ORIGINALE

Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale di

AGRIGENTO

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 161 **DEL** 29.01.2026

OGGETTO: APPROVAZIONE ED ADOZIONE AGGIORNAMENTO DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE (P.I.A.O.) 2026-2028

STRUTTURA PROPONENTE: (UOC Controllo di Gestione e sistemi informativi statistici aziendali)

PROPOSTA N. 179 DEL 27-1-2026

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
n.q. Referente Aziendale PIAO Dott. Salvatore Nicolosi

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA
Dott. F. Adriano Cracò

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:
( ) come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.
NON COMPORTA ORDINE DI SPESA

C.E. / C.P.

( ) Autorizzazione n. _____ del _____

Il RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Indicazione del Nome, Cognome e Firma)
S.E.R.P.
Sig.ra Siracusa Maria
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE UOC SEF e P.
(Indicazione del Nome, Cognome e Firma)
SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE
Dr. Beatrice Salvago

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA 29.01.2026

L'anno duemilaventisei il giorno VENTINOVE del mese di GENNAIO nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodieci, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n.310/Serv.1°/S.G. del 21/06/2024, acquisito il parere del Direttore Amministrativo, dott.ssa Ersilia Riggi, nominata con delibera n. 60 del 14/01/2025 e del Direttore Sanitario, dott. Raffaele Elia, nominato con delibera n. 415 del 02/09/2024, con l'assistenza del Segretario verbalizzante DOTT.SSA TERESA CINQUE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

PROPOSTA

Il Direttore UOC Controllo di Gestione e sistemi informativi statistici aziendali Dott. F. Adriano Cracò

Visto l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

Visto il Decreto legge 9 Giugno 2021 n.81 , convertito con modificazioni dalla legge 6 Agosto 2021 n.113 che all'art.6 prevede che le amministrazioni di cui all'art. 1 , comma 2 del D.Lgs 30 Marzo 2001 n.165, con più di cinquanta dipendenti adottano ogni anno il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.), nel rispetto delle vigenti discipline del settore;

Considerato che l'art. 6 comma 4 del suddetto Decreto Legge prevede che le pubbliche amministrazioni pubblicano il P.I.A.O. nel proprio sito internet istituzionale e lo inviano al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo portale;

Preso atto degli esiti della Conferenza Unificata del 9 Febbraio 2022 in cui è stata raggiunta l'intesa in merito allo schema del Decreto del Presidente della Repubblica recante " Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano Integrato delle Attività e Organizzazione, ai sensi dell'art.6 comma 5 del D.Lgs 9 Giugno 2021 n.80, convertito con modificazioni dalla legge 6 Agosto 2011 n.113

Preso atto che con nota n.0198346 del 23/12/2024 è stato nominato il referente P.I.A.O.;

Visto il Piano Nazionale Anticorruzione , aggiornato 224 PNA 2022 con Delibera n.31 del 30 Gennaio 2025;

Ritenuto opportuno procedere all'aggiornamento del Piano Integrato di Attività e Organizzazione;

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

Approvare ed adottare, quale sua parte integrante e sostanziale, l'aggiornamento del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2026-2028 allegato al presente provvedimento;

Riservarsi di apportare le eventuali modifiche e/o integrazioni che si rendano necessarie a seguito dell'adozione del Piano Nazionale Anticorruzione, Aggiornamento 2024, adottato dall'ANAC con delibera n.31 del 30 Gennaio 2025;

Trasmettere copia della sezione " Piano della Performance " del presente P.I.A.O. ai Direttori del Dipartimento e per il loro tramite ai Direttori di Struttura Complessa, nonché a tutti i Direttori/Responsabili delle strutture destinatarie della negoziazione degli obiettivi di performance

2026, a valere come notifica dell'avvio del " Ciclo della Performance " ovvero di definizione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori.

- Che l'esecuzione della deliberazione verrà curata dal Referente per il P.I.A.O. e limitatamente al disposto di cui al punto sopra della UOC Controllo di Gestione;

- Di munire la deliberazione della clausola di immediata esecuzione, stante la scadenza del 31 Gennaio per l'adozione e la pubblicazione del P.I.A.O.

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Direttore della U.O.C. Controllo di Gestione e sistemi informativi statistici aziendali
Dott. F. Adriano Cracò

SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere FAVOREVOLE
Data 29/04/2026

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Ersilia Ricci

Parere Favorevole
Data 29/01/2026

Il Direttore Sanitario
Dott. Raffaele Elia

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal Dott. F. Adriano Cracò Direttore della U.O.C. Controllo di Gestione e sistemi informatici aziendali che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;
Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;
Tenuto conto del parere espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal Dott. Adriano Filadelfio Cracò.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giuseppe Capodieci

Il Segretario verbalizzante
IL COLLABORATORE AMM.VO TPO
"Ufficio [illegible] Controllo di Gestione"
Dott.ssa Teresa Cinque


SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SICILIA
Azienda
Sanitaria
Provinciale
Agrigento





Data	Referente Aziendale P.I.A.O.
27/01/2026	Dott. Salvatore Nicolosi Dirigente delle Professioni Sanitarie Area Infermieristica / Ostetrica

INDICE

Premessa .....pag. 3

Sezione 1. Scheda anagrafica dell'amministrazione.....pag.7

Sezione 2. Piano della Performance.....pag.18

Sezione 3 Piano di prevenzione della Corruzione.....pag.20

Sezione 4.Parziale aggiornamento del P.T.F.P.....pag.22

Sezione 5.Piano della parità di genere.....pag.23

Sezione 6.Piano della formazione.....pag.25

Sezione 7.Piano di organizzazione del lavoro agile..... pag.27

Sezione 8 Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche.....pag.29

Sezio9. Monitoraggio.....pag.30

Allegati.....pag.31

PREMESSA

Il P.I.A.O., Piano Integrato di Attività e Organizzazione, è stato introdotto dall'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, recante "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" convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113. Il D.P.R. n.81/2022 e il Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Funzione Pubblica n.13/2022 ne hanno disciplinato contenuti e schema tipo.

Le amministrazioni con più di 50 dipendenti (ad eccezione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative) sono tenute a riunire all'interno del P.I.A.O. tutta la programmazione, finora inserita in piani differenti, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, e relativa a: – Gestione delle risorse umane – Organizzazione dei dipendenti nei vari uffici – Formazione e modalità di prevenzione della corruzione.

Il P.I.A.O., che ha durata triennale, ma è soggetto ad aggiornamenti con cadenza annuale, definisce: – gli obiettivi programmatici e strategici della performance; – la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, gli obiettivi formativi annuali e pluriennali finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale e allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali, all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito di impiego e alla progressione di carriera del personale; gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale; – gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione; – l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività; – le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità; e le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi. Il Piano definisce, infine, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza.

A questa fase si è pervenuti dopo un percorso che, a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso, ha visto le Pubbliche Amministrazioni europee protagoniste di cambiamenti epocali tendenti alla semplificazione e razionalizzazione delle attività, comprendenti tre principali obiettivi: – eliminazione di regole inutili, procedure obsolete e processi inefficaci, con l'obiettivo di promuovere una maggiore engagement nei rapporti con i cittadini, una maggiore trasparenza, la tempestività delle azioni, con contestuale razionalizzazione dei costi; – miglioramento dei servizi offerti, dell'organizzazione interna, aggiornamento delle tecnologie, accrescimento della motivazione dei collaboratori per raggiungere più elevati livelli al fine di coniugare efficienza e efficacia;

– costruzione di una nuova identità positiva del "Civil Service" da parte dei dipendenti pubblici, orientati sull'etica, sulla terzietà e sul senso di "accountability" personale. Il nostro paese rientra tra quelli interessati da questo processo evolutivo, pur persistendo criticità. Fondamentale è stato l'impulso dato dalla Legge 124/2015 (cd. Legge Madia) di Riforma della PA, che integra le previsioni dei punti sopra elencati, seguite, successivamente, da ulteriori disposizioni, come ad esempio in materia di Performance con il d.lgs. 74/2017. In generale una sequela di normative rilevanti in termini sia di cambiamento nei rapporti con cittadini e imprese, ma anche di logiche di funzionamento interno delle amministrazioni, diretti al perseguimento un'unica finalità: la creazione di "valore pubblico", riferibili principalmente al Ciclo della Performance, alla normativa in materia di Prevenzione della corruzione, agli obblighi di Trasparenza, come traguardo finale dell'azione amministrativa. Tali novellati ambiti normativi presentano inoltre una serie di "connessioni" reciproche che li rendono sinergici e finalizzati al perseguimento del potenziamento del risultato complessivo dell'amministrazione pubblica. Le modalità organizzative del passato delle PA, autoreferenziali e non trasparenti, non risultano più funzionali alla generazione di Valore Pubblico. Sia la nuova cultura manageriale, che l'evoluzione del quadro normativo, hanno orientato il cambiamento in termini di organizzazione per "processi", tant'è che oramai da diversi anni la mappatura dei processi delle amministrazioni, come indicato dalle indicazioni dell'ANAC, è risultata fondamentale per la definizione delle misure di contrasto alla corruzione, utilizzata anche ai fini del Piano della Performance, anche per rappresentare all'esterno e all'interno, in termini di accountability, il complesso delle attività svolte. Ovviamente tale revisione dell'organizzazione per processi non sarebbe pienamente realizzabile senza adeguate soluzioni di tecnologie digitali, determinanti nell'importante processo di transizione digitale.

Il PIAO, pertanto, è da considerarsi un documento di programmazione unico aziendale che accorpa:

1. Scheda anagrafica
2. Piano della Performance (PdP);
3. Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PtPCT);
4. Piano dei fabbisogni del personale (PFP);
5. Piano della parità di genere (PPG);
6. Piano della Formazione (PdF);
7. Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA).
8. Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche
9. Monitoraggio.

La durata del Piano è triennale, permettendo pertanto di fare una programmazione su uno scenario di medio periodo, con possibilità aggiornamento annuale; la scadenza di presentazione viene stabilita in ogni caso al 31 gennaio di ogni anno.
Il presente Piano viene concepito come strumento di coordinamento e di raccordo elaborato coerente con gli atti già adottati dall'Azienda.

Esso è strutturato in 8 sezioni con relative sottosezioni, cosi articolate:

Sezione 1. Scheda anagrafica dell'amministrazione dove vengono riportati tutti i dati identificativi dell'Azienda e viene illustrato ii modello organizzativo adottato dall'Azienda e gli interventi e le azioni necessarie al fine di dare seguito ai documenti di programmazione aziendale adottati.

Sezione 2. Piano della Performance, contenente i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici correlati ai documenti di programmazione adottati in materia di sviluppo economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale; nonchè la programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia dell'amministrazione, con particolare riguardo agli obiettivi di semplificazione e digitalizzazione delle procedure, di facilitazione della accessibilità agli atti amministrativi.

Sezione 3. Piano di Prevenzione della Corruzione, racchiudente gli elementi indicati nel Piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge 6 novembre 2012 n. 190 del 2012 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 del 2013, con particolare riguardo alla valutazione di impatto de! contesto esterno e di quello interno, alla mappatura dei processi, al fine di individuare possibili criticità a rischio corruttivo. Tale sottosezione contiene anche elementi per la identificazione, la valutazione e il contenimento dei rischi corruttivi, in uno con la progettazione di misure organizzative per ii trattamento e il monitoraggio del rischio e dell'idoneità delle misure poste in essere.

Sezione 4. Piano dei fabbisogni di personale (PTFP) è uno strumento strategico obbligatorio per le PA, ora confluito nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), che programma le assunzioni in base alle risorse finanziarie, agli obiettivi di performance e alle cessazioni previste. Deve garantire l'equilibrio di bilancio e si adotta, con aggiornamento annuale, entro il 31 gennaio

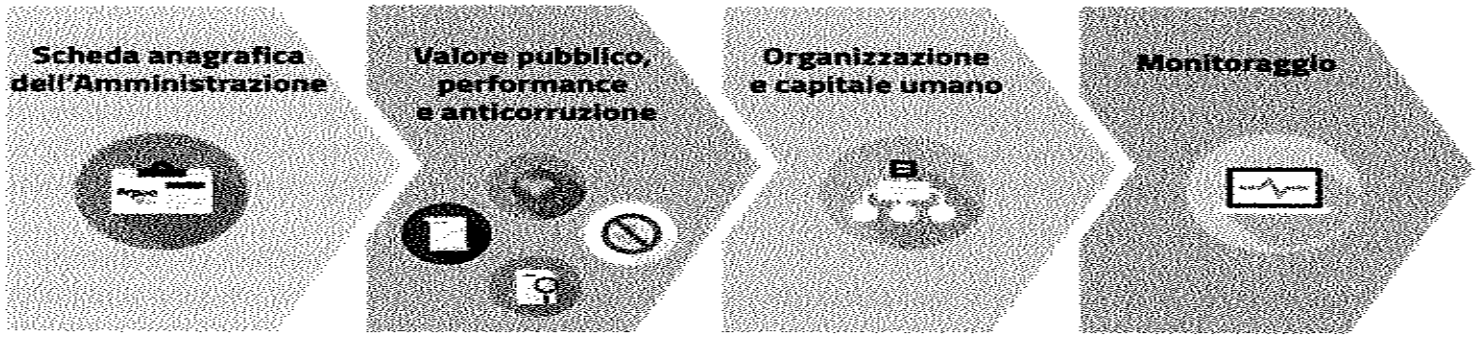
Sezione 5. Piano della parità di genere, dove viene riportata la programmazione aziendale per l'agevolazione delle pari opportunità e dell'equilibrio di genere

Sezione 6. **Piano della formazione (PdF)** è un documento strategico che definisce obiettivi, attività e risorse per lo sviluppo di competenze, basato su un'analisi dei fabbisogni e mirato a migliorare performance e crescita, può utilizzare fondi specifici (come quelli interprofessionali) per percorsi di aggiornamento o riqualificazione. Comprende l'analisi dei bisogni, la progettazione (obiettivi, budget, metodologie), l'erogazione, il monitoraggio e la valutazione, per garantire un apprendimento strutturato e allineato agli obiettivi generali.

