolari di funzioni dirigenziali, responsabili del procedimento) 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.

La norma sul divieto di *pantouflage* prevede inoltre specifiche conseguenze sanzionatorie, quali la nullità del contratto concluso e dell'incarico conferito in violazione del predetto divieto.

Inoltre, ai soggetti privati che hanno conferito l'incarico, è preclusa la possibilità di contrattare con le Pubbliche Amministrazioni nei tre anni successivi, con contestuale obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti.

Per garantire il rispetto del suddetto divieto, il Direttore dell'UOC Risorse Umane curerà l'inserimento nei contratti di assunzione del personale della clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa a qualsiasi titolo (subordinata od autonoma) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, nei confronti di destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.

Al momento, poi, della cessazione del rapporto di lavoro, il Direttore della predetta UOC comunicherà per iscritto al dipendente che va in quiescenza la suddetta norma.

I Direttori delle UUOCC Provveditorato, Gestione Tecnica ed Affari Generali devono quindi assicurare che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non avere concluso contratti di lavoro subordinato od autonomo e comunque di non avere attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei loro confronti per conto dell'Azienda per triennio successivo alla cessazione del rapporto.

Pertanto:

- sono esclusi dalle procedure di affidamento i soggetti per i quali sia emersa la situazione sopra descritta;
- è fatto obbligo per i Direttori delle UU.OO.CC. sopra citate di comunicare tempestivamente tale situazione al Dirigente Responsabile del Servizio Legale dell'Azienda affinché si agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D. L.vo n. 165/2001.

TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNALE ILLECITI (WHISTLEBLOWER)

L'intervento normativo, sulla materia, intende rafforzare la tutela di soggetti che effettuano segnalazioni di reati o altre forme di irregolarità, nell'ambito dei rapporti di lavoro, già introdotta dalla legge n. 190/2012. Si tratta del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti. Il termine "whistleblower" in lingua inglese significa letteralmente "fischiatore" (come le segnalazioni di un arbitro o di un poliziotto) o, più figurativamente, l'autore di una "soffiata" ed è stato utilizzato nel PNA per definire il caso di cui si parla. Dunque, il whistleblower è chi testimonia un illecito o una irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni, e decide di segnalarlo a una persona o a un'autorità che possa agire efficacemente al riguardo. Pur rischiando personalmente atti di ritorsione a causa della segnalazione, egli svolge un ruolo di interesse pubblico, dando conoscenza di problemi o pericoli all'ente di appartenenza. Sono considerate rilevanti le segnalazioni che riguardano comportamenti, reati o irregolarità a danno dell'interesse pubblico, con esclusione, evidentemente, delle lamentele di carattere personale del segnalante.

La legge n. 190 aveva introdotto una disciplina per la tutela del dipendente segnalante, mediante l'inserimento di un nuovo articolo, il 54 bis, nel corpo del decreto legislativo n. 165/2001; ANAC ha approvato con determina n. 6 del 28 aprile 2015 le Linee Guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti

Pertanto, il dipendente che riferisce al proprio superiore gerarchico condotte che presume illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto

ad una misura discriminatoria “diretta o indiretta” avente effetti sulle condizioni di lavoro, come ritorsione, per motivi riconducibili direttamente o indirettamente alla denuncia.

Le segnalazioni saranno valutate dal superiore gerarchico e, qualora questi ritenga che le stesse abbiano rilevanza disciplinare, procederà secondo la normativa vigente.

Nel caso in cui il RPCT, nell'esercizio delle funzioni attribuite con il presente piano, venga a conoscenza di fatti che possano assumere rilievo sotto il profilo disciplinare, dovrà darne informazione al superiore gerarchico dell'ufficio/servizio/Dipartimento nel quale prestano servizio i dipendenti che potrebbero essere coinvolti. Il superiore gerarchico procederà con le modalità sopra descritte.

In sede di procedimento disciplinare a carico dell'eventuale responsabile del fatto illecito, l'identità del segnalante non può essere rivelata senza il suo consenso, a condizione che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora, invece, la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità del segnalante potrà essere rivelata ove la sua conoscenza sia indispensabile per la difesa dell'incolpato.

In azienda è ormai attiva dal 2019 una piattaforma informatica, facilmente accessibile, che garantisce al whistleblower di poter effettuare la sua segnalazione in piena autonomia e mantenendo l'anonimato. La presenza di segnalazioni inserite in piattaforma viene verificata con cadenza settimanale dal RPCT e/o dal personale di supporto del suo Ufficio e immediatamente riscontrate, con l'eventuale collaborazione di direttori/responsabili di UUOO/Servizi/Uffici aziendali.

PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITÀ (PAC)

Il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) è stato avviato con i Decreti Ministeriali 17 settembre 2012 e 1 marzo 2013.

Il dipendente conforma la sua condotta al dovere di contribuire alla gestione della cosa pubblica con impegno e responsabilità, nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità dell'attività amministrativa, antepoendo il rispetto della legge e l'interesse pubblico agli interessi privati propri e altrui. Il dipendente adegua, altresì, il proprio comportamento ai principi riguardanti il rapporto di lavoro, contenuti nel codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013 n. 62, nonché a quelli previsti dal Codice di comportamento dei dipendenti

Obiettivo del PAC è quello di conseguire la certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie attraverso un percorso atto a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili.

L'articolazione delle Aree e delle singole Azioni previste nel percorso PAC sono strutturate secondo il principio della “separazione delle funzioni” che consente di individuare, per ogni atto dell'agire amministrativo che possa incidere sul patrimonio aziendale e/o sulla gestione economica, il soggetto dipendente che, nei diversi possibili ruoli (autorizzativi, operativi, di custodia o di verifica e controllo) ne risulti il responsabile.

Così articolato, il PAC delinea una struttura organizzativa che, anche sulla base dei controlli e delle verifiche periodiche svolte dall'*Internal Audit*, rappresenta una garanzia per il rispetto dei principi di trasparenza e imparzialità cui deve uniformarsi la Pubblica Amministrazione, nonché uno strumento atto a prevenire e a contrastare l'insorgere di comportamenti illegittimi.

Quanto detto trova esplicita conferma nella Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione.”

La realizzazione del programma di lavoro previsto dal PAC dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN è considerata, infatti, fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità.

L'ARNAS-Civico, con delibera n. 211 del 12 febbraio 2016, ha adottato il documento analitico “PAC ARNAS-Civico Di Cristina e Benfratelli di Palermo” contenente le Azioni, il Cronoprogramma di realizzazione e l'individuazione dei Responsabili per singola Azione del Percorso Attuativo di Certificabilità di questa Azienda in esito alle determinazioni fissate dai D.A. n. 2128/2013 e D.A. n. 402/2015 e, in ultimo, riformulato

con deliberazione n. 1635 dell'11/11/2016 in esito alle nuove determinazioni assunte dalla Regione con proprio D.A. n. 1559 del 05/09/2016.

Con nota prot. n. 3357 del 30/11/2016, l'ARNAS-Civico, in adempimento al decreto da ultimo citato, ha comunicato l'elenco delle procedure amministrativo-contabili implementate al 30/11/2016 e il report con il quale è stato effettuato il monitoraggio, al 30/11/2016, dello stato di avanzamento lavori del PAC aziendale, redatto secondo le modalità e il format richiesto dall'Assessorato della Salute.

Con nota prot. n. 17942/2017 del 31/10/2017 sono stati trasmessi all'Assessorato della Salute, dipartimento per la Pianificazione Strategica Servizio 2°, lo stato di avanzamento relativo al PAC aziendale alla data del 30/10/2017 e le procedure amministrativo-contabili relative alle Aree "Ciclo Disponibilità Lique", "Ciclo Costi e Debiti" e "Ciclo Crediti e Ricavi" adottati con delibera n. 459 del 30/11/2017.

Con nota prot. n. 12390 del 02/08/2018 sono stati trasmessi all'Assessorato della Salute, dipartimento per la Pianificazione Strategica Servizio 2°, lo stato di avanzamento relativo al PAC aziendale alla data del 30/06/2018.

Tutta la documentazione inerente lo stato di avanzamento del Percorso Attuativo di Certificabilità ed i relativi stati di avanzamento dei lavori sono pubblicati nell'apposita sezione dedicata del sito web aziendale.

PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI

Questa ARNAS, al fine di rafforzare le condizioni di legalità e di sicurezza nella gestione degli appalti e dei contratti pubblici, già aderisce al Protocollo di Legalità "Carlo Alberto Dalla Chiesa" sottoscritto il 12 luglio 2005 dal Ministero dell'Interno, dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Siciliana.

Con l'aggiornamento al presente Piano si reputa tuttavia opportuno un aggiornamento alla luce delle novità normative introdotte dall'art.1 comma 17 della Legge n.190/2012 secondo i criteri fissati dallo schema di Protocollo di Legalità/Patto di Integrità di cui all'**Allegato 6**.

Il suddetto Protocollo/Patto di Integrità prevede un insieme di regole comportamentali volte a prevenire la corruzione e a valorizzare comportamenti eticamente corretti per tutti i concorrenti. Gli Uffici competenti sono pertanto tenuti ad inserire in tutti gli avvisi di gara, a pena di invalidità, l'espressa previsione che il mancato rispetto delle clausole contenute nel suddetto documento rappresenta causa di esclusione dalla gara e di risoluzione del contratto.

L'Azienda, in forza della Determinazione ANAC n. 4 del 10 ottobre 2012, e tenuto conto delle prescrizioni contenute nel nuovo Codice degli Appalti di cui al D. Lgs. n. 50/2016, richiede altresì, in qualità di stazione appaltante, ai partecipanti alle gare aziendali, il rispetto del Protocollo di Legalità/Patto di Integrità.

La mancata previsione negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito della predetta clausola di salvaguardia, e/o mancata verifica della sottoscrizione del documento costituiscono violazioni dei doveri del pubblico dipendente.

Sempre nell'ambito dei processi finalizzati alla prevenzione della corruzione in materia di appalti, rientrano, inoltre, le disposizioni contenute nel Regolamento ANAC del 9 dicembre 2014, che prevedono, per le stazioni appaltanti, la facoltà di avvalersi dell'attività di vigilanza collaborativa, anche preventiva, da parte dell'Autorità, secondo le modalità indicate dall'art. 4 del citato Regolamento.

AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE

Considerato che l'azione di prevenzione e di contrasto della corruzione richiede un rapporto di stretto e fiducia con i cittadini, gli utenti e le imprese, alimentato da stabili canali di comunicazione, l'Azienda adotta modalità e soluzioni organizzative per la segnalazione (anche provenienti dall'esterno) di fatti attribuibili a cattiva amministrazione, conflitto di interessi, corruzione, anche attraverso l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (URP) quale interfaccia di comunicazione interna/esterna.

Le modalità con le quali attuare il raccordo ed i canali di collegamento sono pubblicizzati in modo da rendere trasparente la rappresentazione degli interessi da parte dei vari portatori.

COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDERS

Al fine di rendere possibile un ascolto attivo degli stakeholders interni (sindacati, dipendenti) ed esterni (cittadini, associazioni, imprese, ecc.), è disponibile sul sito web istituzionale una sezione dedicata cui richiedere informazioni e rivolgersi per qualsiasi comunicazione.

La partecipazione degli stakeholders consente di individuare i profili di trasparenza che rappresentino un reale e concreto interesse per la collettività; tale contributo porta un duplice vantaggio: una corretta individuazione degli obiettivi strategici ed una adeguata partecipazione dei cittadini.

COMUNICAZIONE

Le iniziative a sostegno della trasparenza, della legalità e della promozione della cultura dell'integrità si sostanziano in iniziative di comunicazione per la diffusione dei contenuti del Programma e dei dati pubblicati, in incontri dedicati e note informative con gli uffici competenti. Il processo di informatizzazione tutt'ora in atto in Azienda ha come l'obiettivo l'aumento della trasparenza dell'azione amministrativa, facilitandone contemporaneamente il processo di realizzazione.

Con atto deliberativo 1807 del 11/12/2023 questa Azienda ARNAS-Civico ha adottato il nuovo Piano di Comunicazione Aziendale per l'anno 2024.

IL SITO WEB AZIENDALE

Il sito web www.arnascivico.it rappresenta il primario e più immediato strumento di comunicazione con il mondo dei cittadini e degli utenti. Consente, infatti, di fornire informazioni utili sui servizi offerti e sulle modalità di accesso agli stessi, sulle strutture aziendali e sull'organizzazione dell'Azienda. Consente altresì di diffondere notizie in merito alla gestione dell'Azienda.

È compito fondamentale dell'Azienda curarne l'aggiornamento in modo da assicurare il più tempestivo e completo accesso agli utenti ai servizi di interesse.

La struttura dell'Amministrazione Trasparente è stata mantenuta aggiornata nel corso degli anni tenendo conto delle indicazioni dell'ANAC. In particolare, è stata attuata una prima riorganizzazione dei contenuti che continuerà nei prossimi anni, per allinearla alle indicazioni del D.Lgs. n.33/2013 come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016.

Come già rappresentato nella sezione "12. La Trasparenza Amministrativa", cui si rimanda, la sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale è stata recentemente riorganizzata in adempimento alle indicazioni contenute nella delibera ANAC 203 del 17/05/2023.

LA CARTA DEI SERVIZI

La Carta dei Servizi rappresenta il mezzo prioritario per portare a conoscenza del cittadino/utente e di tutti gli stakeholders i servizi offerti dall'Azienda e le modalità della loro erogazione.

Il documento è consultabile sul sito istituzionale ed è lo strumento informativo che maggiormente rappresenta la logica di un sistema integrato di comunicazione verso il cittadino che l'Azienda mira a realizzare.

La Carta dei Servizi contiene informazioni aggiornate, a vantaggio di chi abbia necessità di consultarla. Oltre a presentare l'Azienda, la Carta rende conto degli impegni assunti nei confronti del cittadino.

INDAGINI DI CUSTOMER SATISFACTION

Periodicamente l'Azienda procede ad analisi di *customer satisfaction* per misurare il grado di soddisfazione degli utenti circa i servizi offerti.

Tali indagini permettono di conoscere le opinioni degli utenti al fine di poter apportare miglioramenti nelle azioni svolte e nel rapporto con i pazienti.

L'Azienda si riserva di predisporre un percorso che consenta di rendere consultabili in modo agevole gli esiti delle indagini svolte e le azioni di miglioramento intraprese.

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)

La Posta Elettronica Certificata (PEC) è lo strumento che consente di inviare e ricevere messaggi di testo ed allegati con lo stesso valore legale di una raccomandata con avviso di ricevimento. Essa rappresenta un'innovazione capace di generare rilevanti risparmi sul piano economico e di semplificare i rapporti tra privati e la Pubblica Amministrazione.

La diffusione della PEC rientra nel processo di "dematerializzazione" della burocrazia. L'ARNAS si è dotata di caselle di posta elettronica certificata per comunicare con altre amministrazioni, cittadini, imprese e professionisti. L'indirizzo di Posta Elettronica Certificata, pubblicato sul sito istituzionale, al quale far pervenire comunicazioni ufficiali, tramite casella di posta elettronica certificata, è il seguente: ospedalecivicopa@pec.it

L'indirizzo di posta elettronica certificata dell'Ufficio Anticorruzione e Trasparenza è:
anticorruzione.arnascivicopa@pec.it

DISCIPLINA DEL PROCEDIMENTO SANZIONATORIO PER LA VIOLAZIONE DEGLI OBBLIGHI IN MATERIA DI TRASPARENZA

La disciplina del procedimento sanzionatorio per l'omessa comunicazione e/o pubblicazione di dati ed informazioni ai sensi dell'articolo 47 del Decreto Legislativo 14.03.2013, n. 33 è disciplinata dalla deliberazione CIVIT quale Autorità Nazionale Anticorruzione n. 66 del 31.07.2013 e dal successivo "Regolamento ANAC in materia di esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell'art. 47 del D.L.vo 14 marzo 2013 n.33, come modificato dal D.L.vo 25 maggio 2016 n. 97" approvato il 16 novembre 2016

Il sistema sanzionatorio previsto dall'articolo 47 del D.Lgs. n. 33/2013 si attiva:

- per violazione degli obblighi di pubblicazione di cui all'articolo 22 comma 2 del D.Lgs. n. 33/2013;
- per mancata o incompleta comunicazione delle informazioni e dei dati di cui all'articolo 14.

Le violazioni di cui ai punti 1 e 2 danno luogo all'applicazione di una sanzione pecuniaria amministrativa da 500 euro a 10.000 euro per ogni singola violazione rilevata.

Le violazioni, inoltre, sono rilevanti:

- sotto il profilo disciplinare, ai fini della valutazione della responsabilità dirigenziale, con eventuale causa per danno all'immagine della PA;
- ai fini della corresponsione delle retribuzioni di risultato o del trattamento accessorio (cd.produttività).

L'RPCT non risponde dell'omissione se dimostra che l'inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile.

Il procedimento sanzionatorio è avviato esclusivamente su segnalazione dell'ANAC, dell'OIV (o del Nucleo di Valutazione), ovvero dell'RPCT.

Ricevuta la segnalazione da parte dei soggetti, l'RPCT, individuato ai sensi dell'articolo 1 comma 7 della legge 190/2012, svolge la fase istruttoria.

Il RPCT accerta l'omissione e la contesta tempestivamente al destinatario e, comunque, non oltre venti giorni. La contestazione, svolta in forma scritta, è notificata al destinatario nel termine di cui sopra. Entro quindici giorni dalla notificazione della contestazione, il destinatario ha facoltà di depositare le proprie controdeduzioni in forma scritta. In alternativa alle controdeduzioni scritte, nel medesimo termine, il destinatario può richiedere un contraddittorio con il RPCT, nel quale può farsi assistere da un legale o da un rappresentante sindacale. Durante il contraddittorio, del quale è steso processo verbale, il destinatario può produrre osservazioni scritte e documenti a dimostrazione che l'omissione è dipesa da cause a lui non ascrivibili. Data e luogo del contraddittorio sono fissati dal RPCT, e si tiene di norma entro dieci giorni dalla richiesta. Qualora il destinatario non si presenti al contraddittorio, senza un giustificato e documentato motivo, l'RPCT chiude l'istruttoria.

Ricevute ed esaminate le controdeduzioni, ovvero svolto o andato deserto il contraddittorio, il RPCT chiude l'istruttoria con una breve relazione. Quindi, rimette gli atti all'Ufficio responsabile dei procedimenti disciplinari per l'assunzione del provvedimento conclusivo. L'autorità amministrativa competente ad irrogare la sanzione di cui all'articolo 3 comma 1 è l'Ufficio responsabile dei Procedimenti Disciplinari (UPD).

L'UPD procede sulla base degli atti ricevuti dal RPCT e chiude il procedimento comminando la sanzione, ovvero dichiarando il "non luogo a procedere". L'UPD fissa e notifica la sanzione amministrativa pecuniaria, nel termine di novanta giorni dalla ricezione degli atti.

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Si riporta nell'**Allegato 7** la mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione con l'indicazione dei singoli responsabili.

DISPOSIZIONI FINALI ED ENTRATA IN VIGORE

Per quanto non espressamente previsto nel presente documento trova applicazione la normativa vigente sia in materia di Prevenzione della Corruzione che in materia di Trasparenza. Il Piano ha validità triennale ed è immediatamente vigente.

Di norma entro il 31 gennaio di ogni anno viene sottoposto a revisione e alle modifiche che si rendono necessarie a seguito di eventuali nuovi assetti dell'organizzazione aziendale e di ulteriori interventi normativi.

Pertanto, il presente documento:

- è approvato con atto deliberativo da parte del Direttore Generale su proposta del RPCT;
- dopo l'approvazione è trasmesso a cura del RPCT all'ANAC, al Collegio Sindacale, all'Organismo

Indipendente di Valutazione (OIV).

Il periodo di applicazione del presente PTPCT e delle relative misure si continua ad intendere relativo al triennio, anche se il PIAO potrà apportare ulteriori aggiornamenti e modifiche in relazione con il ciclo complessivo della performance, con eventuali cambiamenti nella struttura organizzativa e gestionale dell'azienda e con le eventuali novità introdotte con i successivi PNA.

2.4 Il Piano per l'Efficientamento Energetico

Scopo del presente documento è quello di individuare:

- i punti di forza e di debolezza delle singole strutture, attraverso una analisi di tutte le caratteristiche aventi influenza dal punto di vista energetico;
- le azioni correttive, distinguendole tra quelle utili per ridurre i costi e quelle utili per migliorare la qualità delle prestazioni energetiche, con relativa analisi costi-benefici.

Si partirà quindi da una misurazione di massima delle performance energetiche dei singoli padiglioni allo scopo di dare corpo a un piano di attività e di Intervento di riassetto energetico nel quale vengono promossi la riqualificazione delle strutture ospedaliere, la valorizzazione delle fonti rinnovabili, la riduzione dei consumi e delle emissioni.

ANALISI ENERGETICA DI MASSIMA

Il contesto ospedaliero occupa una posizione preminente dal punto di vista energetico sia per l'entità dei fabbisogni (necessità di garantire il funzionamento H24 per 365 gg/anno) sia per la diversificazione degli usi energetici, generando elevati consumi, costi ed emissioni.

L'ARNAS Civico - Di Cristina – Benfratelli si compone di due ospedali. Il più grande dei due è l'ospedale "Civico", il secondo è l'ospedale specializzato pediatrico "Di Cristina". L'Ospedale "Civico" si trova nel quartiere "Montegrappa - S.Rosalina". Gli ingressi principali sono attualmente in Via Carmelo Lazzaro e in Via Tricomi. L'Ospedale "G. Di Cristina" si trova nel quartiere "Palazzo Reale – Monte di Pietà". Gli ingressi principali sono da Via Benedettini e da Piazza Montalto. Le due aree interessate si differenziano notevolmente per grandezza, numero e disposizione di edifici e di reparti.

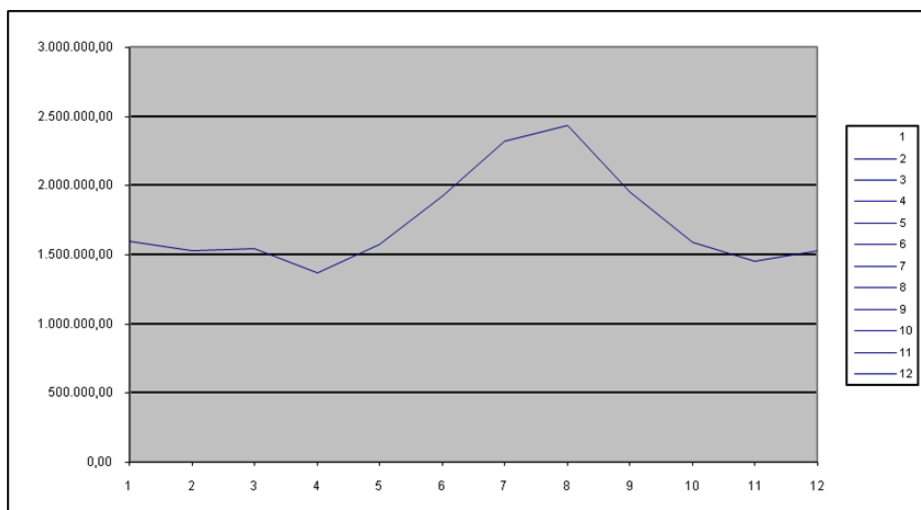
Complessivamente i padiglioni degli ospedali Civico e Di Cristina sono i seguenti:

Padiglione 1 - Direzione e Servizi	Padiglione 10 - Chirurgie speciali
Padiglione 2 - Medicina	Padiglione 11 - Chirurgia vascolare
Padiglione 3 - Maternità	Padiglione 12 - Cardiologia
Padiglione 4 - Chirurgie	Padiglione 14 - Camera Mortuaria
Padiglione 5 - Psichiatria	Padiglione 15 - Detenuti
Padiglione 6 - Chirurgia Plastica	Padiglione 17 - Nuovo M. Ascoli
Padiglione 7 - Chirurgia Toracica	Padiglione 23 - Centrale, Di Cristina
Padiglione 8 - Emergenze	Padiglione 24 - L. Biondo, Di Cristina
Padiglione 9 - Ufficio Ticket	

CONSUMI ANNUALI DI ENERGIA ELETTRICA

Si riportano di seguito i grafici relativi ai costi mensili ed ai consumi mensili di energia elettrica relativi all'anno 2023.

CONSUMI MENSILI DI ENERGIA ELETTRICA



Dall'analisi dei grafici sopra riportati appare evidente l'andamento stagionale dei consumi; in particolare è possibile rilevare un netto incremento (pari al 70% circa) dei consumi nel periodo estivo rispetto al periodo invernale. Il picco massimo dei consumi si ha infatti nel mese di agosto quando è massimo l'utilizzo dei condizionatori d'aria.

Appare altresì evidente la necessità di dotare l'azienda di un impianto di cogenerazione di energia elettrica che faccia uso del metano per generare calore, energia elettrica e acqua fredda per le unità trattamento aria a servizio dei vari padiglioni. Sarà inoltre anche necessario dotare l'azienda di un impianto di generazione fotovoltaica che vada a coprire almeno il 10% del consumo totale (tale stima tiene conto delle superfici disponibili per la posa dei pannelli).

DISPERSIONI DI CALORE DALLE COPERTURE PIANE

L'involucro edilizio delimita gli ambienti in cui si vogliono mantenere delle condizioni di confort stabili, rispetto alle condizioni climatiche dell'ambiente esterno che è invece caratterizzato da una maggiore variabilità.

I tetti piani degli edifici di questa Azienda, allo stato attuale, possiedono delle caratteristiche di basso livello dal punto di vista termico e quindi facili margini di miglioramento.

Le coperture piane di tutti gli edifici, infatti, non sono dotate di alcun isolamento termico supplementare né di copertura riflettente.

Si riportano di seguito le superfici dei tetti piani dei vari padiglioni (sono stati esclusi i tetti spioventi):

EDIFICI	Pad.	Superfici tetti piani	Perimetro coperture edifici
Direzione Amministrazione e servizi	1	mq 1793	m 419,00
Emergenze	8	mq 2557	m 261,00
Camera mortuaria	14	mq 392	m 88,00
Padiglione detenuti	15	mq 734	m 131,00
Padiglione nuovo "M.Ascoli"	17	mq 700	m 130,00

Da una prima analisi sommaria è possibile stimare in 1,35 W/m²K la trasmittanza media attuale dei solai piani di copertura. Tenendo conto dei gradi giorno per Palermo, del periodo di riscaldamento indicato dalle

norme vigenti pari a 121 giorni dal 1 Dicembre al 31 Marzo e considerando come periodo di climatizzazione i mesi da Maggio a Settembre (con un COP medio degli impianti pari a 2,5), è possibile stimare in 120.000 kWh/annui la quantità di energia sprecata per le dissipazioni termiche delle coperture piane. Risulta quindi evidente che è necessario abbassare la trasmittanza dei solai di copertura attraverso il posizionamento di strati di materiale termicamente isolante e riflettente.

DISPERSIONI DI CALORE DA INFISSI CON VETRO SINGOLO

Il bilancio energetico dei vari padiglioni può essere migliorato in termini di dispersioni termiche sostituendo gli attuali infissi con vetro semplice, con altri con prestazioni termiche migliori.

Di seguito sono riportate le superfici totale degli infissi che sarebbe possibile sostituire allo scopo di diminuire sensibilmente le dispersioni termiche.

EDIFICI	Pad.	Superficie Totale Infissi (mq)
Direzione Amministrazione e servizi	1	450
Chirurgia plastica	6	800
Patologie polmonari e renali	7	880
Camera mortuaria	14	50
Padiglione detenuti	15	300
Padiglione nuovo "M.Ascoli"	17	380
L.Biondo Di Cristina	24	350
S. Maggiore Di Cristina	25	450

La trasmittanza media di un vecchio serramento a vetro singolo si può stimare in 12 W/m²K. La trasmittanza di un moderno serramento completo di doppio vetro non sarà invece superiore a 2,8 W/m²K. Tenendo conto dei gradi giorno per Palermo, del periodo di riscaldamento indicato dalle norme vigenti pari a 121 giorni dal 1° dicembre al 31 Marzo e considerando come periodo di climatizzazione i mesi da maggio a settembre (con un COP medio degli impianti pari a 2,5), è possibile stimare in 320.000 kWh/annui la quantità di energia sprecata per le dissipazioni termiche dei vecchi infissi. Risulta quindi evidente che è necessario abbassare la trasmittanza dei serramenti attraverso la loro sostituzione.

AZIONI CORRETTIVE DA EFFETTUARE

L'insieme delle azioni correttive di seguito elencate costituisce il piano di attività e di intervento di riassetto energetico avente il fine di promuovere la riqualificazione delle strutture ospedaliere, la valorizzazione delle fonti rinnovabili e la riduzione dei consumi.

Per convertire un complesso edilizio convenzionale in un complesso edilizio sostenibile, bisogna seguire una metodologia che si può articolare in 4 passi successivi:

1. Minimizzazione della necessità di energia
2. Utilizzazione delle tecnologie a più alta efficienza
3. Massimizzazione del riuso e del riciclo
4. Utilizzazione delle fonti energetiche rinnovabili.

Il primo passo consiste nella ristrutturazione, degli edifici in modo che gli obiettivi di comfort (termico, luminoso e acustico) e funzionalità siano raggiunti col minimo di richiesta di energia.

Una volta raggiunto questo obiettivo, l'energia comunque necessaria per ottenere gli scopi prefissati deve essere fornita da sistemi tecnologici ad alta efficienza, avendo la massima cura nell'evitare soluzioni progettuali che diano luogo a sprechi energetici, nonostante si usino tecnologie efficienti.

Il riuso e il riciclo sono di primaria importanza per ridurre la quota di consumo indiretto di energia.

Infine, se i tre passi precedenti sono stati effettuati in modo appropriato, la quantità di energia primaria occorrente sarà talmente ridotta da rendere possibile una buona copertura delle esigenze con le fonti rinnovabili locali. Nell'ambito di questo piano ci occuperemo di approssciare i primi due passi della metodologia teorica sopra descritta.

Nel quadro descritto, di fondamentale importanza è l'impiego di "intelligenza" distribuita, che nello specifico si traduce in sistemi informatici e telematici preposti alla regolazione e al controllo delle diverse tecnologie viste come sistema integrato, una specie di "sistema nervoso" preposto al controllo del "metabolismo" dell'insediamento.