Sezione . Piano di organizzazione del lavoro agile (POLA) riguarda la definizione e lo sviluppo di modelli di organizzazione del lavoro, anche da remoto, in sintonia con la Contrattazione Collettiva Nazionale , adottati dall'Amministrazione. Tale organizzazione discende dalla stima dell'evoluzione del fabbisogno di personale secondariamente alla consistenza personale al 31 Dicembre dell'anno precedente , alla capacità di assunzione dell'Azienda in relazione ai vigenti vincoli di spesa, alla previsione delle cessazioni dal servizio, ad eventuali esternalizzazioni o dimissioni di servizi (anche in funzione di un eventuale digitalizzazione dei processi) , ad eventuali strategie di copertura del fabbisogno, improntate a riqualificazione o potenziamento delle competenze organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale.

Sezione 8. Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche

Sezione 9. Monitoraggio dove vengono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio , incluse le rilevazioni di soddisfazione deGli utenti, delle sezioni precedenti, nonché i soggetti individuati quali responsabili dell'azione.

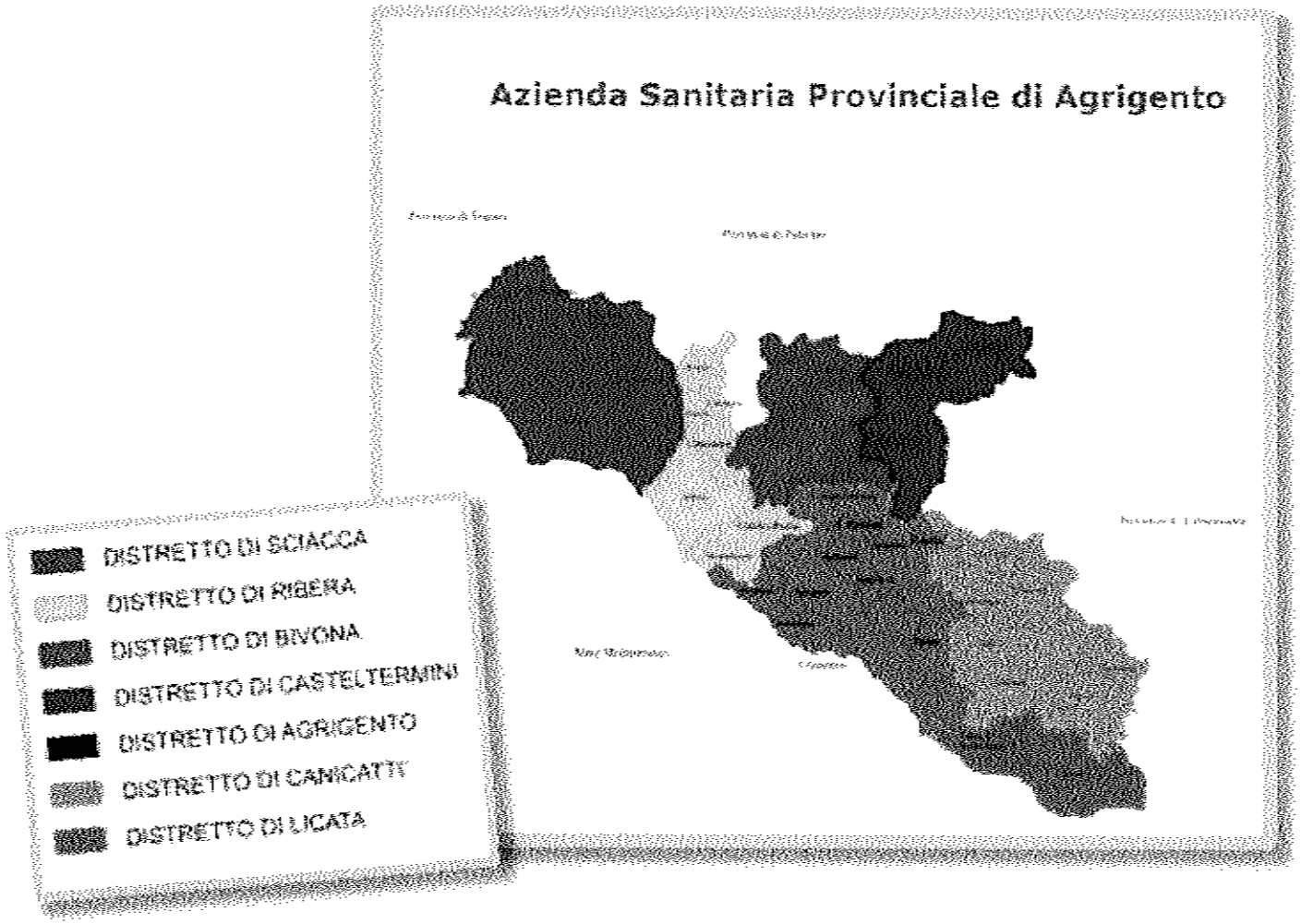


SEZIONE 1 - scheda anagrafica dell'amministrazione

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento (ASP di Agrigento) è stata istituita con la Legge regionale 14 aprile 2009 n, 5, ed è divenuta operativa a partire dal 1° settembre 2009, L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda, disciplinati con atto aziendale di diritto privato, mirano ad assicurare l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi dei cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, ii raccordo istituzionale con gli Enti Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di Volontariato, nonchè l'ottimalizzazione e l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.

L'ambito territoriale dell'Azienda coincide con quello della Provincia di Agrigento, eccetto i comuni di Lampedusa e Linosa che rientrano nell'ambito di competenza dell'ASP di Palermo, Comprende, quindi, un territorio suddiviso in 42 comuni con una popolazione, al 31,12,2018, di 428,4-72 abitanti (fonte Istat) e presenta una superficie di 3,043 chilometri quadrati.

Popolazione (N.)	410.508
Famiglie (N.)	176.272
Maschi (%)	48,8
Femmine (%)	51,2
Stranieri (%)	3,9
Età Media (Anni)	45,4
Variazione % Media Annua (2018/2023)	**-0,**

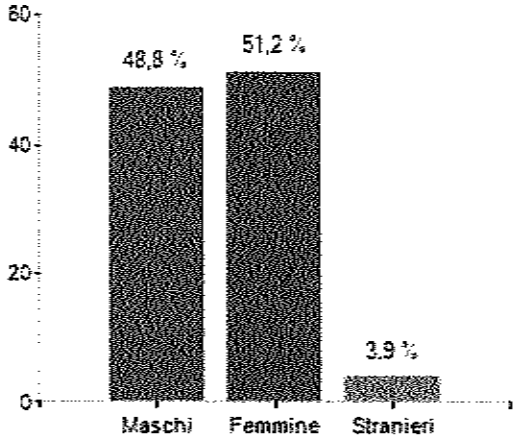

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
DISTRETTO DI SCIACCA
DISTRETTO DI RIBERA
DISTRETTO DI BIVONA
DISTRETTO DI CASTELTERMINI
DISTRETTO DI AGRIGENTO
DISTRETTO DI CANICATTI'
DISTRETTO DI LICATA

DATI DEMOGRAFICI (ANNO 2025)

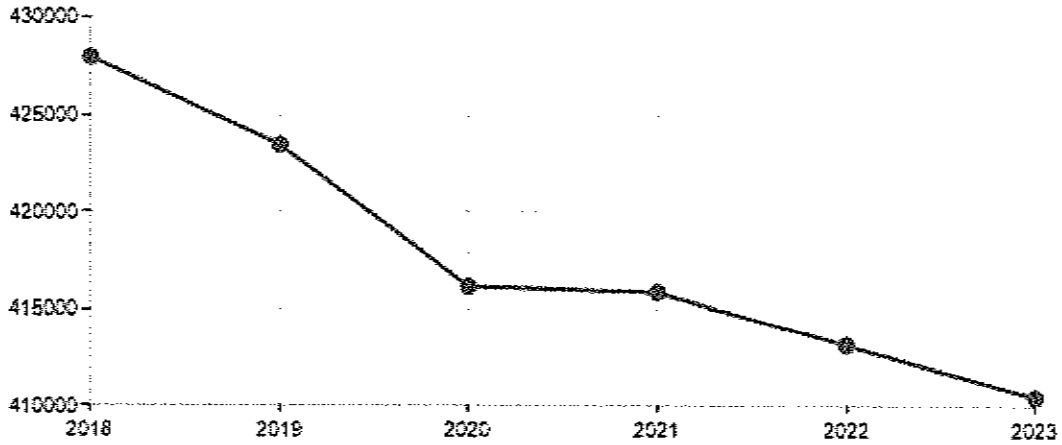
TERRITORIO

Regione	Sicilia
Sigla	AG
Comune capoluogo	Agrigento
Comuni in Provincia	43
Superficie (Kmq)	3.053,80
Densità Abitativa (Abitanti/Kmq)	134,4

INCIDENZA MASCHI, FEMMINE E STRANIERI (ANNO 2025)



TREND POPOLAZIONE



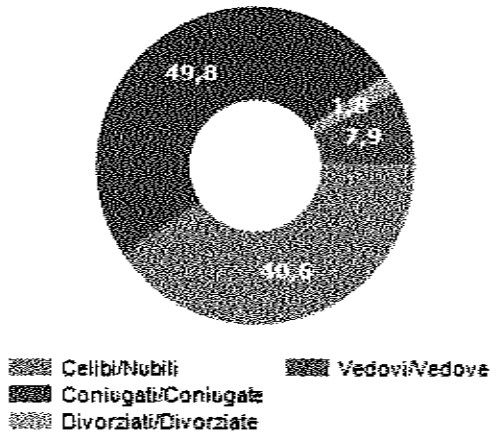
STATO CIVILE (ANNO 2025)

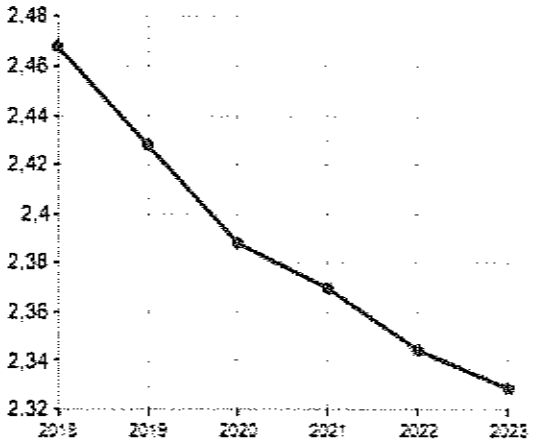
Stato Civile	(n.)	%
Celibi	89.978	21,92
Nubili	76.501	18,64
Coniugati	102.242	24,91
Coniugate	102.002	24,85
Divorziati	3.267	0,80
Divorziate	4.186	1,02
Vedovi	4.921	1,20
Vedove	27.411	6,68
Tot. Residenti	**410.508**	**100,00**

TREND FAMIGLIE

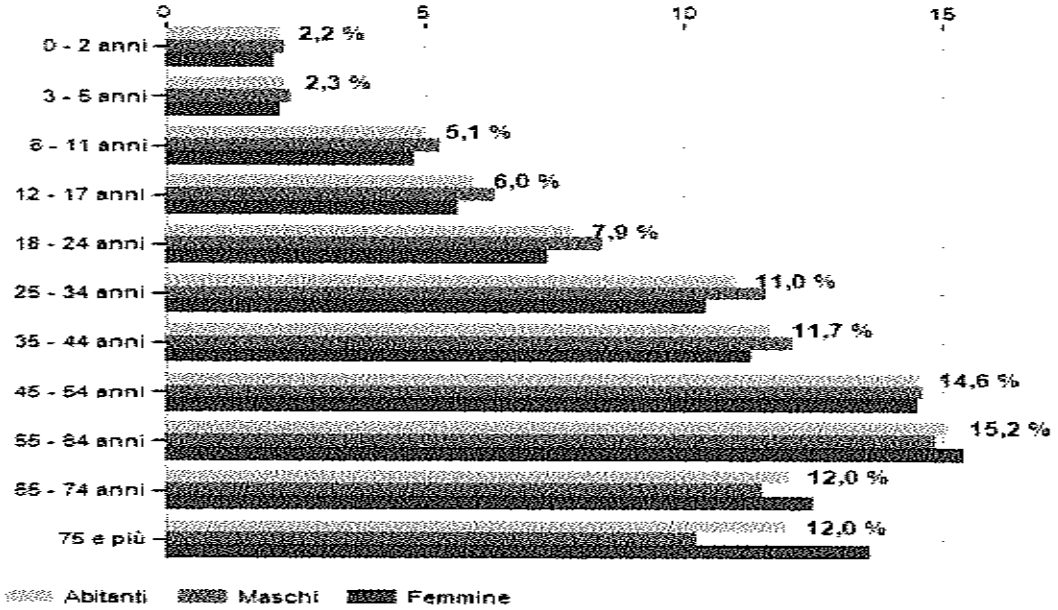
Anno	Famiglie (N.)	Variazione % su anno prec.	Componenti medi
2018	173.417	-	2,47
2019	174.411	+0,57	2,43
2020	174.269	-0,08	2,39
2021	175.495	+0,70	2,37
2022	176.229	+0,42	2,34
2023	176.272	+0,02	2,33

Variazione % Media Annua (2018/2023): **+0,33**
Variazione % Media Annua (2020/2023): **+0,38**





Stato Civile
Trend N° Componenti della Famiglia
Anno 2023



Classi di età
anno 2024

DATI DI SINTESI (ANNO 2024)

	(n.)	% su stranieri	% su popolaz.
Totale Stranieri	15.835	100,00	3,86
Stranieri maschi	8.829	55,76	2,15
Stranieri Femmine	7.006	44,24	1,71

Lavoratori 2023 Femmine Maschi Totale Lavoratori dipendenti 16.115 26.794 42.909 Lavoratori dipendenti Part time 10.493 8.568 19.061 Lavoratori dipendenti Part time % - Agrigento 65,1 32,0 44,4 Lavoratori dipendenti Part time % - Sicilia 60,9 29,3 41,2 Lavoratori dipendenti Part time % - Italia 44,1 15,4 27,4 Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Coordinamento Generale Statistico Attuariale – Osservatorio sui lavoratori dipendenti del settore privato non agricolo

– Assunzioni per genere, nazionalità e tipologia contrattuale– Provincia di Agrigento Assunzioni per genere, nazionalità e tipologia contrattuale 2023 Nazionalità Genere Tempo indeterminato Tempo determinato Stagionale In somministrazione Con contratto intermittente Italiano-a Femmine 2.220 6.424 2.738 449 257 Maschi 5.280 10.725 3.213 740 339 Totale 7.500 17.149 5.951 1.189 596 Straniero-a Femmine 207 746 346 77 46 Maschi 685 1.571 269 85 25 Totale 892 2.317 615 162 71 Totale Femmine 2.427 7.170 3.084 526 303 Maschi 5.965 12.296 3.482 825 364 Totale 8.392 19.466 6.566 1.351 667 Nota 1) I lavoratori in apprendistato presentano le stesse caratteristiche dei lavoratori a tempo indeterminato Fonte: Elaborazione Segreteria del CIV su dati forniti dalla Direzione Generale - Coordinamento Generale Statistico Attuariale – Osservatorio sul mercato del lavoro

La struttura occupazionale della provincia di Agrigento è dominata dal **settore terziario (servizi)**, seguito da **commercio, agricoltura, industria** e infine dalle **costruzioni**, con il settore dei servizi che assorbe la quota maggiore di occupati (circa 47% nel 2016), dimostrando una forte dipendenza da turismo, servizi alla persona e pubblica amministrazione, sebbene i dati più recenti (2024-2025) indichino una crescita positiva trainata soprattutto dalle costruzioni e dai servizi, pur con un lieve calo della manifattura.