Gli interventi di efficienza energetica da eseguire sono stati pensati tenendo in considerazione i luoghi dove si dovrà agire, si è quindi cercato di ipotizzare attività per quanto possibile poco invasive. Sono state ipotizzate 7 tipologie di intervento, di seguito elencate e descritte più in dettaglio nelle relazioni seguenti:

- a. Isolamento delle coperture piane e rivestimento con membrana riflettente
- b. Sostituzione dei vecchi infissi con vetro singolo
- c. Sostituzione dei corpi illuminanti nelle zone di transito all'interno degli edifici
- d. Installazione di regolatori di flusso per l'illuminazione esterna dei viali del "Civico"
- e. Impianto di cogenerazione a gas
- f. Sistema di monitoraggio, regolazione e controllo della climatizzazione degli ambienti
- g. Audit energetici e Attestati di Certificazione Energetica

Eccetto la tipologia di intervento g, non tutti gli edifici saranno coinvolti in tutte le categorie di lavori. In particolare, l'intervento a. riguarda i padiglioni 1, 8, 14, 15, 17; l'intervento b. tutti i padiglioni tranne l'emergenza; l'intervento c. i padiglioni 1, 6, 7, 8, 14, 15, 17, 24 e 25; l'intervento d. riguarda l'illuminazione esterna; gli edifici del "Di Cristina" non sono stati considerati nel dimensionamento del cogeneratore essendo non raggiungibili dalla rete di distribuzione del calore; il sistema di monitoraggio è previsto per tutte le stanze di degenza e per le stanze del personale sanitario in tutti gli edifici.

a. Isolamento delle coperture piane e rivestimento con membrana riflettente

Una delle funzioni primarie che un terrazzo di copertura deve assolvere è di proteggere l'edificio da infiltrazioni meteoriche provenienti dall'esterno. Allo stato attuale le coperture posseggono e questa proprietà, essendo costituite da un solaio latero-cementizio, e da strati di impermeabilizzazione bituminosa a protezione dello stesso.

Volendo dare agli edifici maggior confort, ed un migliore rendimento relativamente al consumo energetico, sarà opportuno intervenire attraverso l'installazione di idonei isolanti termici, e speciali membrane riflettenti che abbassano notevolmente i livelli di trasmittanza termica rispetto a quelli attuali.

La tipologia di stratificazione che si propone tiene conto non solo del contenimento dei consumi energetici, ma considera anche l'impatto ambientale dei prodotti per la costruzione attraverso l'analisi del loro ciclo di vita LCA (*Life Cycle Assessment*), l'impatto della fase di edificazione come pure la valutazione degli impatti ambientali in fase di gestione, in fase di manutenzione/riparazione, in fase di demolizione parziale o totale dello stesso e, a fine vita, del riciclo dei materiali edili.

Uno dei principali requisiti di un intervento di edilizia sostenibile è la durata delle soluzioni tecniche previste dal progetto e il loro ripristino senza demolizione che si traducono entrambi in un minor consumo di risorse e una produzione di rifiuti inferiore.

Le Membrane in Bitume Polimero o i *carton* feltri bitumati, si riparano con facilità e a basso costo saldando sopra alla lesione una pezza di membrana e, contrariamente ad altre tipologie di materiali, anche su vecchi manti senza trattamenti specifici.

Questa particolare ed esclusiva proprietà viene usata anche per prolungare la durata del manto

impermeabile. L'intervento di miglioramento che si propone, prevede come piano di partenza, una membrana di bitume polimero su cui aggiungere le successive stratificazioni e lavorazioni.

Da una prima analisi la trasmittanza media attuale dei solai piani di copertura si è stimata pari a 1,35 W/m²K, l'intervento prevede di aggiungere sull'estradosso della copertura 3 strati di materiali diversi per un totale di circa 12 cm di spessore.

Date le premesse la trasmittanza risultante alla fine dell'intervento sarà di 0,31 W/m²K.

L'aumento di resistenza termica dei solai di copertura comporterà una riduzione delle dispersioni durante il periodo di riscaldamento valutata complessivamente in 92.000 kWh in termini di energia utile, pari a circa 130.000 kWh/anno di energia primaria (considerato un rendimento complessivo dell'impianto termico di 0,7). Queste valutazioni sono state eseguite tenendo conto dei gradi giorno per Palermo e del periodo di riscaldamento indicato dalle norme vigenti pari a 121 giorni dal 1° dicembre al 31 marzo. Considerato come periodo di climatizzazione i mesi da maggio a settembre, mediante delle simulazioni in regime dinamico, si è riscontrata una diminuzione (per m² di superficie di copertura piana isolata e rivestita con membrana riflettente) pari a 24 kWh/m² in termini di energia utile. Moltiplicandolo questo indice per la superficie di tetti soggetta ad intervento, e considerando un COP medio di 2,5, il risparmio in termini di energia elettrica per la climatizzazione estiva risulta pari a circa 60.000 kWh/anno.

In termini di CO₂ la quantità azzerata sarà pari a circa 51.000 kg annui

b. Sostituzione dei vecchi infissi con vetro singolo

Il fine di questo intervento è la sostituzione di tutti gli infissi esterni a vetro singolo degli edifici con altri rispondenti alle attuali normative di sicurezza e di risparmio energetico.

EDIFICI	Pad.	Superficie Totale Infissi (mq)
Direzione Amministrazione e servizi	1	450
Chirurgia plastica	6	800
Patologie polmonari e renali	7	880
Camera mortuaria	14	50
Padiglione detenuti	15	300
Padiglione nuovo "M.Ascoli"	17	380
L. Biondo Di Cristina	24	350
S. Maggiore Di Cristina	25	450

Per potere sfruttare al meglio la luce diurna potranno essere utilizzati dei nuovi infissi con struttura in PVC accoppiati a vetrate isolanti a controllo solare. Con il miglioramento delle prestazioni termoisolanti è necessario limitare, alle nostre latitudini l'irradiazione solare; questo si ottiene attraverso l'uso diversificato delle vetrate isolanti.

Saranno infatti utilizzati dei vetri camera basso emissivi selettivi negli infissi rivolti verso il quadrante Sud, mentre sugli infissi rivolti verso il quadrante Nord saranno utilizzati dei vetri camera con il solo trattamento basso emissivo.

La trasmittanza del serramento completo di vetro non dovrà essere comunque superiore a 2,8 W/m²K.

Si è stimato che l'installazione di infissi con le caratteristiche sopra descritte comporterebbe un risparmio di energia primaria per il riscaldamento pari a circa 190.000 kWh/anno, senza considerare l'ulteriore riduzione dovuta alla diminuzione delle infiltrazioni d'aria.

Per quanto riguarda i risultati di riduzione dei consumi per la climatizzazione estiva l'installazione di vetri selettivi comporta una riduzione del 64% della radiazione solare entrante dalle vetrate rivolte a sud. Si può quindi stimare una riduzione dell'energia solare entrante pari a circa 270.000 kWh nei mesi da maggio a

settembre. Senza tenere in considerazione la differenza della temperatura radiante all'interno degli ambienti, la riduzione in termini di energia elettrica si attesta quindi intorno ai 110.000 kWh.

In termini di CO2 la quantità azzerata è pari a circa 82.000 kg annui

c. Sostituzione dei corpi illuminanti nelle zone di transito all'interno degli edifici

L'intervento prevede la sostituzione degli apparecchi illuminanti esistenti in tutte le zone di transito, con apparecchi illuminanti più efficienti. Le plafoniere esistenti sono di due tipologie con due tipi di lampade installate (4x18W e 2x36W) e saranno sostituite con lampade con le stesse caratteristiche di potenza luminosa.

EDIFICI	Pad.	Corpi illuminanti 4x18W	Corpi illuminanti 2x36W
Direzione Amministrazione e servizi	1	90	45
Chirurgia plastica	6	160	26
Patologie polmonari e renali	7	180	28
Emergenze	8	200	26
Camera mortuaria	14	0	18
Padiglione detenuti	15	60	15
Padiglione nuovo "M.Ascoli"	17	140	30
L.Biondo Di Cristina	24	60	24
S. Maggiore Di Cristina	25	80	36

Le nuove lampade saranno del tipo fluorescente lineare "T5" con reattori elettronici dimmerabili e saranno installati sensori di luminosità che permetteranno di regolare la potenza luminosa in funzione dell'illuminazione naturale.

Spesso gli impianti di illuminazione vengono lasciati inseriti a piena potenza, anche in presenza di un consistente contributo di luce naturale, oppure quando - in certi periodi di tempo - sarebbe sufficiente un livello di illuminamento più basso. Questo comporta un inutile spreco dei consumi elettrici che possono essere sensibilmente ridotti ed ottimizzati. Dalle analisi effettuate scaturisce che, dei corpi illuminanti individuati per la sostituzione, la metà sta accesa ogni giorno per almeno 8 ore, e la restante metà anche per tutto il giorno. Essendo tutti in punti di transito il controllo sull'accensione e lo spegnimento non è continuo.

Ipotizzando quindi un tempo di funzionamento di 12 ore al giorno per 365 giorni il consumo di energia elettrica attribuibile a questi sistemi di illuminazione è pari a circa 400.000 kWh anno. L'installazione di lampade con un maggiore rendimento in termini di potenza luminosa, con reattori elettronici "dimmerabili" controllati da sensori di luminosità, che adeguano la potenza alle condizioni di illuminamento naturale, comporterebbe una riduzione nell'ordine del 50% dei consumi di energia elettrica. Da ciò consegue che in termini di CO2 la quantità azzerata è pari a circa 80.000 kg annui.

Ragion per cui l'intervento di sostituzione e successiva installazione dei nuovi corpi illuminanti con sistemi di regolazione attraverso i sensori consentono una serie di vantaggi, quali:

- notevole risparmio energetico, grazie al controllo in tensione che limita la corrente, diminuendo dunque la potenza assorbita in periodi in cui è sufficiente un minor flusso luminoso;
- mantenimento dell'omogeneità del flusso luminoso emesso in fase di regolazione, evitando la formazione di zone d'ombra;
- aumento della vita media delle lampade, stabilizzazione della tensione.
- maggiori livelli di illuminamento e confort visivo grazie alla nuova tecnologia del corpo illuminante.

Le lavorazioni relative alla sostituzione dei corpi illuminanti prevede la semplice rimozione del vecchio apparato che sarà opportunamente smaltito secondo norma (D.L. 25 luglio 2005, n. 151), il cablaggio dei nuovi apparecchi, ed il montaggio nell'apposita sede sul controsoffitto esistente.

Si dovranno altresì prevedere, nel caso di problemi nell'alloggiamento, o danni nello smontaggio degli apparecchi, il ripristino delle parti di controsoffitto rovinato. Sarà inoltre cura dell'installatore, l'effettivo funzionamento del corpo illuminante e del sensore di controllo, prima e dopo il montaggio in apposita sede.

d. Installazione di regolatori di flusso per l'illuminazione esterna dei viali del "Civico"

A differenza degli anni passati, in cui, per via della complessità tecnologica degli impianti, la cogenerazione risultava fattibile soltanto nelle grandi strutture industriali, le moderne tecnologie della microcogenerazione (25 kW – 1 MW) consentono oggi di sostituire la normale caldaia per riscaldamento con un cogeneratore che, oltre a produrre calore, produce elettricità riducendo il consumo complessivo di energia primaria, rispetto al caso caldaia + elettricità da rete.

Un impianto di cogenerazione della taglia idonea per una struttura ospedaliera (200-1000 kW_{el}) consiste sostanzialmente in un motore alternativo, oppure in una turbina a gas, che aziona un generatore per la produzione di energia elettrica, mentre il calore refluo contenuto nei gas di scarico e nell'acqua di raffreddamento, invece di essere dissipato nell'ambiente, viene impiegato per la produzione di calore utile.

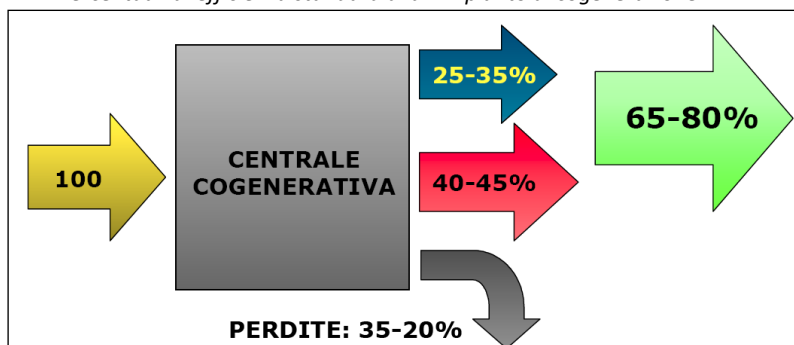
Dal punto di vista economico, la cogenerazione di energia elettrica e calore rappresenta per gli ospedali una forma di approvvigionamento energetico molto interessante.

Per raggiungere la convenienza, i ricavi del sistema cogenerativo devono essere sufficienti per coprire l'investimento, la manutenzione ed il costo del combustibile. Condizione indispensabile perché ciò si verifichi è un funzionamento il più possibile costante e continuo e possibilmente per almeno 5.000 ore l'anno.

Attualmente l'acqua calda sanitaria è prodotta dalle caldaie dei singoli edifici; per circa 8 mesi l'anno queste caldaie non producendo contemporaneamente l'acqua calda per il circuito idraulico di riscaldamento, si accendono esclusivamente per coprire la domanda di ACS. Considerate le temperature necessarie, l'installazione di un cogeneratore con motore endotermico alimentato a gas metano permetterà di rifornire di acqua calda sanitaria gli edifici oggetto di intervento. Il cogeneratore - dimensionato sulle esigenze termiche - funzionerà continuativamente con l'eccezione dei periodi di manutenzione, periodi in cui le caldaie esistenti torneranno a coprire la domanda di ACS. Il vantaggio derivante dall'installazione di questa tecnologia è la produzione combinata di energia termica e di energia elettrica (vedi figura). L'energia elettrica prodotta garantirà una riduzione del prelievo dalla rete e quindi un risparmio economico valutabile intorno ai 200/250.000 € anno. In termini di CO₂ la quantità azzerata è pari a circa 100.000 kg annui, avendo considerato nel bilancio la mancata produzione di acqua calda sanitaria da parte delle caldaie, la produzione di CO₂ del cogeneratore durante il suo funzionamento e l'anidride carbonica non immessa nell'ambiente derivante dal mancato prelievo dalla rete della quota di energia elettrica prodotta dal cogeneratore.

L'acqua calda sarà distribuita all'interno dell'Azienda ospedaliera mediante tubazioni interrato con sottocentrali di distribuzione per i singoli edifici. Il collegamento e l'integrazione tecnica dell'impianto di microcogenerazione non pone particolari problemi. Sarà infatti realizzata una rete di tubazioni per distribuire l'acqua calda nei padiglioni oggetto del progetto con sottocentrali di distribuzione nei pressi di ogni centrale termica in maniera tale da sfruttare la distribuzione interna esistente.

Percentuali di efficienza standard di un impianto di cogenerazione



Il calore prodotto dal cogeneratore, quindi, verrà immesso nel normale circuito di distribuzione del calore, mentre l'elettricità prodotta potrà essere immessa senza problemi nella normale rete di distribuzione della struttura ospedaliera.

Le caratteristiche principali del sistema di cogenerazione con motore endotermico dovranno essere:

- recupero di calore che non modifica il funzionamento del motore;
- elevato rendimento elettrico che si mantiene anche a carichi parziali;
- possibilità di variare rapidamente il carico elettrico;
- alimentazione gas metano alla normale pressione della rete urbana;
- estrema facilità nell'installare impianti di tipo modulare potenziabili nel tempo;
- buona affidabilità di servizio.

Il cogeneratore è già stato fornito dalla ditta Guerrato, nell'ambito del contratto vigente, ed è stato collocato in un apposito corpo di fabbrica realizzato alle spalle del padiglione maternità e corredato dei setti "trappola rumore" in corrispondenza delle aperture di ventilazione che consentono alla macchina di rimanere entro i livelli di rumorosità imposti dalla normativa vigente.

e. Sistema di monitoraggio, regolazione e controllo della climatizzazione degli ambienti

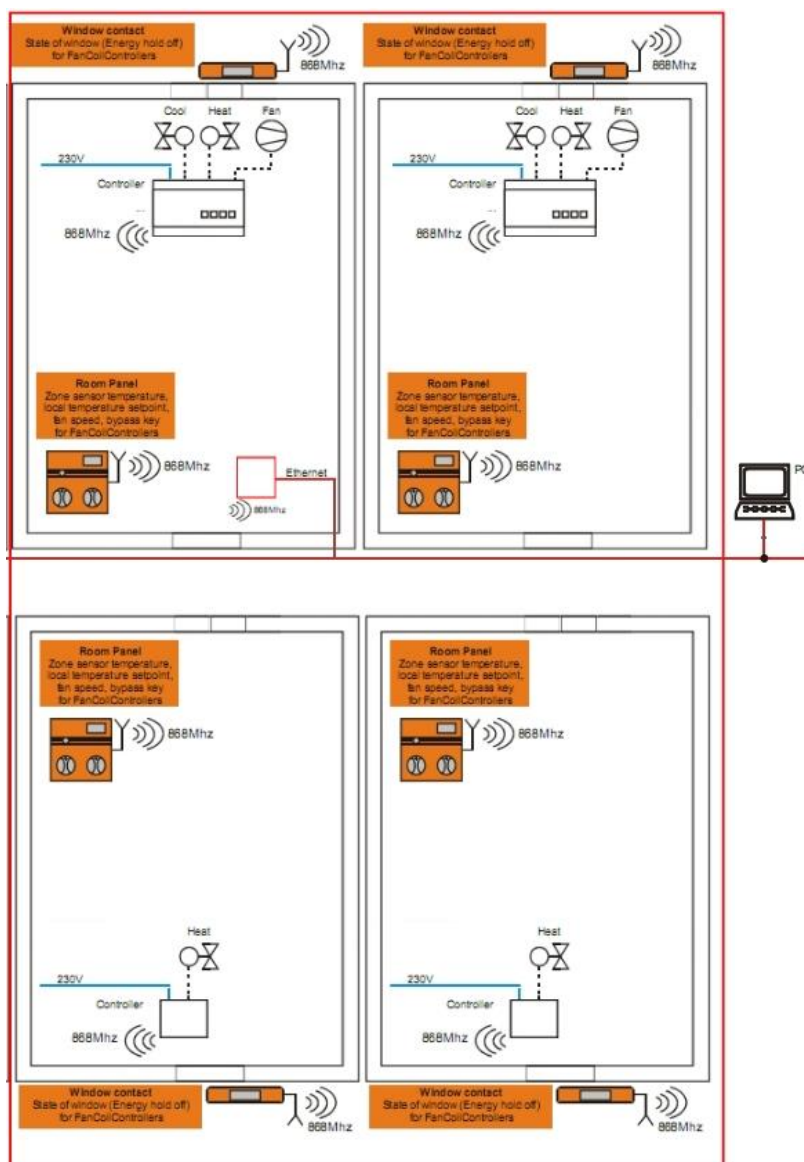
Allo scopo di effettuare il controllo e la supervisione del condizionamento ambientale di ogni stanza degli edifici interessati sarà necessario dotare l'azienda di un sistema integrato di telecontrollo. La soluzione deve essere pensata per evitare di effettuare interventi particolarmente intrusivi, quindi ridurre al minimo i costi per l'acquisto e la stesura dei cavi elettrici. Per questa ragione il sistema deve operare in parte su tecnologia wireless ed in parte su tecnologia IP, mediante la rete LAN che raggiunge tutte le stanze presenti. Questa scelta consente di avere apparati dislocati in qualsiasi posizione della stanza o dell'edificio, e di avere molta flessibilità e scalabilità del sistema, avendo la possibilità di spostare a piacimento i dispositivi wireless ed aggiungerne senza problemi altri.

Data la possibilità di utilizzare il collegamento alla rete LAN, presente in ogni stanza, l'architettura del sistema prevede che le informazioni vengono trasmesse via LAN al sistema di supervisione e via wireless ai dispositivi di acquisizione ed attuazione necessari per effettuare l'automazione richiesta. Sarà necessario quindi installare un server centrale di supervisione oltre ai dispositivi di campo dislocati in ogni stanza.

In figura viene mostrato un esempio dell'architettura, precisamente sono mostrate quattro stanze, la rete LAN per le informazioni da e verso il server di supervisione e la rete Wireless per l'automazione di campo.

Tutti i dati raccolti dai sensori di campo vengono utilizzati per effettuare l'automazione, ma vengono anche convogliati verso il sistema di supervisione, da cui è possibile monitorare la temperatura, l'umidità e l'apertura delle finestre di ogni stanza.

Oltre ai dispositivi di campo, necessari per realizzare l'automazione e comunicanti in tecnologia wireless, sarà necessaria la presenza di un accentratore in grado di monitorare la comunicazione wireless ed impartire i comandi provenienti dal sistema di supervisione. L'accentratore funge da gateway tra i dispositivi wireless e la rete LAN, comunica con il server via LAN, ed è in grado di monitorare e comandare i dispositivi di più stanze adiacenti.



In ogni stanza potrà essere previsto il controllo della temperatura, con possibilità di variazione del *setpoint* impostato in fase di configurazione di $\pm 3^{\circ}\text{C}$, il controllo dell'umidità relativa ed il controllo dell'apertura delle finestre presenti. Ogni stanza diventa quindi un'unità autonoma, il cui funzionamento e le cui impostazioni possono essere differenti dalle altre fermo restando il controllo e la supervisione del server centrale.

L'implementazione di un tale sistema di controllo consentirà di conseguire forti risparmi sulle spese per la climatizzazione in quanto sarà in grado di rilevare immediatamente malfunzionamenti, sprechi o anomalie sugli impianti.

f. Audit energetici e Attestati di Certificazione Energetica

Al fine di verificare i benefici derivanti dall'applicazione di tale piano sarà necessario effettuare la redazione della analisi e diagnosi energetica (audit energetico), stima ex ante dell'impronta di carbonio e analisi degli obiettivi di riduzione delle emissioni di anidride carbonica e degli altri gas ad effetto serra, calcolo

ex post dell'impronta di carbonio e dell'attestato di certificazione energetica (pre e post interventi) dei seguenti edifici:

	Pad	mq coperti	mc coperti
Direzione Amministrazione e servizi	1	6.380	31.800
Chirurgia plastica	6	5.780	18.200
Patologie polmonari e renali	7	6.230	25.300
Emergenze	8	2.340	37.200
Camera mortuaria	14	280	2.200
Padiglione detenuti	15	2.091	7.000
Padiglione nuovo "M.Ascoli"	17	4.749	19.202
Centrale Di Cristina	23	7.285	31.676
L.Biondo Di Cristina	24	2.272	10.904
S. Maggiore Di Cristina	25	2.867	13.494
Totale		40.273	196.975

Il prodotto dell'Audit sarà una relazione in cui saranno riportate tutte le analisi e le valutazioni eseguite e le indicazioni relative all'impronta di carbonio ex ante ed ex post. Gli attestati di certificazione energetica dei singoli edifici andranno redatti secondo le linee guida nazionali per la certificazione energetica degli edifici del 26 giugno del 2009. Gli ACE andranno redatti sia con le caratteristiche del sistema edificio-impianto allo stato attuale sia considerando le variazioni indotte dagli interventi previsti dal progetto.

L'insieme delle operazioni di efficientamento energetico descritte nei punti a, b, c, d, e, f, g, se correttamente attuate, condurrà sicuramente ad un notevole miglioramento delle prestazioni energetiche degli edifici. Allo scopo di rendere operativo il presente piano, questa Azienda ha provveduto ad affidare il servizio energia ad una ditta esterna che ha provveduto a volturare tutti i contratti di energia elettrica e gas metano. All'interno del suddetto contratto è stata inclusa la realizzazione di tutte le innovazioni tecnologiche impiantistiche descritte nei punti e, f ed atte a contenere i costi energetici a livelli sostenibili. Per i rimanenti punti l'ufficio tecnico sta provvedendo alla redazione di specifici progetti.

Sezione 3- Organizzazione e capitale umano

Il Personale Dipendente

Il personale dipendente in servizio nel 2024 è pari a 2.886 FTE (teste pesate), la tabella che segue contiene alcuni dati descrittivi riguardanti le risorse umane impiegate presso l'ARNAS.

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi delle risorse umane	
<i>Indicatori</i>	<i>Valore 2024</i>
Età media del personale (anni)	47
Età media dei dirigenti (anni)	47
Percentuale di dipendenti in possesso di laurea	51,1%
Percentuale di dirigenti in possesso di laurea	100%
Analisi Benessere Organizzativo	
<i>Indicatori</i>	<i>Valore 2024</i>
Tasso di Assenze	12,3%
Stipendio medio percepito dai dipendenti	€ 57.255,00
Percentuale di personale assunto a tempo indeterminato	81,5%
Analisi di Genere delle Risorse Umane	
<i>Indicatori</i>	<i>Valore 2024</i>
Percentuale di dirigenti donne	53,3%
Percentuale di donne rispetto al totale del personale	56,3%
Percentuale di personale donna assunto a tempo indeterminato	80,2%
Età media del personale femminile (dirigenti e non)	45
Percentuale di personale femminile con laurea	50,9%

Statistiche di Genere

Statistiche Di Genere - Valori Medi e Percentuali su Organico Totale 2024			
	valore medio	donne	uomini
Numero Dipendenti		55,8%	44,2%
Età media	47	46	48
Età media Dirigenti	48	46	49
Anzianità di servizio	13	13	14
Personale Laureato su Organico Totale	45,8%	25,8%	20,0%
Personale Tempo Indeterminato su Organico Totale	79,2%	42,8%	36,4%
Dirigenti su totale organico	26,2%	13,7%	12,5%
Personale Area Sanitaria	83,1%	48,6%	34,5%
Personale Area Amministrativa	5,3%	2,9%	2,4%
Personale Area Professionale e Tecnica	11,6%	4,4%	7,2%
Statistiche Di Genere per Area - Percentuali su Organico Totale 2024			
	valore medio	donne	uomini
Medici	23,8%	12,2%	11,6%
Altri Dirigenti Sanitari	1,8%	1,2%	0,6%
Infermieri	48,7%	29,7%	19,0%
Altro Comparto sanitario	8,8%	5,5%	3,3%
Dirigenza PTA	0,5%	0,2%	0,3%
Comparto PTA	16,3%	7,0%	9,3%
Organi Direttivi	0,1%	0,0%	0,10%

3.1 Organizzazione

L'organigramma Aziendale è quello riportato nella sezione "1.1 Dati identificativi dell'Azienda" che prevede Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimenti e no.

3.2 Piano Organizzativo Lavoro Agile

Il Piano del Lavoro Agile è stato adottato con delibera n.13 del 5 gennaio 2024.

PREMESSA E FONTI NORMATIVE DI RIFERIMENTO

Il lavoro agile o smart working non è una diversa tipologia di rapporto di lavoro, bensì una particolare modalità di esecuzione della prestazione di lavoro subordinato introdotta al fine di incrementare la competitività e di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e lavoro.

La disciplina di riferimento è la Legge 22 maggio 2017, n. 81 (articoli 18-24), come da ultimo modificata dalla Legge 4 agosto 2022, n. 122 (che ha convertito con modificazioni il D.L. 21 giugno 2022, n. 73, c.d. Decreto Semplificazioni), secondo la quale il lavoro agile è una 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. Tale disciplina generale rimanda, ad ogni modo, alla normativa di dettaglio individuata nei CCNL di categoria.

L'amministrazione deve individuare le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, previo confronto con le organizzazioni sindacali, fermo restando che sono comunque esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili.

Al fine di concedere l'accesso al lavoro agile, il datore/amministrazione deve stipulare con il lavoratore un accordo individuale per iscritto ai fini della regolarità amministrativa e della prova. Ai sensi degli artt. 19 e 21 della legge n. 81/2017 e compatibilmente con la disciplina prevista dai rispettivi CCNL vigenti esso disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'amministrazione, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore.

La prestazione lavorativa viene eseguita in parte all'interno dei locali aziendali e in parte all'esterno, senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva. Il datore di lavoro è responsabile della sicurezza e del buon funzionamento degli strumenti tecnologici assegnati al lavoratore per lo svolgimento dell'attività lavorativa. I lavoratori in smart working hanno diritto alla tutela prevista in caso di infortuni e malattie professionali anche in relazione alle prestazioni rese all'esterno dei locali aziendali e nel tragitto tra l'abitazione ed il luogo prescelto per svolgere la propria attività (circolare INAIL n. 48/2017).

I datori di lavoro che stipulano accordi per l'esecuzione della prestazione di lavoro in modalità agile sono tenuti, in ogni caso, a riconoscere priorità alle richieste formulate dalle lavoratrici e dai lavoratori con figli in condizioni di disabilità grave. La medesima priorità è riconosciuta da parte del datore di lavoro alle richieste dei lavoratori con disabilità in situazione di gravità o che siano caregivers (art. 18, comma 3 bis, L. n. 81/2017, come modificato dal D.Lgs. 30 giugno 2022, n. 105).

In base all'art. 23, primo comma, della Legge 22 maggio 2017, n. 81 (come modificato dall'art. 41 bis del D.L. 21 giugno 2022, n. 73, c.d. Decreto Semplificazioni, convertito con modificazioni in Legge 4 agosto 2022, n. 122), dal 1° settembre 2022, il datore di lavoro deve comunicare in via telematica al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali i nominativi dei lavoratori e la data di inizio e di cessazione delle prestazioni di lavoro in modalità agile, secondo le modalità individuate con il Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 149 del 22 agosto 2022 e relativi Allegati aventi ad oggetto il modello di "Comunicazione Accordo di Lavoro agile (Articolo 23, comma 1, della L. n. 81/2017)" e le "Regole di compilazione della comunicazione dell'accordo per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità "Lavoro Agile". La comunicazione telematica dovrà avvenire mediante l'applicativo disponibile, tramite autenticazione SPID e CIE, sul portale Servizi Lavoro, oppure, in alternativa, mediante i servizi telematici API REST di invio delle comunicazioni.

In altre parole, con il D.M. n. 149 del 22 agosto 2022 - e relativi Allegati - sono state definite le modalità per assolvere agli obblighi di comunicazione previsti dall'art. 23, primo comma, della Legge n. 81/2017 (come modificato dall'articolo 41 bis del D.L. n. 73/2022, convertito con modificazioni in L. 4 agosto 2022, n. 122) e, quindi, per inviare telematicamente le informazioni relative all'accordo di lavoro agile.

In base alla nuova disciplina non è più necessario allegare l'accordo individuale di smart working sottoscritto tra datore di lavoro e lavoratore (che deve essere comunque conservato dal datore di lavoro ai fini della prova e della regolarità amministrativa per 5 anni dalla sottoscrizione), ma trasmettere al Ministero le informazioni individuate nel Decreto stesso e negli Allegati che ne formano parte integrante:

- il nominativo del lavoratore interessato;
- data di inizio delle prestazioni lavorative in modalità agile;
- data di cessazione delle prestazioni lavorative in modalità agile.

Dal 1° settembre tale modalità di trasmissione delle informazioni è disponibile per tutti i datori di lavoro pubblici e privati l'apposito applicativo sul portale Servizi Lavoro, accessibile tramite autenticazione SPID e CIE.

Il termine di questo adempimento decorre dal 1° settembre 2022 soltanto per i nuovi accordi di lavoro agile o qualora si intenda procedere a modifiche (incluse proroghe) di precedenti accordi. Restano valide le comunicazioni già eseguite secondo le modalità della disciplina previgente (art. 1, comma terzo, D.M. n. 149 del 22 agosto 2022).

Per quanto attiene al termine entro cui assolvere a tale adempimento, considerato che trattasi di una mera trasformazione della modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, la relativa comunicazione andrà inviata entro cinque giorni dall'inizio della prestazione in modalità agile.