Distribuzione Settoriale :

- **Servizi:** ~47%
- **Commercio:** ~27%
- **Agricoltura:** ~10-11%
- **Industria (in senso stretto):** ~10%
- **Costruzioni:** ~6%

Tendenze Recenti (2024-2025):

- **Crescita Positiva:** Il tasso di occupazione mostra progressi, con un aumento trainato principalmente dal settore delle **costruzioni** (+4,4%) e dai **servizi** (+2,8%).
- **Arretramento Manifatturiero:** Si registra un leggero calo nella manifattura.

In sintesi, Agrigento presenta un'economia del lavoro fortemente orientata ai servizi e al commercio, con l'agricoltura che mantiene un ruolo significativo, mentre le costruzioni mostrano segnali di ripresa, come evidenziato da report recenti

Altro elemento che presenta refluenze in materia di sanita veterinaria è rappresentato da una notevole presenza di numerose aziende agricole, zoo-tecniche nonché di attività legate alla filiera dei prodotti ittici (conservazione, trattamento e commercializzazione). Non appare superfluo evidenziare che i porti principali sono ubicati nei comuni di Sciacca, Porto Empedocle e Licata,

Gli Organi dell'ASP di Agrigento sono:

a) il Direttore Generale che nomina un Direttore Amministrativo e un Direttore Sanitario;
b) il Collegio di Direzione;
c) ii Collegio Sindacale.

Il mode\lo organizzativo Aziendale, secondo la L.R. 5/09 e s.m.i., e suddiviso in quattro "Aree", ovvero:

1. Area di Staff;
2. Area Amministrativa;
3. Area Territoriale;
4. Area Ospedaliera.

Le quattro aree indicate vengono organizzate, ex D.Lgs. 502/92 e s.m.i., su base dipartimentale e distrettuale.

IL DIPARTIMENTO

Il Dipartimento e una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse, consulenza e supervisione per la funzione cui e preposto. E' articolato al suo interno in strutture organizzative, semplici e complesse, che perseguono finalità comuni, risultando quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale nell'ambito di un unico modello organizzativo e gestionale.

Area Amministrativa:

- Dipartimento Amministrativo.

Area Territoriale:

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

Area Ospedaliea:

— *Dipartimenti Ospedalieri Strutturali:*

— Dipartimento di Medicina - Presidi Ospedalieri di Agrigento, Canicatti e Licata;
— Dipartimento di Chirurgia - Ospedali Riuniti Sciacca Ribera;
— Dipartimento di Medicina - Presidi Ospedalieri di Agrigento, Canicatti e Licata;
— Dipartimento di Chirurgia - Presidi Ospedalieri di Agrigento, Canicatti e Licata;
— Dipartimento Emergenza;
— Dipartimento Cardiovascolare.

— *Dipartimenti Transmurali, nel cui ambito rientrano strutture ospedaliere e territoriali:*

— Dipartimento del Farmaco (strutturale);
— Dipartimento dei Servizi (strutturale);
— Dipartimento delle Scienze Radiologiche (strutturale);
— Dipartimento Materno infantile (funzionale);
— Dipartimento di Riabilitazione (funzionale);
— Dipartimento Oncologico (funzionale);
— Dipartimento di Cure Primarie e dell'integrazione Socio-sanitaria (funzionale).

IL DISTRETTO SANITARIO

Il Distretto Sanitario è l'articolazione territoriale in cui si attiva il percorso assistenziale e si realizza l'intensità tra attività sanitarie sociale. Assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti

1. Distretto Sanitario di Agrigento	Agrigento, Aragona ,Comitini, Favara, Ioppolo Giancaxio, Porto Empedocle, Raffadali, Realmonte, Santa Elisabetta, Sant'Angelo Muxaro, Siculiana
2. Distretto Sanitario di Bivona	Alessandria della Rocca, Bivona, Cianciana, Sa Biagio Platani, Santo Stefano di Quisquina
3. Distretto Sanitario di Canicatti	Camastra, Campobello di Licata, Canicattì, Castrofilippo, Grotte, Naro, Racalmuto, Ravanusa
4. Distretto Sanitario di Casteltermini	Cammarata, Casteltermini, San Giovanni Gemini.
5. Distretto Sanitario di Licata	Licata, Palma di Montechiaro.
6. Distretto Sanitario di Ribera	Burgio, Calamonaci, Cattolica eraclea, Lucca Sicula, Montallegro, Ribera, Villafranca Sicula.
7. Distretto Sanitario di Sciacca	Caltabellotta, Menfi, Montevago, Sambuca di Sicilia, Santa Margherita Belice, Sciacca.

Il modello organizzativo aziendale adottato tende ad una semplificazione in coerenza con l'obiettivo di razionalizzare e semplificare adempimenti e procedure evitando duplicazioni e sovrapposizioni e rendere l'organizzazione quanta più coerente alle specifiche finalità aziendali. A tal fine l'organizzazione è basata sui Dipartimenti volta ad assicurare una gestione integrata e coordinata delle attività svolte a livello territoriale dalle Direzioni distrettuali. Di seguito si forniscono informazioni riguardo il numero dei dipendenti, le risorse finanziarie utilizzate dall'Azienda per l'espletamento del proprio mandato istituzionale.

Tab. 1 - PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO - dati riepilogativi dell'ultimo triennio (Fonte conto annuale)

	personale a tempo indeterminato al 31.12 Tab. 11			numero mensilità / 12			spese per retribuzioni lorde (Tab. 12+13)			
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024	
DIRETTORI GENERALI	3	3	2	3	2,06	1,71	432.819	332.910	240.626	
MEDICI	565	596	557	538.67	548.65	564.39	43.778.903	46.871.867	44.945.38	
VETERINARI	36	37	33	37,32	36,5	33,75	3.230.208	3.354.702	2.959.603	
FARMACISTI	18	25	26	17,66	20,85	25,79	1.062.599	1.301.61	1.492.591	
DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE	1	1	1	0,17	1	1	6.982	51.148	50.670	
BIOLOGI	11	17	23	23,06	31,64	39,86	634.403	802.609	1.075.068	
CHIMICI	0	0	1	0.38	0	0.42	18.384	0	18.445	
FISICI.	1	1	1	1,84	1	1	119.654	82.343	77.114	
PSICOLOGI.	23	38	46	23,06	31,64	39,86	1.512.948	2.204.778	2.403.165	
DIR. RUOLO PROFESSIONALE	3	3	4	3,08	3	4,28	189.639	231.002	363.557	
DIR.RUOLO TECNICO	4	3	4	3,96	3,83	4	226.073	217.183	253.082	
DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	12	15	17	13,71	16,07	17,88	913.286	1.082.142	1.372.286	
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	0	1.706	1.711	0	1.529,95	1.758,54	0	50.435.496	63.351.186	
ASSISTENTI	0	162	163		158,03	161,62	0	4.521.561 4	4.506.626	
OPERATORI	0	128	204	0	122,32	177,62	0	3.309.670	4.847.931	
PERSONALE DI SUPPORTO	0	350	357	0	354,97	356,93	0	17,699	0	
TOTALE	**2,865**	**3.085**	**3.149**	**2.751.29**	**2.842,55**	**3.167.66**	**120.738.834**	**123.431.327**	**136.618.813**	

sezione 2 - piano della performance

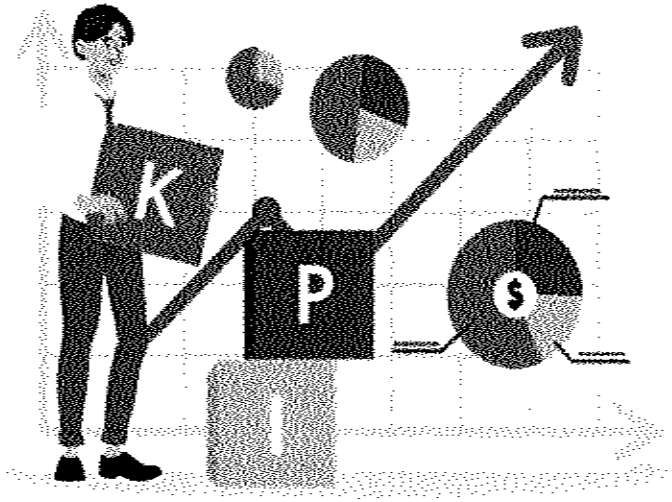
Il Piano della performance è un documento programmatico triennale, adottato coerentemente ai contenuti della programmazione finanziaria e di bilancio e alle indicazioni regionali. In particolare il sistema della performance, al fine di contribuire efficacemente all'erogazione di servizi sanitari ad alto valore aggiunto, tecnico e sociale, si fonda sui seguenti principi, mutualmente sinergici: ➢ Valorizzazione delle attività di programmazione pluriennali e annuali già consolidate nelle Aziende sanitarie regionali ➢ Applicazione omogenea e coordinata tra le Aziende, atta a consentire una rappresentazione corretta e significativa dell'evoluzione attesa e dei risultati conseguiti dal Servizio Sanitario Regionale, sulla base degli obiettivi forniti dalla Regione ➢ Soddisfazione dell'esigenza di assicurare una leggibilità e un utilizzo mirati ai vari strumenti di pianificazione e controllo, garantendone quindi una reale efficacia sia in relazione all'utilizzo interno che a quello esterno. Nell'ambito della programmazione sono di norma individuati gli obiettivi strategici e gli indicatori di valutazione della performance dell'Azienda, determinando anche le modalità e gli strumenti attraverso i quali valutare e misurare il loro raggiungimento, in linea con i principali obiettivi di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione Generale. Tali obiettivi costituiscono l'antecedente logico fattuale necessario alla definizione degli obiettivi specifici assegnati alle Strutture e al personale attraverso il processo di budget Aziendale, il quale rappresenta la declinazione programmatica annuale del piano. Come sopra rappresentato, il Valore Pubblico Aziendale si crea perseguendo i propri programmi operativi e, per tale tramite, i propri programmi strategici attraverso le finalità del ciclo della performance. Piano delle Performance 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).

Costituiscono elementi cardine della *mission* Aziendale:

- la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della popolazione di riferimento;
- il monitoraggio dei bisogni sanitari del territorio al fine di definire il livello qualitativo e quantitativo dei propri servizi e modellare la propria attività a criteri di appropriatezza sia clinica che organizzativa definendo responsabilità in modo chiaro e condiviso;
- la riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera;
- l'integrazione tra ospedale e territorio e, conseguentemente, l'integrazione tra le diverse professionalità che operano nella azienda;
- la qualificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale territoriale;
- il potenziamento delle attività di prevenzione;
- l'attivazione dei PTA, quale significativo elemento della riqualificazione dei servizi Distrettuali;
- la riduzione del rischio clinico attraverso interventi e programmi definiti;

— la gestione integrata delle attività socio-sanitarie attraverso la rete dei servizi socio-sanitari e di specifici percorsi aziendali per la presa in carico di
patologie croniche.

Ogni anno, entro il 31 gennaio l'ASP di Agrigento redige e pubblica sul proprio sito istituzionale il Piano della Performance, ovvero un documento programmatico triennale, con il quale l'organo di indirizzo politico-amministrativo individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi, definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.



INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (KPI)

sezione 3 - piano di prevenzione della corruzione

Con l'emanazione della legge n. 190/2012 *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"*, entrata in vigore il 28 novembre 2012, il legislatore si è posto l'obiettivo di realizzare una efficace politica di prevenzione e di repressione della corruzione attraverso la definizione di una prima disciplina organica della materia volta alla promozione della legalità e della integrità della pubblica amministrazione.

Tale provvedimento normativo introduce anche nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione articolato su due livelli:

1) un primo livello "nazionale", con alla base un Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) predisposto ed approvato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC);
2) un secondo livello "decentrato", in cui ogni amministrazione pubblica definisce un Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC), che, sulla base delle indicazioni presenti nel PNA, effettua l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione e conseguentemente indica gli interventi organizzativi volti a prevenirli.

Con tale legge il legislatore ha inteso individuare un ruolo diretto delle pubbliche amministrazioni nella fase di prevenzione dei reati, con riferimento ai propri dipendenti.

Ha così costruito un sistema complesso caratterizzato principalmente da:

- individuazione del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- adozione del Piano triennale di prevenzione della corruzione in ciascun ente pubblico, con analisi e monitoraggio dei rischi di corruzione;
- attenzione alle aree specifiche considerate a rischio (appalti, concorsi, atti ampliativi: autorizzazioni, concessioni, etc.);
- revisione della normativa in materia di responsabilità dei pubblici dipendenti, con riferimento alla responsabilità penale, con riflessi sulla disciplina dei reati contro la pubblica amministrazione;
- incidenza dell'attività di prevenzione sulla responsabilità disciplinare e di risultato dei dirigenti nonché della disciplina delle incompatibilità, con revisione del Codice di Comportamento per i dipendenti pubblici.