In caso di mancata comunicazione secondo le modalità previste dal decreto ministeriale, si applica la sanzione di cui all'art. 19, comma terzo, del Decreto Legislativo 10 settembre 2003, n. 276 (espressamente richiamato dall'art. 23, comma primo, L. n. 81/2017).

Il presente piano del lavoro agile è oggetto di confronto con i soggetti sindacali (art. 9, co. 3, CCNL 2019-2021)

LE CARATTERISTICHE DEL LAVORO AGILE

La prestazione dell'attività lavorativa in modalità "agile" (o smart working) non modifica la natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato. Ai sensi dell'art. 18 della Legge n. 81/2017 il lavoro agile si configura quale "modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti ... con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva".

Il lavoro agile è caratterizzato da:

- flessibilità spaziale della prestazione: la prestazione lavorativa viene eseguita in parte all'interno dei locali dell'amministrazione ed in parte all'esterno;
- flessibilità dell'orario di lavoro: la prestazione lavorativa viene eseguita entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivante dalla legge e della contrattazione collettiva.

DIPENDENTI POTENZIALMENTE LEGITTIMATI A FRUIRE DEL LAVORO AGILE

Sono potenzialmente legittimati/e a fruire del lavoro agile tutti i/le dipendenti dell'Azienda del comparto, con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato ovvero determinato, fermo restando che sono escluse le prestazioni non remotizzabili.

Non è concesso il lavoro agile durante il periodo di prova.

Possono fruire del lavoro agile anche i/le dipendenti di altri Enti in posizione di comando/distacco presso l'Azienda.

L'attivazione del lavoro agile ha carattere volontario. Il lavoro agile è, pertanto, concesso – secondo quanto previsto nella presente disciplina - a richiesta del/della dipendente interessato/a.

ATTIVITA' OGGETTO DI LAVORO AGILE

Il lavoro agile può essere fruito potenzialmente da tutti/e i/le lavoratori/lavoratrici indipendentemente dalla Struttura di appartenenza, previa autorizzazione del Direttore/Responsabile dell'Unità Operativa di appartenenza.

Ogni Direttore/Responsabile di Unità Operativa aziendale definisce "macro categorie" di attività all'interno delle quali sono individuabili compiti/ funzioni e limiti per lo svolgimento della modalità agile, di cui il presente accordo si compone (cfr. tabella in coda al piano); tutte le attività non specificatamente individuate nell'apposita tabella in coda al piano non potranno essere svolte in modalità agile.

PROCEDURA DI ACCESSO AL LAVORO AGILE

L'accesso al lavoro agile avviene, da parte dei/delle dipendenti che ne hanno fatto domanda, secondo la procedura disciplinata nel presente paragrafo.

Ai sensi della normativa vigente, così come modificato dal D.L. 52/2021 art. 11 bis, può avvalersi della modalità agile per lo svolgimento della prestazione lavorativa almeno il 15% del personale.

Viene riconosciuta priorità alle richieste formulate dalle lavoratrici e dai lavoratori con figli in condizioni di disabilità grave. La medesima priorità è riconosciuta da parte del datore di lavoro alle richieste dei lavoratori con disabilità in situazione di gravità certificata dal medico di medicina generale del lavoratore, ai sensi del Decreto 4 febbraio 2022, o che siano caregivers.

Presentazione della domanda

La domanda di accesso al lavoro agile deve essere indirizzata al Direttore/Responsabile della Unità Operativa di appartenenza, la quale deve essere adeguatamente motivata ed indicare, ove ricorrano, le circostanze per le quali viene riconosciuta priorità, ai sensi della suddetta normativa.

Il Direttore/Responsabile, ricevuta l'istanza di lavoro agile, dovrà rilasciare, ove sussistano i presupposti per l'ammissione, il relativo nulla osta. In alternativa, ove non dovessero ricorrere le condizioni, dovrà formulare il rigetto dell'istanza, espressamente motivato.

Nel suddetto nulla osta dovrà essere indicato il numero di giornate di lavoro agile fruibili su base annua/mensile/settimanale secondo quanto previsto nella tabella in coda al piano.

Ai sensi dell'art. 18, comma 3 bis, della Legge n. 81/2017, come modificato dal D.Lgs. 30 giugno 2022, n. 105, deve essere riconosciuta priorità alle richieste di lavoro agile formulate dalle lavoratrici e dai lavoratori con figli in condizioni di disabilità grave. La medesima priorità è riconosciuta da parte del datore di lavoro alle richieste dei lavoratori con disabilità in situazione di gravità o che siano caregivers.

Sottoscrizione dell'accordo individuale di lavoro agile

Ai/alle lavoratori/lavoratrici che hanno presentato domanda e che hanno ottenuto nulla osta dal Direttore/Responsabile della Unità Operativa di appartenenza, verrà fatto sottoscrivere un apposito accordo individuale secondo quanto previsto al paragrafo 6.

Comunicazioni agli uffici competenti

Il Direttore/Responsabile della Unità Operativa, a seguito di sottoscrizione di accordo individuale deve trasmettere copia del nulla osta e dell'accordo al Direttore delle Risorse Umane, Ufficio rilevazione presenze, mediante protocollo.

L'ACCORDO INDIVIDUALE DI LAVORO AGILE

In conformità a quanto previsto nell'art. 19 della Legge n. 81/2017, nonché nell'art. 78 del CCNL Comparto Sanità (triennio 2019-2021), ai fini dell'attivazione del lavoro agile, viene sottoscritto un accordo individuale tra l'Azienda - nella persona del Direttore/Responsabile della Struttura di appartenenza - ed il/la lavoratore/lavoratrice.

1. L'accordo individuale disciplina in particolare:
 - le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali con specifico riferimento all'individuazione delle giornate di lavoro agile fruibili su base annua/mensile/settimanale;
 - gli strumenti che il/la dipendente può/deve utilizzare;
 - le forme di esercizio del potere di controllo e disciplinare del/della responsabile di riferimento;
 - i tempi di riposo del/della lavoratore/lavoratrice ed il diritto/dovere alla disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro.

2. In particolare, le giornate di lavoro agile fruibili su base annua/mensile/settimanale sono definite, per ciascun dipendente, avendo a riferimento i seguenti criteri:
 - tipologia di attività svolte;
 - caratteristiche comportamentali del/della lavoratore/lavoratrice valutando, in particolare, il grado di affidabilità, la capacità di organizzazione e di decisione nonché la propensione all'assunzione di responsabilità;

Qualora, nel valutare le caratteristiche comportamentali del/della lavoratore/lavoratrice, si riscontri un insufficiente grado di autonomia organizzativa, anche dal punto di vista informatico, si ritiene buona pratica – in un'ottica di valorizzazione delle risorse umane e di riconoscimento di pari opportunità di accesso al lavoro agile – indirizzare il/la lavoratore/lavoratrice verso idoneo percorso di formazione.

3. Avendo a riferimento le giornate di lavoro agile fruibili dal/dalla dipendente (su base annua/mensile/settimanale) individuate nell'accordo individuale, la programmazione delle giornate lavorative in modalità agile deve essere concordata preventivamente con il Direttore/Responsabile della Unità di appartenenza, tenuto conto delle esigenze lavorative ed organizzative della struttura di appartenenza. Tale programmazione può essere oggetto di modifiche per esigenze di servizio da parte del/della responsabile.

4. Laddove le giornate di lavoro agile programmate non vengano fruite per motivi riferibili al/alla lavoratore/lavoratrice (ad es. perché assente in malattia/congedo/aspettativa...) le stesse non possono essere recuperate. In tale fattispecie si riducono, pertanto, i giorni di lavoro agile fruibili dal/dalla dipendente su base annua/mensile/settimanale. Inoltre, non potrà essere concesso il lavoro agile nelle giornate in cui si prevede il turno di rientro pomeridiano.

5. All'accordo è allegata l'informativa sulla salute e sicurezza dei/delle lavoratori/lavoratrici.

6. L'accordo individuale precisa, inoltre, la durata dello stesso da individuarsi, in n. mesi/anni decorrente/i dalla data di sottoscrizione dell'accordo medesimo. Su istanza del lavoratore interessato, previo consenso del Direttore/Responsabile della Unità di appartenenza, l'accordo può essere rinnovato.

7. Ciascuno dei contraenti può recedere prima della scadenza del termine dando un preavviso di n.30 giorni. In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere senza preavviso. L'Amministrazione può esercitare la facoltà di recesso dall'accordo, con effetto immediato, qualora il/la dipendente risulti inadempiente alle previsioni contenute nella presente disciplina o nell'accordo individuale o non sia in grado di svolgere l'attività ad esso/a assegnata in piena autonomia e nel rispetto degli obiettivi.

8. Nel caso di lavoratori/lavoratrici disabili ai sensi dell'art. 1 della L. n. 68/1999 il termine di preavviso del recesso da parte dell'Amministrazione non può essere inferiore a 90 giorni al fine di consentire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro rispetto alle esigenze di vita e di cura del/della lavoratore/lavoratrice.

9. Ai sensi dell'art. 23, comma 1, della Legge n. 81/2017 l'accordo per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile e le eventuali sue modificazioni sono oggetto delle comunicazioni di cui

all'art. 9 bis del D.L. n. 510/1996 convertito dalla L. n. 608/1996, così come modificato con D.M. n. 149 del 22 agosto 2022

PROGRAMMAZIONE, MONITORAGGIO E VERIFICA DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA

1. Il lavoro agile è improntato ad un modello organizzativo fondato sulla definizione di processi e indicatori ovvero sulla programmazione e sul perseguimento di obiettivi e quindi sulla misurazione dei risultati.

2. Ciascun/a dirigente responsabile deve operare un monitoraggio mirato e costante, verificando il raggiungimento degli obiettivi fissati e l'impatto sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa nei risultati attesi. In particolare, ciascun/a dirigente responsabile deve:

a) programmare periodicamente (su base settimanale o quindicinale o mensile) l'attività lavorativa che i propri collaboratori devono svolgere in modalità agile definendo le relative priorità;

b) monitorare e verificare l'esatto adempimento della prestazione ed i risultati conseguiti.

3. Restano ferme le ordinarie modalità di valutazione delle prestazioni, secondo il sistema vigente.

4. In ogni caso il lavoro agile non deve comportare un livello quali-quantitativo di prestazione e di risultati inferiore a quello che sarebbe stato garantito presso la sede dell'Azienda.

LA DISCIPLINA DELL'ORARIO DI LAVORO

L'attivazione del lavoro agile non modifica la regolamentazione dell'orario di lavoro applicato al/ alla lavoratore/lavoratrice, il/la quale farà riferimento al normale orario (full-time o part-time) con le caratteristiche di flessibilità temporali di seguito riportate e nel rispetto, comunque, dei limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Il/la dipendente è, inoltre, tenuto/a a rispettare le norme sui riposi e sulle pause previsti dalle vigenti disposizioni normative e contrattuali.

Fermo restando quanto previsto ai punti precedenti, ai/alle lavoratori/lavoratrici che fruiscono del lavoro agile si applicano le seguenti disposizioni:

– fascia di svolgimento dell'attività lavorativa standard: dalle ore 8.00 alle ore 14.30. Nell'ambito di tale fascia oraria il/la lavoratore/lavoratrice deve essere obbligatoriamente contattabile, salvo motivi personali e/o familiari da comunicare preventivamente al/alla dirigente responsabile; una diversa fascia di contattabilità può essere prevista nell'accordo individuale in relazione alle specifiche esigenze di servizio della Struttura di appartenenza del/della dipendente;

– per effetto della autonoma distribuzione del tempo di lavoro, nei giorni di lavoro agile non sono configurabili prestazioni supplementari o straordinarie; ne consegue, pertanto, che relativamente alla giornata di lavoro agile vengono computate un massimo di 6.30 ore giornaliere (ovvero il diverso orario giornaliero risultante dall'eventuale contratto part-time);

– nelle giornate di lavoro agile non sono configurabili permessi ad ore ed altri istituti che comportano riduzioni di orario. Fanno eccezione, i riposi giornalieri (due ore) per allattamento di cui al D. Lgs. n. 151/2001 ed i riposi giornalieri (due ore) riconosciuti ai lavoratori con handicap grave dalla L. n. 104/1992 (art. 33 comma 6).

Al/alla lavoratore/lavoratrice è garantito l'esercizio dei diritti sindacali.

Ai fini dell'elaborazione dei cartellini mensili, il personale autorizzato a fruire del lavoro agile dovrà avere cura di registrare l'attività svolta in modalità agile secondo le indicazioni fornite dall'Amministrazione.

LUOGHI DI LAVORO

Nelle giornate di lavoro agile è responsabilità del/della lavoratore/lavoratrice individuare luoghi idonei per lo svolgimento dell'attività lavorativa che rispondano ai requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza e quindi siano idonei all'uso abituale di supporti informatici, non mettendo a rischio l'incolumità del/della lavoratore/lavoratrice né la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati nell'espletamento delle proprie mansioni e rispondano ai parametri di sicurezza sul lavoro indicati dall'Amministrazione.

È, inoltre, necessario che il/i luogo/i ove si svolge l'attività lavorativa non metta/mettano a repentaglio la strumentazione dell'Amministrazione.

In ogni caso il/i luogo/luoghi individuato/i dal/dalla lavoratore/lavoratrice per lo svolgimento dell'attività lavorativa deve/devono essere tale/i da garantire il rientro in sede, ove richiesto, entro il termine stabilito dal/dalla dirigente responsabile, in relazione alle attività che devono essere svolte.

DOTAZIONE TECNOLOGICA

Ove il/la dipendente non fosse in possesso di strumenti informatici/tecnologici adeguati allo svolgimento delle mansioni ad esso adibite, l'Azienda fornisce ai/alle dipendenti che fruiscono del lavoro agile l'attrezzatura tecnologica adatta e necessaria in base alla specifica attività da svolgere e ne garantisce la conformità alle disposizioni vigenti in materia di salute e sicurezza. Ai sensi dell'art. 18, comma 2, della Legge n. 81/2017 l'Amministrazione è responsabile della sicurezza e del buon funzionamento degli strumenti tecnologici assegnati al/alla lavoratore/lavoratrice per lo svolgimento dell'attività lavorativa e della relativa manutenzione.

Il personale si impegna a custodire con la massima cura e a mantenere integra la strumentazione fornita, in modo tale da evitarne il danneggiamento, lo smarrimento e a utilizzarla in conformità con le istruzioni ricevute. Gli strumenti di lavoro affidati al personale devono essere utilizzati esclusivamente per lo svolgimento dell'attività lavorativa, nel rispetto della disciplina legale e contrattuale applicabile.

Ove necessario, ai/alle dipendenti viene fornita la strumentazione dettagliatamente elencata nell'accordo individuale.

ASSISTENZA TECNICA

Al/alla lavoratore/lavoratrice è garantita assistenza tecnica con le medesime modalità previste per il lavoro in sede.

In caso di malfunzionamento della dotazione tecnologica che rende impossibile la prestazione lavorativa, il/la lavoratore/lavoratrice dovrà darne tempestiva informazione al/alla proprio/a responsabile e potrà essere richiamato/a in sede per assicurare la continuità della prestazione lavorativa; in questo caso il rientro in sede avviene, di norma, dal giorno successivo a quello in cui si è registrato il malfunzionamento.

DIVIETO DI DISCRIMINAZIONI

Ai sensi di quanto previsto nell'art. 20 della L. n. 81/2017 il/la lavoratore/lavoratrice che svolge la prestazione in modalità di lavoro agile ha diritto ad un trattamento economico e normativo non inferiore a quello complessivamente applicato, in attuazione dei contratti collettivi, nei confronti dei/delle lavoratori/lavoratrici che svolgono le medesime mansioni esclusivamente all'interno dell'Amministrazione. I/le dipendenti che si avvalgono del lavoro agile non possono subire penalizzazioni ai fini del riconoscimento della professionalità e della progressione di carriera.

La prestazione lavorativa resa in modalità agile è integralmente considerata come servizio pari a quello ordinariamente reso presso le sedi abituali di lavoro ed è considerata utile ai fini degli istituti di carriera, del computo dell'anzianità di servizio, nonché dell'applicazione degli istituti contrattuali relativi al trattamento economico accessorio.

OBBLIGHI DEL/DELLA LAVORATORE/LAVORATRICE

Il lavoro agile non modifica il potere direttivo e di controllo del/della dirigente che sarà, in generale, esercitato con modalità analoghe a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso i locali dell'Azienda. Fermi restando gli obblighi contenuti nei vigenti codici disciplinari e di comportamento, il/la lavoratore/lavoratrice è, pertanto, tenuto/a a svolgere la prestazione lavorativa con diligenza e nel rispetto delle disposizioni impartite dal/dalla proprio/a dirigente responsabile.

Il/la lavoratore/lavoratrice ha, altresì, il dovere di riservatezza su tutte le informazioni delle quali venga in possesso per il lavoro assegnato e di quelle derivanti dall'utilizzo dei programmi e dei dati in essi contenuti.

Per quanto attiene agli obblighi relativi alle modalità di utilizzo della dotazione strumentale fornita al/alla lavoratore/lavoratrice si rinvia a quanto previsto nel precedente paragrafo 10.

L'inosservanza delle disposizioni di cui al presente Piano costituisce comportamento rilevante ai fini disciplinari e può conseguentemente determinare l'applicazione delle sanzioni previste dalla contrattazione collettiva. Inoltre, l'Amministrazione potrà procedere con il recesso dall'accordo individuale secondo quanto espressamente previsto nel paragrafo 6.

ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA PER GLI INFORTUNI E LE MALATTIE PROFESSIONALI

Ai sensi dell'art. 23, commi 2 e 3, della Legge n. 81/2017 il/la lavoratore/lavoratrice ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali. Inoltre, ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali, quando la scelta del luogo della prestazione sia dettato da esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del/della lavoratore/lavoratrice di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e risponda a criteri di ragionevolezza.

Nell'eventualità di un infortunio durante la prestazione in modalità agile, il/la lavoratore/lavoratrice dovrà fornire immediata e dettagliata informazione all'Amministrazione.

SICUREZZA SUL LAVORO

L'Amministrazione garantisce, ai sensi del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, la salute e la sicurezza del/della lavoratore/lavoratrice in coerenza con l'esercizio dell'attività di lavoro in modalità agile. A tal fine, all'atto della sottoscrizione dell'accordo di cui al paragrafo 6, il/la dipendente prende visione di specifica informativa sui rischi generali e specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione. La medesima informativa deve essere consegnata anche ai Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Il/la dipendente è, a sua volta, tenuto/a a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dall'Amministrazione per fronteggiare i rischi. In particolare, il/la lavoratore/lavoratrice che svolge la propria prestazione lavorativa in modalità agile, sulla base della formazione ricevuta, nel rispetto dei requisiti di cui al presente Piano e delle previsioni contenute nell'informativa di cui al punto precedente, dovrà rispettare ed applicare correttamente le direttive dell'Amministrazione e in particolare dovrà prendersi cura della propria salute e sicurezza, in linea con le disposizioni dell'art. 20, comma 1, del D.lgs. n. 81/2008.

Resta fermo quanto già previsto al precedente paragrafo 10 ai sensi del quale l'Amministrazione è responsabile della sicurezza e del buon funzionamento degli strumenti tecnologici assegnati al/alla lavoratore/lavoratrice per lo svolgimento dell'attività lavorativa.

SICUREZZA INFORMATICA E PROTEZIONE DEI DATI

Il/la lavoratore/lavoratrice è tenuto/a a custodire con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni dell'Amministrazione utilizzati nello svolgimento della prestazione lavorativa; il/la lavoratore/lavoratrice è inoltre tenuto/a al rispetto delle previsioni del Regolamento UE n. 679/2016 e del D.lgs. n. 196/2003 in materia di privacy e protezione dei dati personali.

I/le lavoratori/lavoratrici sono chiamati/e a tenere una condotta particolarmente diligente a tutela dei dati trattati.

Il/la lavoratore/lavoratrice dovrà tempestivamente informare il/la responsabile e il DPO nel caso in cui si verifichi – nell'ambito della sua attività – una violazione (data *breach* ai sensi degli artt. 33 e 34 GDPR) dei dati personali oggetto di trattamento che ponga a rischio i diritti e le libertà delle persone fisiche.

L'Amministrazione rende accessibile al/alla lavoratore/lavoratrice tutte le informazioni e i documenti necessari all'esecuzione delle proprie mansioni, rimanendo comunque onerata della protezione degli stessi

ed adotta misure e soluzioni tecniche idonee a prevenire la perdita e/o la diffusione dei dati, tanto nel rispetto dei principi di riservatezza nei confronti del/della lavoratore/lavoratrice quanto a tutela dei propri interessi aziendali.

FORMAZIONE

L'Azienda si impegna a fare ricorso all'attività formativa come strumento di accompagnamento del proprio personale nel processo di diffusione della capacità di lavorare in modalità agile anche al fine di limitare il rischio di stress correlato alle nuove modalità di lavoro. In particolare, l'Azienda si impegna ad organizzare – nell'ambito del Piano annuale della Formazione - specifiche iniziative formative, rivolte a tutto il personale, aventi ad oggetto, in particolare, le tematiche relative alla sicurezza, al lavoro per obiettivi ed ai rischi connessi all'iperconnessione.

Specifiche iniziative formative saranno, altresì, rivolte al personale dirigente con l'obiettivo di fornire elementi culturali e organizzativi in tema di lavoro agile.

IL RUOLO DEL/DELLA DIRIGENTE

Avuto riguardo a quanto previsto nel presente Piano, costituiscono compiti specifici del/della dirigente:

- definire le modalità e la misura di fruizione del lavoro agile;
- programmare l'attività lavorativa che i/le propri/e collaboratori/collaboratrici devono svolgere in modalità agile, definendo obiettivi e priorità secondo quanto previsto al paragrafo 7 in materia di "Programmazione, monitoraggio e verifica dell'attività lavorativa";
- garantire, monitorare e verificare il corretto adempimento della prestazione lavorativa ed il raggiungimento degli obiettivi fissati da parte del personale che fruisce del lavoro agile secondo quanto previsto al sopra citato paragrafo 7;
- esercitare il potere di controllo anche avendo a riferimento quanto previsto al paragrafo 13 in materia di "Obblighi del/della lavoratore/lavoratrice".

BENESSERE ORGANIZZATIVO

Al fine di prevenire eventuali forme di isolamento rispetto alla dimensione ordinaria della vita lavorativa ed a tutela del benessere organizzativo del personale, l'Azienda si impegna a promuovere azioni positive e buone pratiche tra lavoratori/lavoratrici e responsabili.

NORMA DI RINVIO

Per tutto quanto non previsto nel presente Piano e, in particolare, per quanto attiene la regolamentazione dei diritti e degli obblighi direttamente pertinenti al rapporto di lavoro, si rinvia alla disciplina contenuta nelle disposizioni legislative, nei contratti collettivi nazionali di lavoro e nei contratti decentrati integrativi nonché ai codici di comportamento e disciplinari.

Il presente Piano potrà essere integrato sia dalla nuova produzione normativa in materia, sia dalla diversa organizzazione che i singoli Direttori/Responsabili di area vorranno darsi.

Tabella - Nella colonna A "macro categoria di attività", sono elencate le tipologie di attività da poter svolgere in modalità agile. Nella colonna B sono individuati i giorni di lavoro agile potenzialmente fruibili dai lavoratori su base settimanale. Nella colonna C, in forma dettagliata, sono individuate le attività che possono essere svolte in modalità agile.

(La compilazione della Tabella seguente è rimessa ad ogni Unità Operativa avendo a riferimento le relative esigenze organizzative e funzionali)

A Macrocategoria di attività	B N° giorni di lavoro agile fruibili su base settimanale	C Tipologie attività che possono essere svolte in modalità agile con specifico riferimento alla “Macro categoria” di colonna A <i>(a titolo esemplificativo)</i>
	<i>n.</i>	
	<i>n.</i>	
<i>(elenco delle attività da completare)</i>		

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

In ottemperanza a quanto disposto dal D.A. n. 2201/2019 con le integrazioni del D.A. n. 614/2021 dell'Assessorato della Salute e le indicazioni di cui alle note assessoriali n. 29884/2021 e n. 41223/2021 questa Direzione ha provveduto a rideterminare la dotazione organica aziendale ed adottarne il piano del fabbisogno di personale.

Con la presente relazione si illustra la metodologia di calcolo e la procedura seguita per l'aggiornamento del Piano triennale del fabbisogno di personale per il triennio 2025/2027.

Sono confermate le novità quali-quantitative introdotte con il PIAO 2024/2026 con le seguenti modifiche:

- Soppressione di
 - n. 2 posti ausiliario specializzato
 - n. 1 posto dirigente chimico
 - n. 1 posto dirigente pedagista
- Istituzione di:
 - n. 1 posto di dirigente di malattie infettive;
- Riattivazione di:
 - n. 3 posti di Neurochirurgia;
- trasformazione di:
 - n. 13 posti di operatore tecnico autista in operatore sociosanitario;

Sono stati rimodulati i costi per singolo profilo sulla base degli intervenuti CCNL con conseguente rideterminazione dell'incidenza contrattuale finalizzata al calcolo del costo netto della dotazione organica.

Appare utile evidenziare che il presente Piano del Fabbisogno di Personale sarà, già nell'anno 2025, suscettibile di modifiche ed integrazioni alla luce della nuova rete ospedaliera, in corso di definizione, e dei conseguenti atti di indirizzo della Regione Sicilia, nonché del nuovo tetto di spesa assegnato con D.A. n. 1519/2024 di Euro 159.151.000 (con un incremento di Euro 2.000.000).

Alla luce del su citato Decreto, infatti, l'Arnas dovrà adeguare la dotazione organica ed il Piano del Fabbisogno alle previsioni di personale ove è stata prevista l'allocazione delle nuove figure professionali in termini di unità e correlati costi. Detto adeguamento sarà oggetto di informazione alle Organizzazioni Sindacali e notificato all'Assessorato Regionale della Salute per il necessario riscontro tutorio.

In allegato le tabelle riepilogati relative al programma assunzionale degli anni dal 2025/2027.

Per ogni disciplina/profilo è evidenziato in tabella:

- **il numero di personale presente al 31/12/2024;**
- **il numero di assunzioni programmate nell'anno di riferimento;**
- **il numero di posti vacanti e la destinazione degli stessi (stabilizzazione - accesso dall'esterno).**

Si illustrano nel prospetto che segue i contingenti numerici, distinti per profilo, ottenuti con riferimento alle macroaree contenute nella dotazione organica e sviluppate nel piano del fabbisogno di personale per gli anni 2025/2027:

Macroaree	Previsione
Medici e odontoiatri	774
Infermieri	1345
Oss	283
Ausiliari	13
Altro Personale Ruolo Tecnico (Dirigenza + Comparto)	109
Altro Personale Sanitario	269
Dirigenti Sanitari	51
Farmacisti	9
Ruolo Amministrativo e Professionale (Dirigenza + Comparto)	215
Totale	3068

La previsione di spesa totale *netta* ammonta ad euro 156.954.005, quindi nel rispetto del tetto di spesa assegnato all'Azienda di Euro 157.151.000.

Oltre alle ordinarie procedure concorsuali è stato utilizzato lo strumento di reclutamento speciale previsto dalla Legge 234/2021, così come modificata dalla Legge Finanziaria 2023.

Resta inteso che per la copertura dei posti "apicali" – direttori di struttura complessa – l'azienda è aderente alle previsioni del D. Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii.

MEDICI

Sulla base dei risultati ottenuti, sono stati determinati n. 501 dirigenti medici per la degenza, calcolando in proporzione il numero di medici delle unità senza degenza in n. 139 unità (ovvero il 28 % delle unità di degenza della somma dei due presidi dell'Arnas). Al totale così ottenuto sono stati aggiunti:

- i dirigenti medici delle aree di emergenza (MCAU adulti e pediatrico) e della Centrale operativa 118, per un totale di 68 unità;
- i dirigenti medici direttori di struttura complessa, 52 unità;
- i dirigenti medici dei servizi generali n. 13 unità.

Il totale delle unità mediche è di n. 773 così programmati nel triennio di riferimento

Presenti al 31/12/2024	Fabbisogno 2025	Fabbisogno 2026	Fabbisogno 2027
602	654	679	773

INFERMIERI

Per il personale infermieristico è stato utilizzato il valore tendenziale omnicomprensivo di 1,8 (effettivo 1,75%) infermieri per dirigente medico con il risultato di 1.345 unità infermieristiche (comprehensive degli incarichi di funzione con coordinamento).

L'allocazione per personale infermieristico è stata effettuata nell'ottica della congruità tra posti letto e complessità assistenziale.

Inoltre, considerata la rimodulazione organizzativa, la distribuzione del personale cui trattasi deve ritenersi profondamente dinamica nell'ottica di una ottimizzazione del servizio in relazione alle esigenze assistenziali.

Il piano prevede la completa copertura della dotazione organica già nell'anno 2025.

Il totale delle unità infermieristiche è di n. 1345 così programmati nel triennio di riferimento:

Presenti al 31/12/2024	Fabbisogno 2025	Fabbisogno 2026	Fabbisogno 2027
997	1345	1345	1345

OSS

Il fabbisogno di personale OSS è stato calcolato oltre che sulle indicazioni delle linee guida regionali anche sulla base del fabbisogno emerso dalle singole articolazioni aziendali e dalla attuale situazione occupazionale.

Il piano prevede la completa copertura della dotazione organica già nell'anno 2025. Resta inteso che anche nel corso di detta annualità sarà possibile una rideterminazione del contingente del profilo di cui trattasi.

Il totale delle unità di personale OSS è così programmati nel triennio di riferimento:

Presenti al 31/12/2024	Fabbisogno 2025	Fabbisogno 2026	Fabbisogno 2027
218	283	283	283

PERSONALE RUOLO TECNICO

Nell'ambito del personale del ruolo tecnico, sia dirigenza che comparto si è proceduto al calcolarne i relativi profili per un totale di 120 unità di personale.

A fronte di una percentuale massima utilizzabile del 10% del totale delle unità di personale del ruolo sanitario fin qui calcolate, l'azienda ha fissato il proprio parametro al 5%.

- personale ruolo tecnico (comparto) n. 118
- personale ruolo tecnico (dirigenza) n. 3

Il totale delle unità del ruolo tecnico è di n. 121 così programmati nel triennio di riferimento:

Presenti al 31/12/2024	Fabbisogno 2025	Fabbisogno 2026	Fabbisogno 2027
87	103	109	121

ALTRE FIGURE SANITARIE NON DIRIGENZIALI

Con riferimento ai restanti profili del comparto sanitario, la percentuale di calcolo utilizza è dello 0,3% per P/L, per un totale di n. 269 unità.

Il totale delle unità è così programmato nel triennio di riferimento:

Presenti al 31/12/2024	Fabbisogno 2025	Fabbisogno 2026	Fabbisogno 2027
234	253	253	269

DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA

In questa sezione è necessario distinguere i dirigenti farmacisti dal restante personale dirigente sanitario; infatti, per i primi è prevista una percentuale massima del 3% delle unità mediche, per i secondi fino al 7% delle unità mediche.

L'amministrazione ha quantificato il fabbisogno di dirigenti farmacisti nel numero di 9 unità.

Con riferimento al restante personale della dirigenza sanitaria, si è proceduto a quantificare il relativo fabbisogno in numero 52 unità.