Il sistema così delineato è stato specificato dai seguenti decreti attuativi riferiti al rapporto tra dipendente pubblico/ente/cittadino:

- d.lgs. 31 dicembre 2012 n. 235, che ha introdotto una disciplina organica in materia di incandidabilità e divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi;
- d.lgs. 14 marzo 2013 n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", che ha definito il principio generale di trasparenza e ha introdotto il cd. diritto di accesso civico e nuovi obblighi di pubblicazione, recentemente aggiornato e modificato dal d.lgs. n. 97/2016 recante "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- d.lgs. 8 aprile 2013 n. 39, che ha disciplinato le cause di inconferibilità e incompatibilità per incarichi presso le pubbliche amministrazioni e gli enti privati in controllo pubblico;
- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, che ha delineato i doveri di comportamento Pagina 5 di 76 dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità, demandando ai singoli enti l'adozione di propri Codici di Comportamento, che integrino e specifichino le disposizioni contenute nel regolamento.

La legge n. 190/2012 stabilisce che le Amministrazioni Pubbliche di cui all'art. 1, co. 2 del d.lgs. n. 165/2001, devono adottare il Piano triennale di prevenzione della corruzione, ai sensi dell'art. 1, co. 5 e 60 della stessa legge, attraverso il quale è possibile perseguire, nell'ambito delle strategie di prevenzione, i seguenti principali obiettivi:

- ridurre il rischio che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione;
- garantire la massima trasparenza degli atti e della propria azione organizzativa.

Contenuto indefettibile del Piano triennale di prevenzione della corruzione è la definizione delle misure organizzative per l'attuazione effettiva degli obblighi di trasparenza. La soppressione del riferimento esplicito al Programma triennale per la trasparenza e l'integrità per effetto della disciplina dettata dall'art. 10, co. 1 d.lgs. n. 33/2013, come novellato dal d.lgs. n. 97/2016, comporta che l'individuazione delle modalità di attuazione della trasparenza non sia oggetto di un separato atto, ma sia parte integrante, come "apposita sezione", del Piano triennale di prevenzione della corruzione, ora Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT).

Sezione 4 - piano dei fabbisogni del personale

Art.6, comma2 del Decreto Legislativo 30 Marzo 2001, n.165- Linee di Azione dell'Amministrazione in merito al fabbisogno del personale nel rispetto del principio di ottimizzazione delle risorse pubbliche disponibili, degli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi, in coerenza con la pianificazione delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo di cui al decreto del ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8 maggio 2018 e tenendo conto dei provvedimenti di ridimensionamento degli organici e del conseguente riassetto organizzativo da attuarsi ai sensi dell'art. 12, comma 1-bis, del decreto legge 17 febbraio 2017, n.13 convertito dalla legge 13 aprile 2017, n.46.

Dal 2023 la programmazione del fabbisogno del personale è confluita nel Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) dell'Amministrazione.

Unico parametro "vincolante" per le amministrazioni è costituito dalla spesa potenziale massima per il personale, entro il quale il piano dovrà assestarsi per definire la consistenza di personale e individuare i posti da ricoprire, in coerenza con la propria capacità assunzionale.

Le linee guida sono definite per la predisposizione dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTF P) di personale delle pubbliche amministrazioni, nell'ottica di coniugare l'ottimale impiego delle risorse pubbliche disponibili e gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e di assicurare, da parte delle amministrazioni destinatarie, il rispetto degli equilibri di finanza pubblica.



Ai fini della stesura del PTFP, è stata preventivamente avviata un'attività di analisi ed una rappresentazione delle esigenze sotto un duplice profilo:

1. **quantitativo:** riferito alla consistenza numerica di unità necessarie ad assolvere alla mission dell'amministrazione, nel rispetto dei vincoli finanza pubblica
2. **qualitativo:** riferito alle tipologie di professioni e competenze professionali meglio rispondenti alle esigenze dell'amministrazione stessa, anche tenendo conto delle professionalità emergenti in ragione dell'evoluzione dell'organizzazione del lavoro e degli obiettivi da realizzare.

Nella elaborazione dei fabbisogni sono stati altresì tenuti in considerazione processi analitici basati su:

a) fabbisogni standard definiti a livello territoriale;
b) fabbisogni standard definiti a livello di funzioni omogenee;
c) analisi predittive sulle cessazioni di personale.

sezione 5 - piano della parità di genere

In generale, con l'espressione "pari opportunità" si è soliti indicare il principio giuridico, sancito dalla Costituzione Italiana, che mira a rimuovere ogni sorta di ostacolo discriminatorio dalla partecipazione degli individui alla vita sociale, economi ca, politica e al mondo del lavoro. Si tratta quindi di una condizione di parità ed uguaglianza sostanziale introdotta per' garantire a tutte le persone il medesimo trattamento e per prevenire forme di discriminazione sulla base di determinati aspetti (genere, età, preferenze sessuali, etnia, disabilita, orientamento religioso e politico, ecc.).

Il fine del le politiche connesse alle pari opportunità, come per esempio nel caso delle azioni positive, si basa in particolare sulla ricerca di un'uguaglianza giuridica tra gli individui che elimini ogni genere di differenza discriminante nell'accesso e nella partecipazione alla dimensione sociale, economica e politica della vita quotidiana.

Ad ogni modo, nel linguaggio comune odierno tale espressione viene solitamente ricondotta al differente trattamento tra uomini e donne nel

mondo del lavoro, con particolare riferimento alle discriminazioni professionali e retributive, A tal proposito, ci si intende riferire in particolar modo alle cosiddette "politiche di genere", vale a dire tutte quelle azioni positive e misure volte a rimuovere ogni aspetto discriminatorio diretto o indiretto, sotto il profilo formale o sostanziale, che generi un trattamento ingiustificato tra persone di diverso sesso.
Nel caso del contesto lavorativo, tali politiche concernono principalmente l'accesso al lavoro e alle prestazioni previdenziali, la retribuzione, il livello professionale o l'accesso agli impieghi pubblici.

In definitiva, l'obiettivo degli interventi incentrati sulle pari opportunità in ambito lavorativo è quello di garantire una serie di misure volte n superare le condizioni avverse alla parità tra sessi nell'accesso all'impiego e durante lo svolgimento della prestazione lavorativa; tra queste possiamo trovare per esempio la predisposizione di un determinato numero di posti adibiti alle quote rosa, forme di agevolazione per quanto riguarda la flessibilità d'orario, o i permessi volti a migliorare l'equilibrio vita-lavoro. Si tratta quindi di un insieme di norme, iniziative e politiche volte a realizzare l'effettiva parità tra sessi nell'accesso al mondo del lavoro e ad eliminare tutti gli ostacoli sfavorevoli alla realizzazione del principio delle pari opportunità, che sul piano giuridico trova una regolamentazione organica nel decreto legislativo n. 198/2006 (ovvero il cosiddetto "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna").

Il tema delle parità di opportunità tra uomo e donna è stato infine oggetto di un recente intervento del legislatore, che a quindici anni dall'introduzione del Codice delle Pari Opportunità ha inteso rafforzarne i meccanismi di tutela.
La centralità delle azioni relative al superamento delle disparità di genere viene ribadita anche nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PN RR) per rilanciare lo sviluppo nazionale in seguito alla pandemia. Il Piano, infatti, individua la Parità di genere come una delle tre priorità trasversali perseguite in tutte le sei missioni che lo compongono,

Concretamente, le misure previste dal PNRR in favore della parità di genere sono in prevalenza rivolte a promuovere una maggiore partecipazione femminile al mercato del lavoro, attraverso:

- interventi diretti di sostegno all'occupazione e all'Imprenditoria l ita femminile;
- interventi indiretti o abilitanti, rivolti in particolare al potenziamento dei servizi educativi per i bambini e di alcuni servizi sociali che nel PNRR si ritiene potrebbero incoraggiare un aumento dell'occupazione femminile.

Inoltre, la legge n. 162/2021 è intervenuta prevedendo, oltre a un apparato sanzionatorio più rigido in caso dl rapporto falso o incompleto (sanzioni amministrative comprese tra fi 1.000 e € 5.000) e a una maggiore presenza dei controlli, ulteriori novità per il Codice delle Pari Opportunità.

Tra queste si possono annoverare, tra gli altri, la modifica dell'art. 25 del d.lgs. n. 198/2006 per specificare la nozione di discriminazione, diretta e indiretta, e ampliarne la fattispecie, nonché l'attribuzione alla figura del consigliere di pari tra dell'onere di presentare con cadenza biennale una

relazione recante gli esiti del monitoraggio sulla corretta applicazione della legislazione in tema di pari opportunità. In questo modo, la modifica dell'art. 20 del suddetto decreto non vede più il Ministro del lavoro come soggetto onorato.

Le azioni progettuali e programmatiche descritte nel Piano della Parità di Genere dell'ASP di Agrigento tendono da un lato a dare continuità e coerenza a politiche già intraprese da Arpae; dall'altro individuano nuovi obiettivi e relative azioni volti a rafforzare le opportunità e la valorizzazione di un cambiamento strutturale e culturale, così come richiesto dalla Commissione Europea.

Nella stesura del documento, è stato seguito un programma di azione che ha contemplato inizialmente una ricognizione delle iniziative condotte in altre ASP a livello regionale e nazionale.

È stato inoltre individuato un Referente per la stesura del documento, già impegnato sulle tematiche di genere e sull'intersezionalità, con esperienze e conoscenze differenziate, a garanzia della appropriatezza dei contenuti e delle scelte operate.

Sezione 6 - piano della formazione

La formazione e l'aggiornamento professionale, si configurano come strumenti fondamentali ai fini del perseguimento degli obiettivi aziendali, della promozione, dell'innovazione e del cambiamento, della valorizzazione delle risorse professionali, del miglioramento dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni rese ai cittadini.

Pertanto è interesse dell'Azienda realizzare una procedura che consenta di perseguire tali obiettivi. Il rapido e continuo sviluppo della medicina ed, in generale, delle conoscenze biomediche, nonché l'accrescersi continuo delle innovazioni sia tecnologiche che organizzative, rendono sempre più difficile per il singolo operatore della sanità mantenere: il possesso di conoscenze teoriche aggiornate (il sapere), il possesso di abilità tecniche o manuali (il fare), il possesso di capacità comunicative e relazionali (l'essere); in altre parole mantenersi "aggiornato e competente".

Analogamente l'incremento della complessità della dimensione socio-sanitaria esige un aggiornamento continuo dell'attività amministrativa e tecnica al fine di procedere ad una ottimizzazione dei processi che sottintendono alla gestione dell'assistenza secondo i principi della economicità, efficacia, imparzialità e trasparenza. Partecipare ai programmi di aggiornamento è un dovere degli operatori della Sanità, richiamato anche dal Codice Deontologico, ma è anche - naturalmente - un diritto dei cittadini, che giustamente richiedono operatori attenti, aggiornati e sensibili.

Il Piano Formativo Aziendale stabilisce le aree di attività che l'Azienda intende perseguire al fine di raggiungere gli obiettivi AZIENDALI contenuti nel piano formativo del 2025 e la ricaduta attesa sulle prestazioni sanitarie, tenendo conto dei bisogni formativi dei singoli operatori, delle equipe, e delle diverse aree e macrostrutture aziendali, nonché del profilo di salute della popolazione insistente sul territorio di competenza e della nuova organizzazione introdotta dal PNRR.

Per poter dispiegare al meglio le proprie potenzialità di strumento di governo della formazione continua degli operatori sanitari e di dispositivo per il conseguimento degli obiettivi aziendali, il piano formativo deve essere concepito come "un processo che a partire da bisogni formativi (analisi della domanda) conduce alla costruzione di una possibile risposta (progettazione degli apprendimenti) nella prospettiva di un cambiamento o nell'attesa di un risultato misurabile nei termini di una nuova o diversa competenza professionale e/o organizzativa (valutazione delle ricadute)" (Presutti et al., 2010).

In tale processo, l'analisi dei bisogni formativi degli operatori si configura sia come una vera e propria attività di ricerca che deve tener conto, oltre che dei profili di ruolo, anche delle motivazioni, delle conoscenze e dei profili di competenze- sia come prima attività, finalizzata all'acquisizione di dati e informazioni utili e attendibili per proseguire nella progettazione dell'esperienza formativa (definizione degli obiettivi generali e specifici, individuazione destinatari, strutturazione dei contenuti, scelta dei metodo didattici) e, di seguito, nella realizzazione dell'intervento formativo stesso (Quaglino et al., 2004).

Il piano formativo deve tenere conto inoltre delle innovazioni organizzative e funzionali (DM 77, PNRR) nonché delle innovazioni tecnologiche a supporto delle pratiche sanitarie, processo di digitalizzazione e telemedicina, innovazioni strumentali nei vari settori della sanità.

L'Azienda ha come obiettivo finale il miglioramento dei servizi resi al cittadino. Se l'oculatezza nell'investimento costituisce un principio generale che va sempre rispettato, in un'epoca caratterizzata dalla scarsità di risorse, il principio si traduce in necessità, per far sì che le limitate disponibilità esistenti vadano impiegate nel modo più efficiente ed efficace possibile.

Da qui la necessità della realizzazione del Piano della formazione, necessario è pianificare, organizzare, prevedere la formazione in un documento. Documento che consiste non solo nella mera elencazione delle attività formative, ma fondamentalmente nella necessità di valutare i risultati conseguiti dalla formazione in termini di gradimento, di apprendimento, di crescita professionale individuale, di impatto organizzativo e di miglioramento dei servizi resi ai destinatari finali.

La stesura del presente Piano della Formazione, a cura del Responsabile della UO Formazione e Politiche del Personale è stata orientata al rispetto delle seguenti indicazioni:

- L'adesione al Regolamento aziendale per la formazione, e alla necessità di aggiornamento dello stesso, d'intesa con la Direzione Strategica, conformemente alle direttive aziendali e alla mission dell'Azienda stessa;
- L'adesione ai bisogni formativi conseguentemente alle linee di sviluppo degli obiettivi strategici aziendali;
- La proposizione, progettazione, realizzazione e verifica di iniziative formative di tipo trasversale in tematiche di interesse generale; L'analisi dei dati relativi agli interventi formativi effettuati;

- Il raccordo con le altre Aziende Sanitarie Regionali.

Non sono certamente state sottovalutate le opportunità formative realizzabili con le nuove metodiche informatiche (formazione a distanza, biblioteca multimediale) che permettono, a costi contenuti ea risultati certificati la attivazione, attraverso le reti telematiche de! web, non solo di accessi a prestigiosi provider internazionali (Cochrane Library, GioFil, MedLine...) con la consultazione in tempo reale di quanta di meglio esista nel campo della letteratura medica mondiale; ma anche l'interscambio di esperienze e documenti (immagini, filmati, case reporting..) con altre Aziende Ospedaliere online; e come se tutto ciò non bastasse, la attivazione della Formazione a distanza (FAD).

Il Piano di Formazione della ASP di Agrigento è stato esitato con deliberazione del Direttore Generale con delibera N. 2625 del 23 dicembre 2025

sezione 7 - piano organizzativo del lavoro agile (pola)

A causa dell'emergenza sanitaria causata al COVID-19 le pubbliche amministrazioni sono state costrette a fare ricorso al lavoro agile quale modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, nonché come una delle misure più efficaci per contrastare la situazione epidemica.

Il lavoro agile nelle PP.AA. prende avvio dalla Legge nr.124 del 7.8.2015, che all'art.14 "Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche" stabilisce che "le amministrazioni... adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spaziotemporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 10% dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera"

La successiva Legge nr. 81 del 22.5.2017 "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi di lavoro subordinato" disciplina il lavoro agile prevedendone l'applicazione anche al pubblico impiego e sottolineando la flessibilità organizzativa, la volontarietà delle parti che sottoscrivono l'accordo individuale e l'utilizzo di strumentazioni che consentano il lavoro da remoto, consentendo altresì di poter lavorare "in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva".

Con DPCM del 9 dicembre 2020 sono state adottate "Le linee guida sul Piano organizzativo del lavoro agile e indicatori di performance" al fine di supportare le amministrazioni nel passaggio della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria, in linea con quanto richiesto dall'art.14 della legge 7.8.2015 n.124, come modificato dall'art.263 comma 4-bis del DL n.34 del 19.05.2020 (decreto rilancio).

Se quindi nella prima fase (art.14 della legge 7.8.2015 n.124) il lavoro agile era considerato quale modalità finalizzata a conciliare i tempi di vita e di lavoro nella PA, con la previsione del raggiungimento di una percentuale del 10% entro 3 anni, con il decreto legge n.34/2020, il lavoro agile diventa una modalità ordinaria di organizzazione del lavoro nella PA. Successivamente l'art.263 in esame è stato modificato dall'art.11-bis del D.L. n.52/2021, stabilendo che lo stesso si applicasse ad almeno il 15 per cento dei dipendenti , e in assenza di tale strumento organizzativo, si applicasse ugualmente alla stessa percentuale di dipendenti che ne avessero fatto richiesta.

Il POLA rappresenta una nuova filosofia manageriale fondata sulla restituzione alle persone di flessibilità ed autonomia nella scelta degli spazi, degli orari e degli strumenti da utilizzare a fronte di responsabilizzazione sui risultati. una Partendo dalla definizione di lavoro agile quale "modello di organizzazione del lavoro che si basa sulla maggiore autonomia del lavoratore che, sfruttando appieno le opportunità della tecnologia, ridefinisce orari, luoghi e in parte strumenti della professione", il POLA si colloca quale strumento di programmazione lavoro agile, ovvero delle sue modalità di attuazione e sviluppo e non già di programmazione degli obiettivi delle strutture e degli individui in lavoro agile.

Obiettivi del lavoro agile:

- Autonomia e responsabilità del dipendente e orientamento al risultato
- Rafforzare la cultura della misurazione e valutazione della performance
- Valorizzare le competenze del personale, migliorare il benessere conciliazione dei tempi di vita e di lavoro organizzativo, agevolare la
- Promuovere l'inclusione lavorativa dei dipendenti in situazione di fragilità
- Promuovere la diffusione delle tecnologie digitali
- Ottenere un miglioramento in termini di efficacia ed efficienza dei servizi resi alla collettività.

Con Decreto Legge n. 80 del 9 Giugno 2021 convertito con modificazioni dalla Legge n. 113 del 6 Agosto 2021 del Piano Integrato di attività e

organizzazione (PIA0), il POLA costituisce parte del PIAO.

Il lavoro agile ha pertanto cessato di essere uno strumento di contrasto alla situazione epidemiologica: con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, a decorrere dal 15 ottobre 2021, infatti, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni è soltanto quella svolta in presenza.

Attualmente il quadro normativo di riferimento è il regime previgente all'epidemia pandemica, disciplinato dalla legge 22 maggio 2017, n. 81 recante " Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato", che prevede l'obbligo del'accordo individuale per l'accesso al lavoro agile, integrato da quanto previsto dal Titolo VI, Capo I del CCNL Enti Locali 2019-2021 siglato il 16/11/2022.

Sezione 8 - piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche

Il concetto di innovazione tecnologica va inteso in senso ampio in quanto fa riferimento all'insieme di attrezzature sanitarie, dispositivi medici, farmaci, sistemi diagnostici, software, procedure mediche e chirurgiche, percorsi assistenziali e assetti strutturali, organizzativi e gestionali nei quali avviene l'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Gli investimenti tecnologici mirano al miglioramento della digitalizzazione delle strutture sanitarie, contribuendo ad aumentare la produttività ciel personale, attraverso un miglioramento delle operazioni ospedaliere, della qualità dei processi, grazie anche all'utilizzo di tecnologie all'avanguardia (es. sistemi informativi intelligenti, controllo delle strutture e sistemi di trasporto automatici...). Nel corso degli ultimi anni l'azienda ha provveduto ad unificare, integrare e aggiornare gli applicativi software nell'ottica del l'omogeneizzazione dei percorsi clinici.

In un apparato amministrativo ispirato a criteri di efficienza, efficacia ed economicità, in linea con la innovativa normativa statale, si impone a tutte le pubbliche amministrazioni un parsimonioso utilizzo delle risorse finanziarie destinate ai bisogni interni, a discapito degli investimenti e degli interventi volti a soddisfare, nel modo più puntuale, le necessità degli utenti.

Per questo motivo il contenimento delle spese per l'acquisto di beni e servizi necessari al funzionamento delle strutture è divenuto un obiettivo fondamentale a cui tende, da anni, il legislatore, prevedendo limiti alle spese di personale, la razionalizzazione delle strutture burocratiche, la riduzione delle spese per incarichi di consulenza, per le autovetture di servizio, cli rappresentanza, di gestione degli immobili .

In questo contesto i commi da 594 a 599 dell'articolo 2 della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 «dispongono che tutte le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, tra cui anche gli enti locali adottino piani triennali volti a razionalizzare l'utilizzo e a ridurre le spese dotazioni strumentali, anche informatiche (telefoni, computer, stampanti, fax, fotocopiatrici); nonché autovetture di servizio, beni immobili ad uso abitativo e di servizio, con esclusione dei beni infrastrutturali.

Per quanto riguarda, in particolare, le dotazioni strumentali, il comma 595 prevede che il Piano contenga misure dirette n circoscrivere

l'assegnazione degli apparecchi cellulari ai soli casi in cui il personale debba assicurare, per esigenze di servizio, pronta e costante reperibilità e limitatamente al periodo necessario allo svolgimento delle particolari attività che ne richiedano l'uso.

Il Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche di questa ASP, ò dettagliatamente riportato in allegato 7 e costituisce parte integrante di questo documento.

Sezione 9 - monitoraggio

Le nuove sfide della new economy insegnano che la professionalità, la conoscenza e la acquisizione di dati quanta più oggettivi possibili sono ii vero motore di qualsiasi Azienda, e che queste caratteristiche non sono possedute, bensì acquisite "step by step" per investimenti continui.

Un data diventa un'informazione, un indicatore, una misura quando e rapportato a degli standard di riferimento: allora diventa capace di modificare la probabilità delle decisioni.

A tale scopo e indispensabile la determinazione di indicatori validi, accurati e riproducibili.

Il monitoraggio delle attività non deve comunque essere inteso come ii rigoroso e pedissequo controllo degli indicatori; ma deve prevedere la effettuazione di audit del Gruppo di Lavoro con cadenza almeno trimestrale, che preveda oltre l'analisi dei dati e la verifica degli indicatori, anche la proposizione di nuove possibili soluzioni e/o di indicazioni operative ai fini di un progressivo miglioramento della appropriatezza dei percorsi intrapresi e delle azioni paste in essere.

Gli audit organizzativi devono permettere la presa in esame e la discussione dei seguenti argomenti;

- la metodologia del monitoraggio (indicatori adottati);
- l'analisi e la valutazione degli indicatori adottati;
- l'identificazione di eventuali criticità dei sistemi adottati;
- l'eventuale introduzione di nuove metodologie di monitoraggio;
- l'eventuale individuazione di nuove soluzioni operative.

allegati

ALLEGATO 1. Scheda Anagrafica

ALLEGATO 2. Piano della Performance

ALLEGATO 3. Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza

ALLEGATO 4. Piano del fabbisogno del personale

ALLEGATO 5. Piano della parità di genere

ALLEGATO 6. Piano della formazione

ALLEGATO 7. Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)

ALLEGATO 8.Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche

ORIGINALE

Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale di

AGRIGENTO

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 51 **DEL** 22 GEN 2026

OGGETTO: PIAO- AGGIORNAMENTO SEZIONE PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2026 – 2028 –

STRUTTURA PROPONENTE: UOC Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Statistici Aziendali

PROPOSTA N. 118 DEL 21-01-2026

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
Dr. Alfonso Scichilone

IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA
Dott. Filadelfio Adriano Cracò

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:
( ) come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

( ) Autorizzazione n. NON COMPORTA ORDINE DI SPESA C.E. / C.P. _____

Il RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Indicazione del Nome, Cognome e Firma)

IL DIRETTORE UOC SEF e P.
(Indicazione del Nome, Cognome e Firma)

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA 21.01.2026

L'anno duemilaventisei il giorno VENTIDUE del mese di GENNAIO nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodieci, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n.310/Serv.1°/S.G. del 21/06/2024, acquisito il parere del Direttore Amministrativo, dott.ssa Ersilia Riggi, nominata con delibera n. 60 del 14/01/2025 e del Direttore Sanitario, dott. Raffaele Elia, nominato con delibera n. 415 del 02/09/2024, con l'assistenza del Segretario verbalizzante DOTT.SSA TERESA CINQUE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

PROPOSTA

Il Direttore della UOC Controllo Strategico, Dott. Adriano Filadelfio Cracò:

Visto l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

Visto il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, di attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
Visto il Decreto Assessoriale 1821 del 26 settembre 2011, con il quale sono state approvate dalla regione siciliana le "Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e di valutazione del personale dipendente del S.S.R.", finalizzate a recepire in ambito sanitario le disposizioni nazionali sulla misurazione e valutazione della performance secondo il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
Vista la Delibera n. 112/2010 della CiVIT, la quale disciplina la "Struttura e modalità di redazione del Piano della Performance" (ex art. 10, comma 1, lettera a) del D.lgs. n. 150/2009) ;
Vista la Delibera della CiVIT n. 1/2012, paragrafo 5, la quale fornisce nuove indicazioni operative riguardo le modalità di redazione del Piano della Performance;
Vista la Delibera della CiVIT/ANAC n. 6/2013, paragrafi 3.1 e 3.6.1 A con la quale si danno indicazioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance;
Viste le Linee Guida del Dipartimento della Funzione pubblica (giugno 2017), che definiscono la nuova struttura e modalità di redazione del Piano della Performance;
Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modifiche ed integrazioni, recante "Norma generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni";
Visto il Piano di Programmazione Sanitaria dell'Amministrazione, documento che configura il contributo operativo/organizzativo dell'Amministrazione alle linee di intervento indicate dall' Amministrazione Regionale;
Rilevato l'obbligo annuale di ottemperare al punto a) del D.A. 01821/11 del 26.09.2011 nell'ambito del processo di valorizzazione del personale, che prevede che le Amministrazioni redigano, entro il 31 gennaio, l'aggiornamento annuale del Piano Triennale della Performance in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio individuando gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di periodo (annuale);
Vista la legge 6 novembre 2012, n. 190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", che ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione;
Vista la nuova disciplina sulla trasparenza nelle pubbliche Amministrazioni di cui al d.lgs. 14 Marzo 2013, n. 33 come modificato dal D.lgs. n. 97/2016, recante il " Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni";
Visto il Decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74, recante "Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, con il quale viene riordinata la disciplina in materia di misurazione della performance nelle pubbliche amministrazioni.

Visto l'art. 6 del D.L. 80/2021 convertito in legge dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113, che ha introdotto il PIAO - Piano integrato di Attività e Organizzazione -, documento unico programmatico triennale, con aggiornamento annuale, che assorbe: il Piano della Performance, il Piano Triennale delle Azioni Positive, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e di promozione della Trasparenza, la programmazione dei fabbisogni formativi, il Piano triennale dei fabbisogni del personale.

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

Approvare l'aggiornamento annuale della sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione della Pubblica Amministrazione (PIAO), **sezione Piano Triennale della Performance 2026–2028** (allegato 1 - parte integrante e sostanziale del presente provvedimento);

Riservarsi di apportare eventuali variazioni durante l'esercizio, agli obiettivi annuali ed agli indicatori previsti nel Piano della Performance Triennale che si adotta, qualora le stesse si rendessero necessarie in aderenza alla nuova pianificazione regionale nonché la revisione degli obiettivi operativi negoziati (pesi ed indicatori) che si dovesse rendere necessaria per sopravvenute esigenze aziendali.

Stabilire che il presente provvedimento sarà pubblicato sul sito istituzionale di questa Azienda: sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Performance" – "Piano della Performance";

Trasmettere copia del presente piano all''Organismo Indipendente di Valutazione e OIV.