Totale dirigenti farmacisti n. 9

Totale altri dirigenti sanitari n. 52

Il totale delle unità è così programmato nel triennio di riferimento:

Presenti al 31/12/2024	Fabbisogno 2025	Fabbisogno 2026	Fabbisogno 2027
50	56	57	61

PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE

Per il fabbisogno del personale amministrativo e professionale, si è proceduto a quantificare un contingente di n. 215 unità di personale.

Il totale delle unità è così programmato nel triennio di riferimento:

Presenti al 31/12/2024	Fabbisogno 2025	Fabbisogno 2026	Fabbisogno 2027
159	171	176	215

COSTO DEL PIANO DEL FABBISOGNO

Di seguito i valori medi utilizzati, con oneri e senza IRAP:

Profilo Giuridico	costo unitario
Medico	105.000,00
Infermiere	46.000,00
Operatore socio sanitario	37.000,00
Ausiliario specializzato	32.000,00
Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	40.000,00
Fisioterapista	43.000,00
Logopedista	41.000,00
Ortottista – assistente di oftalmologia	43.000,00
Tecnico audiometrista	37.000,00
Assistente sanitario	45.000,00
Dietista	45.000,00
Ostetrica	43.000,00
Tecnico di neurofisiopatologia	43.000,00
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	46.000,00
Tecnico sanitario di radiologia medica	46.000,00
Profilo Atipico Sanitario	44.000,00
Puericultrice	38.000,00
Tecnico della fisiopatologia card e perf cardiovascolare	42.000,00
Assistente sociale	42.000,00
Analista	100.000,00
Assistente tecnico	36.000,00
Collaboratore tecnico	42.000,00
Operatore tecnico	35.000,00
Psicologo	92.000,00
Biologo	92.000,00
Fisico	92.000,00
Pedagogista	92.000,00
Dirigente PTA	100.000,00
Collaboratore amministrativo	42.000,00
Assistente amministrativo	36.000,00
Coadiutore amministrativo	34.000,00
Commesso	31.000,00

In allegato:

- dettaglio per profilo giuridico (allegato 8)
- sviluppo Piano triennale 24/26 (allegato 9).

3.4 Formazione del personale

Il Piano Formativo Aziendale 2025-2027 (deliberazione n. 60 del 14/01/2025)

La formazione e l'aggiornamento del personale in servizio presso le Aziende Sanitarie del Sistema Sanitario Nazionale costituiscono una leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti, per la realizzazione degli obiettivi programmati e per una migliore tutela della salute dei cittadini attraverso servizi più qualificati.

Il presente documento si prefigge di presentare la pianificazione della formazione dei professionisti dipendenti dell'A.R.N.A.S., finalizzata al soddisfacimento dei fabbisogni formativi rilevati in maniera strutturata e coerentemente con quanto previsto dagli obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali, incluse le iniziative formative prescritte da disposizioni normative.

L'Azienda di Rilevo Nazionale ed Alta Specializzazione (A.R.N.A.S.) Civico, Di Cristina e Benfratelli, ha ottenuto l'accreditamento standard, per le tipologie formative Residenziale (RES) e Formazione sul Campo (FSC), con il D.D.S. n. 1351 del 15 novembre 2023 (numero di iscrizione all'Albo Regionale: id. 16).

L' A.R.N.A.S. è pertanto un Ente autorizzato ad esercitare attività formativa nell'ambito del programma di Educazione Continua in Medicina, e le attività formative, che consentono ai partecipanti di acquisire "crediti formativi" riconosciuti a livello nazionale e regionale, vanno pianificate attraverso l'approvazione e la trasmissione alla Regione Siciliana di un Piano di Formazione Aziendale (P.F.A.) annuale.

Il fabbisogno dei crediti E.C.M. per il personale sanitario è pari a 150 crediti per triennio, come stabilito inizialmente dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 02/02/2017 in materia di formazione continua. La delibera della Commissione Nazionale E.C.M. n° 2/2023 dell'8 novembre 2023, ha stabilito, anche per il triennio formativo 2023-2025, l'obbligo di acquisire 150 crediti E.C.M., al netto di eventuali esoneri, esenzioni ed altre riduzioni. Tutta l'attività formativa aziendale rivolta al personale sanitario, fatto salvo casi specifici, è oggetto di accreditamento nell'ambito del Sistema Regionale di Educazione Continua in Medicina.

Rilevazione dei bisogni formativi aziendali (area sanitaria) per il PFA 2025

Al fine di procedere alla raccolta dei bisogni formativi aziendali quale passaggio preliminare alla stesura del Piano Formativo Aziendale 2025, l'UOs Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane ha adottato, quale strumento per la costruzione e trasmissione della scheda raccolta dati, la sezione "Moduli" messa a disposizione gratuitamente da "Google Drive".

Sono state predisposte due schede, una dedicata alla raccolta dei bisogni in ambito sanitario, come previsto dalle procedure di accreditamento nell'ambito del programma E.C.M., ed una per la raccolta dei bisogni formativi dell'area tecnica ed amministrativa (Dipartimento Amministrativo e Staff).

Le schede sono state trasmesse il 14 agosto 2024, e la raccolta dati è durata, per entrambe le aree, fino al 30 settembre 2024.

Complessivamente gli operatori sanitari che hanno compilato il questionario sono stati 257, un numero superiore al 2023 (158, + 38 %). Per quanto riguarda il Dipartimento Amministrativo sono state raccolte 10 segnalazioni da parte di operatori delle Unità Operative afferenti, un numero minore (- 58 %) rispetto alle segnalazioni ricevute nel 2024.

Per quanto riguarda la raccolta dei bisogni formativi in ambito di ECM (Educazione Continua in Medicina), si sono ricevuti riscontri da tutte le professioni sanitarie presenti in Azienda; percentualmente prevalgono i riscontri ricevuti da infermieri (46 %) e medici (34 %). La distribuzione per Unità Operativa ha mostrato che le segnalazioni sono omogeneamente distribuite tra le Unità Operative dei due Presidi.

Per l'analisi dei bisogni formativi si è provveduto ad estrarre e sintetizzare i suggerimenti pervenuti in una tabella excel; lo scrivente ha visionato tutte le proposte, scartando quelle troppo generiche o incomplete; i bisogni formativi formulati in maniera compiuta (135) sono state poi aggregati per macroaree tematiche.

Di seguito l'elenco delle aree tematiche in cui si sono raggruppati i bisogni formativi, elencati per numerosità di segnalazioni pervenute:

1. Area della "Linee Guida, protocolli e procedure / EBP" (34%);
2. Area delle "Procedure/Protocolli in Emergenza-Urgenza" (BLS – PBLSD – PTC etc.) (15 %);
3. Area del "Management, della gestione del personale ed organizzazione del lavoro (Team Working)" (12 %)
4. Area della "Comunicazione tra operatore e paziente ed umanizzazione delle cure" (10%);
5. Area della "Formazione/aggiornamento tecnico professionale specifico" anche mediante Formazione sul Campo (10 %);
6. Area della "Prevenzione delle ICA e della gestione della antibiotico terapia" (6%);
7. Area del "Rischio Clinico – Responsabilità Professionale – Consenso Informato" (6%);
8. Area della "Informatica/sanità digitale/HTA/inglese scientifico" (5%);
9. Area della "Donazione e trapianto d'organi" (2%);

Partendo dall'analisi dei bisogni formativi e dall'analisi dei questionari di gradimento, è stato richiesto ai Direttori delle Unità Operative aziendali, ai Referenti per la Formazione, ai RID infermieristici ed ai Coordinatori delle Professioni Sanitarie di elaborare delle proposte di progetti formativi coerenti con i bisogni formativi rilevati (macro-progettazione). La raccolta delle proposte progettuali è iniziata il 1° settembre 2024, e si è conclusa il 12 dicembre 2024. Nella Tabella di seguito le attività formative proposte sono state suddivise in base alla macroarea tematica di riferimento emersa dai bisogni formativi.

Formazione obbligatoria e Formazione legata ad obiettivi regionali/nazionali

La stesura del Piano, oltre a contenere le proposte formative in risposta ai bisogni formativi rilevati, ha tenuto conto anche:

1. **della programmazione triennale (2025-2027) della formazione "obbligatoria"** legata alla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro ai sensi del D.lgs. 81/08 e s.m.i. (inclusi gli specifici accordi Stato-Regioni) e ai sensi del D.Lgs. 101/20; per quanto riguarda la formazione ai sensi del D. lgs. 81/08 (formazione generale e formazione sui rischi specifici, ATECO 86.10.1) nel corso del quadriennio 2021-2024 è stata completata la formazione di circa 1900 operatori; tuttavia, è necessario prevedere che nel prossimo triennio, compatibilmente con le risorse interne disponibili, si completi la formazione di altri 600 operatori, in prevalenza di recente immissione in servizio, e l'aggiornamento per tutti coloro per cui esso è previsto. In tabella la sintesi della programmazione proposta:

	N. ed. 2025	N. ed. 2026	N. ed. 2027	Totale partecipanti previsti per anno	Totale costi presunti per anno
La Radioprotezione Dell' Operatore Sanitario Ai Sensi Del D. Lgs. 101/2020. Cenni Di Radioprotezione Del Paziente In Ambito Ospedaliero.	8	8	8	240	€ 1.209,38
La Tutela Della Salute E Della Sicurezza Nei Luoghi Di Lavoro - Corso Per Lavoratori - Ai Sensi Dell'art. 37 D.Lgs. N. 81/08 E S.M.I.- Formazione Generale Pari A 4 Ore E Specifica Pari A 12 Ore Per Un Totale Di 16 Ore	9	9	9	270	€ 4.594,30
La Tutela Della Salute E Della Sicurezza Nei Luoghi Di Lavoro: Corso Di Aggiornamento Per Lavoratori Art. 37 D.Lgs. 81/08 E S.M.I. Accordo Stato-Regioni N. 221 Del 21.12.2011 (Durata 6 Ore)	6	6	6	180	€ 1.241,10
La Tutela Della Salute E Della Sicurezza Nei Luoghi Di Lavoro – Articolo 37 Comma 7 Del D. Lgs. 81-08 - Corso Per Preposti	2	2	2	70	€ 702,01
Corso Di Formazione Aziendale Per Dirigenti/Delegati - La Tutela Della Salute E Della Sicurezza Dei Lavoratori - Art. 37 D. Lgs 81/08 E S.M.I. (Durata 16 Ore)	1	1	1	30	€ 1.194,03
Corso Di Formazione Aziendale Per Rappresentanti Dei Lavoratori Per La Sicurezza (RIs) - La Tutela Della Salute E Della Sicurezza Dei Lavoratori - Art. 37 D. Lgs. 81/08 E S.M.I. (Durata 32 Ore)	1	1	1	20	€ 1.190,89
Corso Antincendio Per Addetti Antincendio In Attività Di Livello 3	10	10	10	150	€ 30.943,79
Totale Per Anno					€ 41.075,50

Qualora la scelta della Direzione strategica fosse orientata a completare la formazione di tutti i 600 operatori che non hanno mai fatto formazione sulla sicurezza (formazione generale di 4 ore e sui rischi specifici di 12 ore) entro il 2025, sarebbe necessario prevedere la esternalizzazione delle attività formative con costi da accertare, ma presumibilmente molto più elevati di quelli sopra quantificati, e stimabili grossolanamente in 150.000 euro, a confronto dei circa 15.000 euro in tre anni, previsti per la formazione con risorse interne;

2. della programmazione regionale legata al Piano Regionale della Prevenzione, con particolare riferimento alle linee di azione dei programmi PP09 (Formazione degli operatori in materia di rischio ambientale) e PP10 (Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza); si veda in riferimento a tali obiettivi, i corsi previsti nell'area tematica della prevenzione delle ICA e della gestione della antibiotico terapia;

3. delle "Linee guida per la prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche" (DA 1603/2023); che prevedono una appropriata attività formativa (si vedano i corsi dell'area tematica "comunicazione tra operatore e paziente ed umanizzazione delle cure");

4. della programmazione di attività formative integrative a quelle previste dal CEFPAS per il soddisfacimento del fabbisogno formativo di attribuzione dei **privileges** nel settore professionale della Medicina d'Urgenza, con particolare riferimento alle UU.OO. di Pronto Soccorso – MCAU, Cardiologia e nell'ambito del percorso nascita (D.A. del 26/06/2012 pubblicato in GURS n. 29 del 20/07/2012);

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) 2025 – Struttura, aree tematiche, obiettivi.

Per la redazione dell'elenco delle proposte formative del Piano Formativo Aziendale 2025 si è ritenuto utile seguire le indicazioni contenute nel "Vademecum per la redazione dei piani annuali di formazione" della Regione Toscana, specificando:

1. Unità/Area proponente;
2. Titolo dell'evento/Progetto Formativo Aziendale;
3. Responsabile/i scientifico/i dell'evento;
4. Tipologia di formazione utilizzata (RES, FSC, BLENDED);
5. Obiettivo formativo E.C.M. nazionale;
6. Target dei destinatari (le professioni a cui è indirizzato l'evento);
7. Arco temporale di svolgimento dell'evento (I semestre, II semestre o entrambi);

8. Stima dei costi previsti, comprensivo dei costi delle docenze, dei costi di accreditamento ECM, dei costi di Segreteria, e di eventuali costi aggiuntivi (manichini, simulatori etc.)

Il Piano prevede la realizzazione di 109 attività formative aziendali, con 330 edizioni complessive.

Per quanto riguarda la tipologia di formazione che verrà utilizzata, i corsi saranno così suddivisi:

Tipologia di formazione utilizzata	N° progetti
Formazione Residenziale (RES)	95
Blended (RES -+ FSC)	1
Formazione sul Campo - Gruppi di miglioramento (FSC - GdM)	8
Formazione sul Campo – Training individualizzato (FSC - Training)	4
Webinair	1
Totale	109

Di seguito è riportata la tabella che indica il numero di progetti formativi (edizione base) per ciascun dei 38 obiettivi formativi nazionali previsti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC):

Obiettivo Nazionale E.C.M.	N° progetti
1 - Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)	15
2 - Linee guida - protocolli - procedure;	33
3 - Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura;	5
4 - Appropriatelyzza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA);	7
5 - Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie;	2
6 - Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale;	4
7 - La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato;	4
8 - Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale;	2
9 - Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera;	0
10 - Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;	1
11 - Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali;	4
12 - Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure;	4
13 - Metodologia e tecniche di comunicazione, anche in relazione allo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria;	0
14 - Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni di processo;	0
15 - Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti;	0
16 - Etica, bioetica e deontologia;	0
17 - Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema;	2
18 - Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere;	6
19 - Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarità;	0
20 - Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;	0
21 - Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione;	0
22 - Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari, e socioassistenziali;	0
23 - Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate;	0
24 - Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale;	0
25 - Farmaco epidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza;	1
26 - Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologie correlate;	0
27 - Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione;	7
28 - Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto;	1
29 - Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. <i>Health Technology Assessment</i> ;	5
30 - Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di processo;	0
31 - Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di sistema;	0
32 - Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo.	2
33 - Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema.	1
34 - Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;	0
35 - Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;	0
36 - Valutazione, analisi, studio, caratterizzazione identificazione di: agenti, sostanze, preparati, materiali ed articoli e loro interazione con la salute e la sicurezza;	0
37 - Metodologie, tecniche e procedimenti di misura e indagini analitiche, diagnostiche e di screening, anche in ambito ambientale, del territorio e del patrimonio artistico e culturale. Raccolta, processamento ed elaborazione dei dati e dell'informazione;	0
38 - Verifiche ed accertamenti nei porti e sulle navi anche ai fini della sicurezza; valutazioni ed analisi di esplosivi, combustibili, acceleranti e loro tracce; gestione delle emergenze e degli incidenti rilevanti.	0
No Obiettivi ECM (Attività formative NON ECM)	3
Tot.	109

La Commissione nazionale per la formazione continua ha individuato, in condivisione con il C.T.R., gli obiettivi formativi nazionali E.C.M. tenendo conto dei Livelli Essenziali di Assistenza, dei Piani sanitari regionali e delle linee guida di cui all'art. 3 del D.L. n. 158/2012 convertito con modificazioni dalla L. n. 189/2012, e li ha inseriti in almeno una delle seguenti macro-aree (articolo 28 "Obiettivi formativi" commi 3,4 e 5 dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - La formazione continua nel settore "Salute" pubblicato sulla GURI n. 274 del 23 novembre 2017):

- a) Obiettivi formativi tecnico-professionali;
- b) Obiettivi formativi di processo;
- c) Obiettivi formativi di sistema.

Di seguito la tabella che sintetizza collocazione degli eventi presenti nel Piano, In relazione alle macroaree degli obiettivi formativi nazionali/regionali ECM:

Macroarea degli obiettivi formativi nazionali	N. progetti
Area degli obiettivi formativi tecnico-professionali	15
Area degli obiettivi formativi di processo	26
Area degli obiettivi formativi di sistema	65
No Obiettivi ECM (Attività formative NON ECM)	3
Tot.	109

In relazione alla risposta ai bisogni formativi espressi dagli operatori, di seguito si elencano le aree tematiche in cui erano stati raggruppati i bisogni formativi ed a cui sono state associate le attività formative pianificate. I corsi programmati soddisfano, complessivamente, i bisogni formativi emersi:

Macroarea Tematica (in risposta ai bisogni formativi)	N° corsi
Linee Guida, protocolli e procedure / EBP	31
Procedure/Protocolli in Emergenza-Urgenza	23
Formazione/aggiornamento tecnico professionale specifico	17
Management, della gestione del personale ed organizzazione del lavoro (Team Working)	11
Tutela della Salute e della Sicurezza del Lavoratore nei Luoghi di Lavoro	8
Comunicazione tra operatore e paziente ed umanizzazione delle cure	6
Rischio Clinico – Responsabilità Professionale – Consenso Informato	5
HTA	4
Prevenzione delle ICA e della gestione della antibiotico terapia	3
Donazione e trapianto d'organi	1
Totale	109

Con la Delibera n. 5 del 13 11 2023 la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha inoltre definito le tre aree tematiche particolarmente rilevanti per il S.S.N. per il triennio 2023-2025, a cui afferiscono i seguenti sei progetti formativi presenti nel P.F.A. 2024:

Titolo Del Corso	Area tematica di particolare rilievo	Obiettivo formativo ECM nazionale e regionale
Gestione Delle Infezioni Correlate All'assistenza (Antimicrobial Stewardship)	Formazione in Infezioni Ospedaliere	33 – Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema - formazione in infezioni ospedaliere.
La Prevenzione Delle I.C.A. Nella Realtà Operativa	Formazione in Infezioni Ospedaliere	32 – Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo - formazione in infezioni ospedaliere.
La Sorveglianza Delle Infezioni Del Sito Chirurgico Dal Protocollo S.N.I.C.H.2 Alle Implicazioni Per La Pratica	Formazione in Infezioni Ospedaliere	32 – Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo - formazione in infezioni ospedaliere.

Le linee programmatiche per la formazione dell'area sanitaria, relativamente all'annualità 2025, ed al triennio 2025-2026 saranno rivolte all'ottenimento dei seguenti obiettivi aziendali:

1. Standardizzazione delle procedure aziendali attraverso la implementazione di linee guida, protocolli e PDTA basati sulle prove di efficacia (EBP). Tale obiettivo verrà perseguito a livello sistemico, con particolare attenzione alle procedure in area di Emergenza Urgenza, sia pediatrica che dell'adulto;
2. Diffusione delle buone pratiche di Team Working, favorendo l'acquisizione di competenze manageriali, comunicative e relazionali, con particolare attenzione alla leadership;
3. Implementazione delle procedure orientate alla prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza ed alla *Antimicrobial Stewardship*, anche nell'ambito delle attività previste dal PNRR - M6C2 2.2 b e coordinate dal CEFAS. Tali attività vanno collocate nell'ambito più vasto della gestione del Rischio Clinico e della sicurezza del paziente, per cui sono previste ulteriori e specifiche attività formative;
4. Formazione continua in tema di relazione operatore-paziente ed umanizzazione delle cure finalizzata anche alla prevenzione delle aggressioni agli operatori sanitari;
5. Progressivo completamento della formazione dei lavoratori, dei preposti e dei dirigenti, in materia di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, compresi gli aggiornamenti previsti;

In ultimo, ma non per importanza, si prevede di programmare degli incontri con cadenza periodica, in cui esperti di vari ambiti della sanità (EBP, Management, Economia Sanitaria, Legislazione in ambito sanitario, Trapianti) incontrino gli operatori dell'ARNAS per un update professionale;

Stima delle risorse economiche. Area sanitaria

Il Manuale di accreditamento dei Provider E.C.M. della Regione Siciliana anno 2021 (approvato con il D.A. 118/2021), al capitolo 2, “Requisiti minimi. Standard”, prevede un criterio specifico relativo alla “Affidabilità economico-finanziaria” per soddisfare il quale (“indicatore”) è necessario elaborare un Budget di tipo previsionale per l’attività programmata nell’anno di riferimento.

Per l’anno 2025, in base alle iniziative formative presenti nel Piano, è stato preventivato un costo massimo complessivo per gli eventi E.C.M. pari ad € 237.248,73.

Il riferimento del costo economico è relativo alla eventuale realizzazione nell’anno di tutti i progetti formativi contenuti nel catalogo.

Tale piano di costo troverà capienza nei Conti Economici:

- n. 5.02.02.04.0201 Formazione (esternalizzata e non) da privato;
- n. 5.02.02.04.0101 Formazione (esternalizzata e non) da pubblico;
- n. 5.09.03.02.9904 Spese di accreditamento E.C.M.;

I costi previsti comprendono anche il contributo annuale di € 2.000 regolato dal D.A. n. 1051 dell’8 giugno 2011, relativo allo svolgimento di attività di formazione continua in qualità di Provider accreditato.

Formazione degli operatori di area tecnico-amministrativa – Dipartimento Amministrativo

Per quanto riguarda le Unità Operative afferenti al Dipartimento Amministrativo e, più in generale, gli operatori dell’area tecnica ed amministrativa, a qualunque Unità Operativa afferiscano, le modalità di accesso alla formazione sono le seguenti:

1. Adesione annuale al Bando INPS Valore P.A., che favorisce la partecipazione a formazione finanziata di alta specializzazione, erogata da Enti Formatori Accreditati presso l’INPS (LUMSA, Bocconi, UNIPA etc.); il limite di queste attività formative è rappresentato dal fatto che può essere scelto l’ambito tematico ma non l’attività formativa di cui si ha specificamente bisogno;

2. Abbonamento alle attività formative annuali della Fondazione GARI (Gazzetta Amministrativa della Repubblica Italiana), attraverso la sottoscrizione annuale con un costo pari ad € 200,00 più IVA; anche in questo caso, le attività formative disponibili sono quelle programmate dalla Fondazione; inoltre l’abbonamento dà diritto solamente a due iscrizioni “garantite” per corso; eventuali ulteriori iscrizioni sono possibili sulla base delle disponibilità residue;

3. Iniziative del CEFPAS rivolte al personale dell’area amministrativa; sono gratuite, ma vincolate all’offerta formativa erogata;

4. Adesione ad iniziative formative organizzate da Enti Formatori privati; a tali iniziative si può partecipare previa segnalazione del bisogno formativo (raccolta dei bisogni formativi) e confermata dalla richiesta del Direttore della Unità Operativa, validata dalla Direzione Strategica;

In merito a questi ultimi, rivolti ad operatori che non sono soggetti all’obbligo di acquisizione di crediti nell’ambito del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina, nello stilare la proposta formativa per il 2025, si è tenuto conto dei seguenti fattori:

1. la raccolta dei bisogni formativi (agosto-settembre 2024);
2. la trasmissione delle schede progettuali (1° ottobre 2024 – 13 dicembre 2024);

3. aspetti normativi, con particolare riferimento al “nuovo codice degli appalti” ed all’obbligatorietà del metodo BIM per gli appalti che superino la soglia prevista per legge;

Le attività formative programmate per il 2025, ed il preventivo dei relativi costi, sono stati dettagliati nella tabella “Piano Formativo 2025 – Area Amministrativa”, allegata a questa relazione (**allegati 10-11**).

Per l’anno 2025 è stato preventivato un costo pari a € 111.243,00, partendo dall’assunto che tutte le attività vengano erogate attraverso l’iscrizione a corsi di Enti Privati (alcuni dei quali esplicitamente selezionati dal Direttore della Unità Operativa, al momento della trasmissione dei progetti formativi).

Tale piano di costo troverà capienza nei Conti Economici:

- n. 5.02.02.04.0201 Formazione (esternalizzata e non) da privato;
- n. 5.02.02.04.0101 Formazione (esternalizzata e non) da pubblico.

È auspicabile che, così come avviene per la formazione in area sanitaria, tutti gli operatori di area amministrativa formati si adoperino per la formazione interna, attraverso la docenza/tutoraggio in corsi organizzati in Azienda.

Conclusioni

Il Piano Formativo Aziendale, trattandosi di un documento di programmazione, è suscettibile a variazioni in relazione al sopravvenire di nuovi fabbisogni formativi o al venire meno di fabbisogni già delineati e, per questo, ha carattere di flessibilità. Resta inoltre la possibilità di variare, in itinere, i contenuti stessi del Piano Formativo in relazione ad eventuali nuove normative nazionali/regionali, alla definizione degli obiettivi regionali dei Direttori Generali, nonché ai vincoli di bilancio annuali.

3.5 Piano della transizione al digitale

Il piano per la transizione al digitale descrive il percorso verso la trasformazione digitale dell'ARNAS G. Di Cristina Benfratelli di Palermo ha l'obiettivo di proporre servizi innovativi sempre più a misura di paziente e facilitare il lavoro degli operatori informatizzando i processi.

I Principi Guida

L'azione della PA per la trasformazione digitale è improntata sui seguenti principi:

- *digital & mobile first* (digitale e mobile come prima opzione): le PA devono realizzare servizi primariamente digitali;
- *digital identity only* (accesso esclusivo mediante identità digitale): le PA devono adottare in via esclusiva sistemi di identità digitale definiti dalla normativa assicurando l'accesso tramite SPID e CIE;
- *cloud first* (cloud come prima opzione): le PA, in fase di definizione di un nuovo progetto e di sviluppo di nuovi servizi, adottano primariamente il paradigma cloud, tenendo conto della necessità di prevenire il rischio di *lock-in*;
- servizi inclusivi e accessibili: le PA devono progettare servizi pubblici digitali che siano inclusivi e che vengano incontro alle diverse esigenze delle persone e dei singoli territori;
- dati pubblici un bene comune: il patrimonio informativo della PA è un bene fondamentale per lo sviluppo del Paese e deve essere valorizzato e reso disponibile ai cittadini e alle imprese, in forma aperta e interoperabile;
- interoperabile *by design*: i servizi pubblici devono essere progettati in modo da funzionare in modalità integrata e senza interruzioni in tutto il mercato unico esponendo le opportune API;
- sicurezza e *privacy by design*: i servizi digitali devono essere progettati ed erogati in modo sicuro e garantire la protezione dei dati personali;
- *user-centric, data driven* e agile: le PA sviluppano i servizi digitali, prevedendo modalità agili di miglioramento continuo, partendo dall'esperienza dell'utente e basandosi sulla continua misurazione di prestazioni e utilizzo;
- *once only*: le PA devono evitare di chiedere ai cittadini e alle imprese informazioni già fornite;
- *codice aperto*: le pubbliche amministrazioni devono prediligere l'utilizzo di software con codice aperto e, nel caso di software sviluppato per loro conto, deve essere reso disponibile il codice sorgente.

Gli ambiti di intervento ed il progetto sono illustrati di seguito al punto "Obiettivi di digitalizzazione" del presente piano.

PROGETTI PNRR ICT

Elenco progetti in corso di avvio finanziati con fondi PNRR:

- Ammodernamento dei sistemi RIS-CIS-PACS e completamento della digitalizzazione dei servizi eroganti di Radiologia interventistica, Endoscopia, radioterapia e Medicina Nucleare
- Ammodernamento applicativi medicina trasfusionale
- Sicurezza in cloud e adeguamento al GDPR
- Acquisizione postazioni di lavoro
- Acquisizione apparati controllo accesso alla rete e protezione pdl
- Acquisizione apparati protezione e-mail, web e database
- Acquisizione servizi di System management
- Migrazione infrastruttura ICT al Polo Strategico Nazionale ("PSN")
- Ammodernamento rete LAN

Sezione 4 – Monitoraggio

L'Azienda affida ai componenti del gruppo di lavoro, per quanto di competenza, le attività di monitoraggio del PIAO al fine di:

1. fornire alla Direzione Strategica dati e analisi a supporto delle decisioni nelle varie fasi del ciclo di vita del piano;
2. fornire alle strutture di riferimento (Direttori di Dipartimento, Direttori di UOC e Responsabili UOSD) strumenti per la definizione e il monitoraggio in itinere delle attività e dei risultati previsti dal PIAO, anche attraverso la creazione di focus tematici di analisi;
3. gestire e regolamentare le richieste di analisi e di dati relativi ai diversi ambiti di attività previsti dal PIAO.

Le analisi degli indicatori di ciascuna area di attività, effettuati nel corso di due momenti di monitoraggio infra-annuale (primo semestre e annuale), sono valutate e discusse dal gruppo di lavoro in seduta congiunta al fine di consentire a ciascun componente la conoscenza dei risultati ottenuti, l'analisi di eventuali scostamenti e le proposte delle relative azioni correttive.

4.1 Monitoraggio del ciclo della performance

Il monitoraggio del ciclo della performance ed in particolare degli obiettivi assegnati ai vari livelli dell'organizzazione viene effettuato, ai sensi dell'art. 6 e 10, comma 1 – lettera b) del Dlgs 150/2009 e s.m.i. Sono previsti e attuati diversi livelli di monitoraggio:

- monitoraggio dei risultati ottenuti su ciascun obiettivo, valutazione in itinere e finali previsti;
- monitoraggio della completezza degli obiettivi e dello stato di aggiornamento dei risultati ottenuti;
- monitoraggio delle variazioni e delle eventuali rimodulazioni degli obiettivi in corso d'anno;
- monitoraggio del rispetto dei tempi di assegnazione e valutazione degli obiettivi;
- relazione delle performance che riporta il consuntivo dei risultati ottenuti rispetto agli obiettivi assegnati.

4.2 Monitoraggio delle azioni di prevenzione della corruzione

Il monitoraggio dell'idoneità e dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione sono dettagliate nello specifico Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2023-2025, di cui alla sezione 2 del presente PIAO, e sono effettuate dalla RPCT di concerto con le strutture interessate.

4.3 Monitoraggio del piano dei fabbisogni di personale

Il monitoraggio effettuato con cadenza semestrale a cura dell'UOC Gestione Risorse Umane.

4.4 Monitoraggio del piano della transizione digitale

Il monitoraggio effettuato con cadenza semestrale a cura dell'ICT.

4.5 Monitoraggio della soddisfazione utenti

Il monitoraggio della *customer satisfaction* è effettuato secondo le indicazioni Assessoriali mediante la trasmissione telematica dei questionari somministrati agli utenti e la successiva analisi e predisposizione di apposito report a cura del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato della Salute. Tale report viene condiviso con tutte le Aziende sanitarie Regionali.