Trasmettere copia della sezione **Piano Triennale della Performance 2026–2028,** ai Direttori di Dipartimento e per il loro tramite ai Direttori di Struttura Complessa, nonché, a tutti i Direttori/Responsabili delle strutture destinatarie della negoziazione degli obiettivi di performance 2026, a valere come notifica dell'avvio del Ciclo della Performance, ovvero di definizione degli obiettivi che s'intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori.

Stabilire che l'esecuzione della deliberazione verrà curata dalla UOC Controllo di Gestione unitamente con la - Struttura Tecnica Permanente Misurazione Performance -.

Munire la deliberazione della clausola di immediata esecuzione, per le motivazioni di seguito specificate: al fine del rispetto della tempistica prevista dal "Ciclo della Performance".

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Direttore della U.O.C. Controllo di Gestione
Dott. Filadelfio Adriano Cracò

SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere FAVOREVOLE
Data 22/01/2026

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Ersilia Riggi

Parere Favorevole
Data 22/01/2026

Il Direttore Sanitario
Dott. Raffaele Elia

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal Dott. Filadelfio Adriano Cracò, Direttore della U.O.C. Controllo di Gestione che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;
Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;
Tenuto conto di pareri espressi dal direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal dott. Filadelfio Adriano Cracò, Direttore della U.O.C. Controllo di Gestione.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giuseppe Capodieci

Il Segretario verbalizzante
IL COLLABORATORE AMM.VO TPO
"Ufficio Staff e Controllo di Gestione"
Dott.ssa Teresa Cinque



Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2026 2028

Documento programmatico triennale per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione

IL PIANO DELLA PERFORMANCE

Finalità

Con il presente aggiornamento al Piano triennale della performance, quale sezione del PIAO 2026-2028, La Direzione Aziendale prosegue l'attività di gestione ispirata al sistema di responsabilizzazione degli operatori mediante il ciclo di gestione della performance introdotto dall'articolo 4 del d.lgs. 150/09 e che ha trovato nella redazione dei piani della performance degli anni precedenti le applicazioni e le esperienze di verifica della performance da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (da ora in poi per semplicità denominato O.I.V.).

La struttura del presente documento discende da precise direttive fornite dalla già Commissione indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (delibere: n. 112/2010, n.1/2012 e n. 6/2013), sulle quali sono intervenute le ultime modifiche ed integrazioni da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica – Ufficio per la Valutazione della Performance – attraverso le "Linee guida per il Piano della performance" del giugno 2017.

Sono altresì confermate, nella stesura del presente documento, le finalità già introdotte con nei Piani anni precedenti e in particolare:

- Esplicitazione degli obiettivi, degli indicatori e dei target da raggiungere in coerenza con le risorse assegnate;
- Definizione degli elementi fondamentali che costituiranno la base per la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance (obiettivi, indicatori e target);
- Evidenziazione di tutti i passaggi logici idonei a garantire "la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance";
- Descrizione analitica ed esaustiva del processo e delle modalità con cui si perviene alla formulazione degli obiettivi dell'amministrazione, alla verifica sugli stessi, ed alla eventuale gestione delle eventuali verifiche di seconda istanza. La descrizione delle procedure di cui all'ultimo punto è estrapolata da diversi atti regolamentari aziendali ed è stato inserito tra gli obiettivi dell'anno l'accorpamento di tutte le norme attinenti alla problematica della valutazione in un unico documento che funga da testo unico cui far riferimento, in un'ottica di trasparenza e proceduralizzazione delle attività propedeutiche ad esprimere una valutazione;

· Coinvolgimento dell'Organismo Indipendente di Valutazione nella verifica/monitoraggio e funzionamento del sistema nel suo complesso e nell'individuazione delle modifiche da apportare allo stesso.

Tali attività sono orientate a garantire una verifica interna ed esterna della "qualità" del sistema di obiettivi o, più precisamente, del livello di coerenza con i requisiti metodologici che, secondo il decreto, deve caratterizzare sia gli obiettivi che la metodologia per l'assegnazione e la verifica, concomitante e susseguente, degli stessi. Sotto questo punto di vista il D.lgs 150/09 prevede all'articolo 5, comma 2, una serie di peculiarità che gli obiettivi devono possedere; in particolare gli stessi devono essere:

a) Rilevanti e Pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;

b) Specifici e Misurabili in termini concreti e chiari;

c) Determinanti nell'apportare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;

d) Riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno, anche se questa caratteristica si riferisce agli obiettivi operativi e va dunque riferita all'attività da realizzare nell'anno;

e) Commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;

f) Confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;

g) Correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Il Piano, unitamente al sistema di redazione e realizzazione dello stesso, dovrà consentire la verifica dell'effettivo rispetto di tali requisiti metodologici dal momento che, oltre a definire gli obiettivi, saranno esplicitati il metodo ed il processo attraverso i quali si è arrivati ad individuarli.

Il sistema di responsabilizzazione seguirà quello della negoziazione di budget, tenuto conto che gli obiettivi attribuiti possono essere soggetti ad una rivisitazione per integrare o rivedere quanto assegnato se perverranno indicazioni in materia da parte di organi regionali sovraordinati nonché prevedere la revisione degli obiettivi operativi negoziati (pesi ed indicatori) che si dovesse rendere necessaria per sopravvenute esigenze aziendali.

Contenuti

Secondo quanto previsto il Piano individua:

- Gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- Gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance organizzativa;
- Gli obiettivi organizzativi da assegnare al personale dirigenziale con incarico di struttura ed i relativi indicatori.

Tali contenuti, sono integrati da una serie di informazioni che questa Amministrazione ha inteso fornire per meglio chiarire il contesto di riferimento. A tal fine saranno approfondite le tematiche inerenti la descrizione della "identità" dell'amministrazione e, cioè, di quegli elementi che consentono di identificare il mandato istituzionale, il "Valore Pubblico" da realizzare quale ente che sta rivedendo la propria offerta assistenziale in funzione di indicazioni assessoriali che comportano delle profonde innovazioni all'attuale organizzazione.

Principi generali

I principi generali per il piano della performance sono qui analiticamente descritti.

Principio n.1: Trasparenza

Il piano sarà pubblicato, sul sito istituzionale aziendale nell'apposita sezione denominata «Amministrazione Trasparente». Il presente piano rappresenta il documento cardine che ispirerà l'attività dell'Azienda ma, sempre al fine di garantire la massima trasparenza per tutti gli stakeholder ai quali tale documento si rivolge, gli strumenti di trasparenza di cui sopra saranno estesi a tutte le eventuali modifiche che si renderanno necessarie o semplicemente opportune.

Le stesse modifiche, del resto, appaiono del tutto probabili per le motivazioni che saranno approfondite con riferimento alla descrizione del contesto interno ed esterno in cui questa Azienda si trova ad operare. Tali considerazioni si basano sulle prescrizioni di cui al D.lgs. 165 marzo 2013, 33 modificato dal D.lgs. n. 97/2016 che contengono indicazioni sulla presentazione delle attività, sulla chiarezza delle stesse, sulle forme di pubblicità da utilizzare affinché tutti gli stakeholder di cui sopra possano risultare degli strumenti di trasparenza e coinvolgimento utilizzati.

Principio n. 2: Immediata intelligibilità

Il Piano risulta di dimensioni adeguate e facilmente comprensibile anche agli stakeholder esterni (utenti, fornitori, cittadinanza, associazioni di categoria, ecc.). A tal fine, sono allegati le schede

Budget Obiettivi distintamente per le diverse aree di attività sanitaria, per consentire una più puntuale verificabilità da parte di soggetti interni e di soggetti esterni qualificati.

Principio n. 3: Veridicità e verificabilità

I contenuti del Piano corrispondono alla realtà e per ogni indicatore si fa riferimento a dati, tracciabili, oggetto di trasmissione ufficiale alle competenti autorità regionali e non, il che garantisce la tracciabilità e la verificabilità dei dati stessi. Ai fini di una rappresentazione chiara sono utilizzati indici sanitari e non standardizzati di elevata diffusione e di immediata comprensibilità o sui quali, anche attraverso l'esame delle fonti, sono possibili approfondimenti, il tutto nell'ottica di una chiarezza da garantire a tutti i soggetti interessati.

Principio n. 4: Partecipazione

Il Piano è definito attraverso una partecipazione attiva del personale dirigente che, a sua volta, è stato chiamato a favorire il coinvolgimento del personale afferente alla propria struttura organizzativa. Il riferimento, naturalmente, è ovviamente tanto agli operatori della dirigenza quanto a quelli del comparto, stante l'entità del contributo dagli stessi garantito per il raggiungimento delle performance ma anche per lo stretto legame intercorrente tra il ciclo di gestione della performance e la distribuzione delle risorse destinate al salario di risultato. Si favorirà altresì ogni forma possibile di interazione con gli stakeholder esterni per individuarne e considerarne le aspettative e le attese.

Principio n. 5: Coerenza interna ed esterna

I contenuti del Piano sono coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interna). Il rispetto di tale principio è considerato basilare per l'attuabilità del presente piano. L'analisi del contesto esterno garantisce la coerenza delle strategie ai bisogni e alle attese dei portatori di interesse. L'analisi del contesto interno rende coerenti le strategie, gli obiettivi e i piani operativi alle risorse strumentali, economiche ed umane disponibili.

Principio n. 6: Orizzonte pluriennale

L'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, anche in relazione a quanto previsto dalla programmazione sanitaria regionale con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento. Nella definizione del Piano si è inoltre tenuto conto del collegamento e dell'integrazione con: il processo ed i documenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio, nonché stanti anche le raccomandazioni in tal senso pervenute dall'ANAC in tema di

collegamento tra piano della performance Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. A tal proposito già a partire dagli anni precedenti nel Piano sono stati inseriti tra gli obiettivi le misure di attuazione delle disposizioni del PTPCT.

Principio n. 7: La gradualità nell'adeguamento ai principi e il miglioramento continuo

L'amministrazione si adegua agli indirizzi proposti secondo una logica di gradualità e miglioramento continuo. Ogni criticità relativa all'attuazione di tali indirizzi sarà chiaramente riportata nel Piano, unitamente alla descrizione delle azioni e dei tempi per un pieno adeguamento.

Inoltre, l'Amministrazione nella definizione degli obiettivi, ha garantito la coerenza con i contenuti e i tempi previsti dai documenti di programmazione economico e finanziaria (bilancio di previsione), con la recente rideterminazione della dotazione assetto organizzativo aziendale approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020 di approvazione dell'atto aziendale dell'ASP di Agrigento adottato con delibera n. 880 del 10/06/2020".

CHI SIAMO, COSA FACCIAMO COME OPERIAMO

In questa sezione sono illustrate le informazioni salienti sul mandato aziendale e sulle caratteristiche organizzativo/ gestionali al fine di rendere l'attività più trasparente per i suoi fruitori.

Chi siamo

L'Azienda Sanitaria di Agrigento è stata istituita con la Legge Regionale 14 aprile 2009 N. 5, è divenuta operativa a partire dal 1° settembre 2009. L'organizzazione ed il funzionamento dell'azienda, disciplinati con atto aziendale di diritto privato, mirano ad assicurare l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi dei cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché l'ottimalizzazione e l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.

Gli Organi dell'ASP di Agrigento sono:

a) il Direttore Generale che nomina un Direttore Amministrativo e un Direttore Sanitario;
b) il Collegio di Direzione;
c) il Collegio Sindacale.

Il modello organizzativo Aziendale, secondo la L.R. 5/09 e s.m.i., è suddiviso in quattro "Aree", ovvero:

1. Area di Staff

2. Area Amministrativa

3. Area Territoriale

4. Area Ospedaliera

Le quatto aree indicate vengono organizzate, ex D.Lgs. 502/92 e s.m.i., su base dipartimentale e distrettuale.

Il Dipartimento

Il Dipartimento è una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto. E' articolato al suo interno in strutture organizzative, semplici e complesse, che perseguono finalità comuni, risultando quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale nell'ambito di un unico modello organizzativo e gestionale.

I Dipartimenti dell'ASP, sia funzionali che strutturali attivi, distintamente per area sono:

Area Amministrativa:

- Dipartimento Amministrativo.

Area Territoriale:

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

Area Ospedaliera:

- Dipartimenti Ospedalieri Strutturali:

-Dipartimento di Medicina - Ospedali Riuniti Sciacca Ribera;
-Dipartimento di Chirurgia - Ospedali Riuniti Sciacca Ribera;
-Dipartimento di Medicina - Presidi Ospedalieri di Agrigento, Canicattì e Licata;
-Dipartimento di Chirurgia - Presidi Ospedalieri di Agrigento, Canicattì e Licata;
-Dipartimento Emergenza;
-Dipartimento Cardiovascolare.

- Dipartimenti Transmurali nel cui ambito rientrano strutture ospedaliere e territoriali:
  - Dipartimento del Farmaco (strutturale);
  - Dipartimento dei Servizi (strutturale);
  - Dipartimento delle Scienze Radiologiche (strutturale);
  - Dipartimento Materno Infantile (funzionale);
  - Dipartimento di Riabilitazione (funzionale);
  - Dipartimento Oncologico (funzionale);
  - Dipartimento di Cure Primarie e dell'integrazione Socio-sanitaria (funzionale).

Il Distretto Sanitario

Il Distretto Sanitario è l'articolazione territoriale in cui si attiva il percorso assistenziale e si realizza l'integrazione tra attività sanitarie sociale. Assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei presidi ospedalieri. Il territorio dell'ASP di Agrigento è articolato in 7 ambiti:

Distretto Sanitario di Agrigento:	*Agrigento, Aragona, Comitini, Favara, Ioppolo Giancaxio, Porto Empedocle, Raffadali, Realmonte, Santa Elisabetta, Sant'Angelo Muxaro, Siculiana.*
Distretto Sanitario di Bivona:	*Alessandria della Rocca, Bivona, Cianciana, San Biagio Platani, Santo Stefano di Quisquina.*
Distretto Sanitario di Canicatti:	*Camastra, Campobello di Licata, Canicatti, Castrofilippo, Grotte, Naro, Racalmuto, Ravanusa.*
Distretto Sanitario di Casteltermini:	*Cammarata, Casteltermini, San Giovanni Gemini.*
Distretto Sanitario di Licata:	*Licata, Palma di Montechiaro.*
Distretto Sanitario di Ribera:	*Burgio, Calamonaci, Cattolica Eraclea, Lucca Sicula, Montallegro, Ribera, Villafranca Sicula.*
Distretto Sanitario di Sciacca:	*Caltabellotta, Menfi, Montevago, Sambuca di Sicilia, Santa Margherita Belice, Sciacca.*

Cosa facciamo

L'ASP, in ragione della profonda trasformazione del Servizio Sanitario Regionale e sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari e sull'analisi della domanda, è finalizzata ad assicurare alla popolazione del proprio territorio, l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate nel rispetto dei LEA, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi dei cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché l'ottimizzazione e l'integrazione delle risposte assistenziali.

L'A.S.P., quindi, ha il compito di "*Garantire la salvaguardia della salute dei cittadini della provincia di Agrigento, sia individuale che collettiva, per consentire agli stessi la migliore qualità di vita possibile e ciò attraverso l'erogazione dell'assistenza secondo livelli fissati dalla Regione integrando gli stessi con quanto concertato a livello territoriale con gli enti locali*".

Ha, altresì, il compito di garantire la prevenzione e la riabilitazione e la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro e di promuovere la salute dei lavoratori garantendo equità, solidarietà e riduzione delle disuguaglianze nella accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari.

Come operiamo

L'Azienda organizza il livello quali-quantitativo dei propri servizi sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari degli utenti, ponendo particolare attenzione alle determinanti socio-economiche della salute e sviluppando un'azione capace di ridurre nel tempo le differenze che esse generano nello stato di salute della popolazione medesima.

Costituiscono elementi cardine della mission Aziendale:

- la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della popolazione di riferimento;
- il monitoraggio dei bisogni sanitari del territorio al fine di definire il livello qualitativo e quantitativo dei propri servizi e modellare la propria attività a criteri di appropriatezza sia clinica che organizzativa definendo responsabilità in modo chiaro e condiviso;
- la riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera;
- l'integrazione tra ospedale e territorio e, conseguentemente, l'integrazione tra le diverse professionalità che operano nella azienda;
- la qualificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale territoriale;
- il potenziamento delle attività di prevenzione;
- la riduzione delle liste di attesa;
- la riduzione del rischio clinico attraverso interventi e programmi definiti;
- la gestione integrata delle attività socio-sanitarie attraverso la rete dei servizi socio-sanitari e di specifici percorsi aziendali per la presa in carico di patologie croniche.

Il modello organizzativo aziendale adottato tende ad una semplificazione in coerenza con l'obiettivo di razionalizzare e semplificare adempimenti e procedure evitando duplicazioni e sovrapposizioni e rendere l'organizzazione quanto più coerente alle specifiche finalità aziendali. A tal fine l'organizzazione è basata su Dipartimenti, volta ad assicurare una gestione integrata e coordinata delle attività svolte a livello territoriale dalle Direzioni distrettuali.

La Vision aziendale: l'Albero della performance

La "Vision" Aziendale rappresenta la traduzione in azioni concrete della "mission" e si concretizza nell'individuazione degli adempimenti pratici da porre in essere per realizzare la mission stessa, mediante:

-integrazioni socio-sanitarie ed alleanze, sia all'interno che all'esterno dell'organizzazione, che consentano di avere un impatto sulla salute influendo sulle condizioni di vita, sulla distribuzione delle risorse e sulla tipologia dell'offerta attraverso la definizione degli assetti organizzativi, delle responsabilità, dell'impegno, dei risultati e dei conseguenti meccanismi di riconoscimento formale;

- il corretto uso delle risorse assegnate, perseguendo efficienza efficacia ed economicità organizzativa e gestionale perseguendo il miglioramento continuo della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sia sanitarie che gestionali.

L'Azienda, inoltre, pone particolare attenzione alle risorse professionali disponibili, allo sviluppo del personale medesimo e al riorientamento delle professionalità verso contenuti tecnico-professionali di eccellenza; favorisce il coinvolgimento dei cittadini e verifica il gradimento dell'utenza per i servizi erogati garantendo al contempo tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie appropriati alle necessità di cura degli assistiti e comunque nel rispetto dei tempi massimi previsti da normative vigenti; assicura l'integrazione fisica e/o organizzativa-operativa dei servizi territoriali secondo quanto previsto dalle linee guida di riorganizzazione dell'attività territoriale ai sensi dell'art. 12 c.8 della L.R. 5/2009, attraverso l'operato nell'ambito dei Distretti Sanitari dei PPTTAA (Presidi Territoriali di Assistenza).

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda, nonché l'attività delle articolazioni organizzative aziendali, sono ispirati a principi di sussidiarietà solidale e complementarietà tra gli erogatori dei servizi nonché a criteri di:

- efficacia interna ed esterna, attraverso il soddisfacimento dei bisogni assistenziali dell'utenza;
- efficienza gestionale e comportamentale attraverso la gestione di una struttura organizzativa improntata a criteri di minimizzazione dei costi;
- efficacia, efficienza ed economicità tra prestazioni erogate e risorse impiegate;
- integrazione tra Distretto Ospedaliero – Distretto Sanitario - P.T.A.;

- pianificazione strategica, programmazione e controllo, individuando nel sistema di budget lo strumento fondamentale di gestione;
- professionalità, flessibilità e responsabilizzazione del personale;
- rapporti convenzionali in funzione delle effettive necessità aziendali;
- informatizzazione ed innovazione di tutti i processi amministrativi e sanitari;
- delega delle funzioni gestionali al direttore sanitario, al direttore amministrativo e ai dirigenti per assicurare, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di programmazione e pianificazione;
- sviluppo del "sistema qualità" dell'Azienda.

GLI OBIETTIVI STRATEGICI DERIVANTI DALLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE E LINEE DI SVILUPPO DELLA GESTIONE AZIENDALE

Al fine di soddisfare una coerente logica programmatoria organizzativa e gestionale aziendale con la pianificazione regionale, in coerenza con gli obiettivi Aziendali assegnati alla Direzione Aziendale, nello sviluppo del presente piano della performance sono state inserite nuove linee di intervento relativamente alle sotto indicate *Macro Aree strategiche:*

- *OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO AZIENDALE;*
- *AREA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA ;*
- *PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA ;*
- *ASSISTENZA DISTRETTUALE ;*
- *MONITORAGGIO DEI COSTI E RISPETTO TETTI DI SPESA – PNRR – ;*
- *CONTRIBUTO ALLA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE .*

Nel rispetto dei vincoli derivanti dal rispetto degli obiettivi di finanza pubblica con riguardo al Piano del fabbisogno e delle dotazione organica D.A. n. 02/22 del 05/01/2022 nel rispetto della cornice finanziaria di cui all'art. 11 del D.L. 30.04.2019 n. 35, convertito con modificazioni dalla Legge 25.06.2019 n.60; e del raggiungimento/mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario aziendale.

Il piano vuole costituire dunque uno strumento di governo aziendale delle risposte sanitarie anche all'attività programmatoria regionale ed è stato appositamente concepito in una serie di macro aree di intervento strategiche tali da soddisfare lo sviluppo armonico Aziendale.

Recepire quanto sopra e tradurre tali determinanti in obiettivi ed in un set di indicatori che rendicontino tutte le attività assistenziali rese (accountability), rappresenta uno *step*

imprescindibile per l'Amministrazione. Né si può prescindere, in tale ottica, dalla necessità di inglobare nel contesto degli obiettivi da assegnare anche quelli attribuiti ai Direttori Generali che rientrano nel sistema di valutazione AgeNaS.. Inoltre la promozione di medio periodo di importanti strumenti di valutazione quali la Customer Satisfaction, il coinvolgimento del Comitato Consultivo Aziendale, costituiscono un indispensabile elemento di confronto finalizzato a migliorare in toto l'assistenza sanitaria.

DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Le Macro Aree di Intervento e gli Obiettivi Strategici

Per meglio definire gli obiettivi strategici questa Azienda nell'elaborazione del presente piano, sulla scorta degli obiettivi Aziendali assegnati alla Direzione Aziendale, già a partire dal mese di luglio 2024 sono stati posti in essere una serie di adempimenti propedeutici sinteticamente riconducibili a:

- Analisi dell'organizzazione aziendale;
- Coinvolgimento delle figure apicali nell'individuazione delle strutture da potenziare, creare e, se del caso, riconvertire o sopprimere;
- Analisi sulla attuale dotazione per struttura;
- Verifica sulla sostenibilità economica e sulla coerenza tra ipotesi eventualmente formulate in termini di riorganizzazione e contingenti minimi di personale presenti o in corso di acquisizione;
- Verifica sul possesso dei requisiti minimi all'interno delle strutture aziendali attualmente esistenti in termini di risorse umane.

Tenuto conto delle complessità dei processi qui rappresentati, si è operato con lo scopo di dare concreta applicazione al sistema di responsabilizzazione degli operatori, già a partire dal 2024, individuando una batteria di obiettivi e valori attesi volti a disciplinare le *Macro Aree strategiche di Intervento,* riportate ne riquadro sotto, in una prospettiva temporale triennale, inoltre sono state individuante le strutture aziendali coinvolte nel raggiungimento degli obiettivi.

Macro Aree strategiche di Intervento
- Obiettivi di Salute e Funzionamento;
-
- Monitoraggio dei costi e rispetto tetti di spesa - PNRR;

- *Contributo alla organizzazione aziendale;*
- *Obiettivi core previsti dal nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG): prevenzione collettiva e sanità pubblica;*
- *obiettivi core previsti dal nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG): AREA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA;*
- *Obiettivi previsti dal nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG): ASSISTENZA DISTRETTUALE;*
- *Obiettivi core previsti dal nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG): STIMA DEL BISOGNO SANITARIO;*
- *Obiettivi core previsti dal nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG): CONTESTO ED EQUITA';*
- *Obiettivi core previsti dal nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG): PDTA.*

DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI
Lo sviluppo operativo e gli indicatori -

Gli Obiettivi Operativi Individuati e gli Indicatori

Nello sviluppo del presente piano si è operato in una cornice di fattiva collaborazione del personale dirigente inquadrato all'interno delle diverse strutture aziendali tanto sanitarie quanto amministrative, sia all'interno delle strutture ospedaliere sia nell'ambito dell'area territoriale, sono stati ulteriormente sviluppati, gli obiettivi della Direzione derivanti dal mandato istituzionale e dalle indicazioni espressamente fornite in sede assessoriale, nonché quelli del sistema di valutazione dei Direttori Generali, i quali sono stati già oggetto di espressa evidenziazione a tutti i dirigenti apicali e costituiscono il presupposto per le successive fasi di delega a tutto il personale dirigente e comparto.

La programmazione e le azioni già realizzate nonché quella da porre in essere dovranno consentire di migliorare ulteriormente qualitativamente e quantitativamente i livelli essenziali di assistenza

facendo si che l'erogazione degli stessi sia efficace ed appropriata e quanto più possibile omogenea su tutto il territorio provinciale, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico.

Precisato che l'Azienda si è dotata di due regolamenti per la valutazione del personale delle Aree Comparto e Dirigenziale: delibera n° 1970 del 02/05/2013 "Regolamento retribuzione di risultato di dirigenza, verifiche e valutazione del personale dirigenziale" , delibera n ° 1883 del 30/04/2013 " Regolamento per l'erogazione della produttività collettiva -comparto" modificato con delibera n. 1824 del 21.12.2016.

La stesura dei piani operativi fa riferimento al piano di realizzazione della performance, all'interno del quale sono evidenziati i seguenti passaggi logici fondamentali:

- illustrazione preventiva degli obiettivi ai dirigenti apicali, negoziazione ed assegnazione del budget definitivo. la programmazione annuale con le unità operative interne è operata mediante il processo di budget, strumento con cui le risorse umane, finanziarie e tecnologiche vengono allocate alle singole articolazioni, alle quali sono affidati gli obiettivi di attività da conseguire nel rispetto degli standard di qualità. Il valore di alcuni indicatori e obiettivi, stante le specificità caso per caso, sarà oggetto di analisi in sede di negoziazione del budget al fine di individuare valori congrui per la misurazione. la Direzione Generale, pertanto predisposte le schede di budget, negozierà obiettivi, indicatori e relativi valori nonché il peso % assegnato a ciascun indicatore (in funzione della rilevanza strategica degli obiettivi medesimi e tenuto conto anche delle risorse disponibili).
- I Direttori delle UU.OO.C.C., sia dell'Area Ospedaliera (PP.OO.) che dell'Area Territoriale (Distretti Sanitari di Base, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimenti di Prevenzione, Area Gestione del Farmaco, Area Amministrativa), con riferimento agli obiettivi sopra individuati, sia generali che specifici attinenti la propria area, coinvolgeranno nella fase di attuazione degli obiettivi negoziati tutti i responsabili delle unità operative semplici afferenti alla struttura complessa nonché tutto il personale in servizio sia della dirigenza che del comparto. E' prevista a cura dei responsabili delle diverse articolazioni aziendali garantire gli adempimenti necessari ai fini della verifica concomitante e susseguente degli obiettivi assegnati, illustrando obiettivi e criteri di valutazione. Inoltre, trasmetteranno al Controllo di Gestione le informazioni necessarie per la conoscenza di tutte le variabili, nello specifico verbali di assegnazione di obiettivi e di individuazione dei criteri e schede di valutazione preventive, oltre a tutte le altre informazioni che si dovessero rendere necessarie in corso di opera per informare tempestivamente la Direzione sull'andamento della gestione;

• I responsabili delle Unità Operative Complesse predisporranno e trasmetteranno i rispettivi Piani Operativi Preventivi, secondo gli obiettivi generali e specifici di propria competenza sia in forma cartacea che per posta elettronica, alla Direzione Aziendale tramite la U.O.C. Controllo di Gestione, Sistemi Informativi e Statistici Aziendali.

• I piani di lavoro Operativi Preventivi da presentare possono prevedere, oltre gli obiettivi individuati con la presente, anche obiettivi propri aggiuntivi che ciascuna unità operativa intende realizzare nel corso dell'anno e ciò, comunque, dopo aver verificato la loro compatibilità con gli obiettivi generali dell'Azienda, con i vincoli di bilancio nonché le risorse umane e strumentali disponibili. Nei medesimi piani di lavoro operativi / preventivi devono anche essere esplicitate le iniziative che si intendono avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici di ciascuna unità operativa nel rispetto dei programmi e degli obiettivi generali dell'Azienda, nonché tenuto conto di quanto stabilito dal regolamento aziendale sul sistema premiante.

• A ciascun responsabile di U.O.C. compete la responsabilità di porre le basi per la verifica sul grado di partecipazione del dipendenti, afferenti alla medesima U.O. sia della dirigenza che del comparto, al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini del salario di risultato;

• Monitoraggio degli Obiettivi: La U.O.C. Controllo di Gestione, di concerto con l'Organismo Indipendente di Valutazione, predisporrà il controllo concomitante degli obiettivi assegnati anche attraverso la raccolta dei dati di attività trimestrali resi dalle unità operative complesse. Gli obiettivi verranno controllati periodicamente, le UU.OO.CC. trasmetteranno via mail i dati di attività corredati da report sintetico trimestrale attestante lo stato di attuazione degli obiettivi. Parallelamente verranno riprodotti, in modo sistematico, i dati sulle attività e sull'utilizzo delle risorse al fine di controllare la coerenza dell'andamento della gestione con gli obiettivi assegnati, ed adottare eventualmente azioni correttive. Il costante feedback operativo-gestionale prevedrà altresì anche specifiche convocazioni semestrali dei direttori di macrostruttura nel corso del 2026 (audit) al fine di valutare la congruenza tra gli obiettivi assegnati e il soddisfacimento degli stessi.

• A consuntivo la Direzione Generale, procederà alla verifica dei risultati raggiunti sia per la valutazione che per l'erogazione della retribuzione di risultato. Tale verifica si baserà sulla regolamentazione interna di vari istituti contrattuali per la quale è prevista la rimodulazione in corso d'anno anche in ossequio a quanto disposto dalla L.R. 5 del 2009;

• La valutazione della performance, sulla base di espressa disposizione assessoriale, avrà ad oggetto sia i risultati rilevati con riferimento alla struttura di appartenenza dei singoli operatori (performance organizzativa) sia il contributo reso dai singoli operatori (performance individuale).

Nella redazione del presente piano, si sono privilegiati obiettivi chiari, la cui formula di calcolo appaia facilmente comprensibile al pari delle unità di misura e la cui fonte sia facilmente individuabile. Il confronto con i dati storici e il valore di benchmark, tuttavia, risulta per alcune strutture di difficile individuazione per due ordini di motivi: per le modifiche in cantiere sull'assetto organizzativo aziendale scaturenti dal nuovo piano di rimodulazione della rete ospedaliera previsto dal D.A. n. 22 del 19.01.2019 per cui l'accorpamento/frazionamento in essere rischia di rendere la somma algebrica delle prestazioni rese in precedenza fuorviante. In tale ottica il presente piano costituisce la base di lavoro per le verifiche che sarà possibile realizzare in futuro. In riferimento al valore di Benchmark, la specificità sanitaria fa si che un valore di riferimento presso un'altra struttura possa, in relazione al contesto in cui la stessa è resa, risultare non omogenea rispetto alla stessa attività all'interno della ASP. Per questa motivazione, stante l'obbligo previsto dalla L.R. 5/2009 di uniformare l'offerta assistenziale si ritiene opportuno rinviare il confronto con altre strutture al momento in cui saranno a disposizione dei sistemi informativi uniformi e un quadro chiaro dell'offerta assistenziale regionale.

Nell'individuazione degli obiettivi si fa riferimento anche all'articolazione aziendale così come derivante dall'Atto Aziendale.

DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI
Attribuzione dei tetti di spesa per i Dispositivi Medici Anni 2026-2028 - DA N.401/2025

Premesso che già a partire dei primi mesi del 2025, si è proceduto alla ricalibrazione/assegnazione degli obiettivi, sulla scorta degli obiettivi strategici assegnati alla Direzione Generale, nonché in considerazione delle disposizioni assessoriali di cui al D.A. n. 401/2025 in ordine alla razionalizzazione della spesa per dispositivi medici per l'anno 2025, sono stati ridefiniti ed assegnare obiettivi di performance, finalizzati alla riduzione della spesa sui Dispositivi Medici, a valere sugli obiettivi di performance che sugli obiettivi di incarico che concorrono alla valutazione dei direttori di struttura semplice e complessa delle Unità Operative mediche per la conferma/revoca dell'incarico.

In tal senso sono state predisporre sul 2026 specifiche procedure e direttive aziendali finalizzate all'attuazione di politiche di utilizzo prioritario dei dispositivi caratterizzati da miglior rapporto costo-beneficio, e sono state adottare specifiche procedure e direttive aziendali finalizzate alla calendarizzazione ed all'attuazione periodica di audit nei confronti dei medici con particolare riferimento alle branche specialistiche maggiormente interessate nell'utilizzo di dispositivi medici ad elevato impatto di spesa;

DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI
Obiettivi di Anticorruzione e Trasparenza

L'integrazione degli obiettivi di anticorruzione e trasparenza nel Piano della Performance dell'ASP di Agrigento rappresenta una leva strategica per garantire legalità, qualità e sostenibilità del sistema sanitario provinciale, rafforzando il rapporto di fiducia con i cittadini e pubblico, contribuendo in modo diretto alla tutela del diritto alla salute e alla generazione di valore pubblico.

In tal senso nel presente Piano della Performance dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento declina gli obiettivi di prevenzione della corruzione e di trasparenza amministrativa in coerenza con:

- la missione istituzionale del Servizio Sanitario Regionale;
- il PIAO aziendale;
- il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT);
- gli obiettivi strategici regionali di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 195/2024 (Obiettivo E).

Nella consapevolezza che in ambito sanitario, anticorruzione e trasparenza assumono un rilievo strategico diretto nella catena del valore pubblico, in quanto contribuiscono a garantire:

- equità di accesso alle prestazioni sanitarie;
- tutela del diritto alla salute;
- corretto utilizzo delle risorse pubbliche;
- qualità, sicurezza e appropriatezza dei servizi sanitari;
- fiducia dei cittadini e degli operatori nel sistema sanitario pubblico.

Il valore pubblico perseguito dall'ASP di Agrigento si sostanzia nel rafforzamento della legalità come fattore abilitante della qualità dell'assistenza sanitaria e della sostenibilità del sistema, in tal senso si è sviluppato il box sotto riportato riportante gli elementi dell'obiettivo in argomento.

BOX – Obiettivi Anticorruzione e Trasparenza

Allineamento alla catena del valore pubblico

Bisogni collettivi

Tutela della salute, equità, trasparenza, legalità, fiducia dei cittadini.

Risorse pubbliche

Risorse finanziarie del SSR, personale sanitario e amministrativo, dati e informazioni pubbliche.

Processi chiave

Procedimenti amministrativi, gestione del personale, approvvigionamenti, erogazione dei servizi sanitari, controlli interni.

Output

Atti e procedimenti trasparenti, personale formato, dati pubblicati e aggiornati, riduzione dei rischi corruttivi.

Outcome / Valore pubblico

Migliore qualità dei servizi sanitari, riduzione delle disuguaglianze, aumento della fiducia dei cittadini, maggiore efficienza e integrità dell'azione amministrativa.

Obiettivo strategico regionale di riferimento

Obiettivo E – Attuazione delle disposizioni sulla trasparenza e in materia di prevenzione della corruzione

(D.G.R. n. 195/2024)

L'ASP di Agrigento contribuisce al perseguimento dell'obiettivo regionale attraverso la piena attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e degli obblighi di trasparenza, integrandole nel sistema di performance aziendale.

Obiettivi strategici e operativi dell'ASP di Agrigento

Obiettivo strategico 1 – Rafforzamento del sistema di prevenzione della corruzione

Valore pubblico atteso: integrità dell'azione amministrativa e tutela dell'equità nell'accesso ai servizi sanitari.

Obiettivi operativi allineati all'Obiettivo E (DGR 195/2024):

- **a) Attività di aggiornamento della mappatura dei procedimenti afferenti ai servizi aziendali ai sensi dell'art. 35 del D.lgs. n. 33/2013.**
- **a) Individuazione ed elencazione dei processi organizzativi e delle attività produttive a rischio di corruzione, con particolare riferimento alle aree sanitarie e amministrative a maggiore esposizione.**

Obiettivi operativi allineati all'Obiettivo E (DGR 195/2024):

- **c) Assolvimento degli obblighi di formazione generica e formazione specifica in materia di anticorruzione e trasparenza.**
- **c) Proposta di formazione del personale afferente alle strutture aziendali per l'anno 2026, differenziata per ruolo e livello di responsabilità.**

Risultati attesi: Risultati attesi:

- Mappatura aggiornata e coerente dei procedimenti e dei processi a rischio.
- Integrazione delle misure di prevenzione nei processi aziendali.

Obiettivo – Pieno rispetto degli obblighi di trasparenza

Valore pubblico atteso: fiducia dei cittadini e accountability dell'ASP di Agrigento.

Obiettivi operativi allineati all'Obiettivo E (DGR 195/2024):

- b) Adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs. n. 33/2013 e dalla normativa vigente.
- b) Rispetto della tempistica e delle modalità di pubblicazione per i procedimenti amministrativi di competenza dei servizi aziendali.

Risultati attesi:

- Completezza, aggiornamento e qualità dei contenuti della sezione "Amministrazione Trasparente".
- Migliore accessibilità e comprensibilità delle informazioni per cittadini, utenti e stakeholder.

Obiettivo – Sviluppo della cultura della legalità e della trasparenza

Valore pubblico atteso: comportamenti organizzativi responsabili e orientati alla tutela della salute pubblica.

- Incremento delle competenze del personale sui temi dell'etica pubblica e della prevenzione della corruzione.
- Rafforzamento della responsabilizzazione dei dirigenti e dei responsabili di procedimento.

Indicatori di performance e monitoraggio

Gli obiettivi sono monitorati attraverso indicatori misurabili, tra cui:

- percentuale di procedimenti mappati e aggiornati;
- numero e percentuale di processi a rischio analizzati;
- grado di adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- rispetto delle scadenze normative;
- percentuale di personale formato (formazione generale e specifica);
- riduzione di rilievi, segnalazioni e criticità rilevate dagli organi di controllo.

Il monitoraggio periodico consente di valutare il contributo degli obiettivi alla creazione di valore pubblico sanitario e di attivare tempestivamente azioni correttive.

LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO PREVISTE PER IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Le azioni per il miglioramento previste sono connaturate al processo stesso, dal momento che la profonda revisione del sistema di responsabilizzazione degli operatori porrà una serie di problematiche che saranno progressivamente affrontate individuando soluzioni pratiche e fornendo utili spunti di riflessione oltre che una crescita professionale connaturata allo strumento del "*learning by doing*". A tale scopo questa Azienda si è prefissa in questi ultimi anni lo scopo di proceduralizzare il ciclo della performance collegando allo stesso tutte le altre

procedure aziendali, porre le basi per un sistema di miglioramento continuo, ampliando sempre più le competenze degli operatori.

Il principio ispiratore di tutte le migliorie da apportare può tuttavia già essere individuato nella trasparenza che deve permeare ogni modifica da apportare al sistema, tanto che ci si riferisca alla programmazione da seguire, quanto che il riferimento sia alle procedure da utilizzare per garantire la prima.

In particolare si vuole porre in essere la cultura del miglioramento che non si limiti alla correzione degli errori, ma includa dei feedback costruttivi, la formazione ed il monitoraggio, la creazione di una cultura della crescita continua attraverso, la promozione di una mentalità orientata al feedback e all'apprendimento nonché alla incentivare allo scambio di buone pratiche tra team ed una maggiore integrazione dei risultati del ciclo in piani di sviluppo organizzativo capaci di creare valore pubblico.

ASP AGRIGENTO

PIANO PERFORMANCE OBIETTIVI 2026- 2028

OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	VALORE ATTESO	INDICATORI PER IL TRIENNIO 2026-2027-2028
Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste d'attesa, predisposto in attuazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa al fine del rispetto dei tempi ordinari di attesa (PNGLA). (ob.2B. delibera di Giunta Regionale 195/2024	Recupero delle liste d'attesa.	100% delle azioni richieste dalla direzione strategica.	Ricoveri chirurgici da PNGLA > 70% dei ricoveri rilevanti alla data di riferimento del piano o successivo aggiornamento o diversa indicazione assessoriale. Prestazioni ambulatoriali da PNGLA > 80% delle prestazioni ambulatoriali rilevanti alla data di riferimento del piano o successivo aggiornamento o diversa indicazione assessoriale.
	Raggiungere la totalità dell'offerta pubblica e privata accreditata negli ambiti territoriali di garanzia tramite i CUP delle aziende sanitarie. Monitoraggio modalità di prenotazione al CUP di prestazioni ambulatoriali	100% se il rapporto è pari a 1 (100%); Evidenza dei controlli effettuati da parte delle Direzioni Sanitarie di Presidio	N° Prestazioni ambulatoriali di primo accesso pubbliche e private accreditate/ N° di prestazioni ambulatoriali erogate. Monitoraggio andamenti trimestrali del numero di accessi diretti per presidio ospedaliero

	secondo priorità – Riduzione prestazioni ambulatoriali con modalità di "*accesso diretto*"		**Evidenza azioni di contrasto al fenomeno con evidenza dell'abbattimento del numero di accessi non autorizzata.**
	Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative e oncologiche (D.L. 73/2024);	**a)obiettivo raggiunto al 100% se il numero di agende dedicate ai PDTA è > n.10;** **b) obiettivo raggiunto al 100% se il numero di prestazioni di controllo prescritte direttamente dallo specialista ambulatoriale è > 10% rispetto al periodo di riferimento dell'anno precedente;** **c) obiettivo raggiunto al 100% se il numero di prestazioni di controllo prescritte da MMG/PLS è < 20% rispetto al periodo di riferimento dell'anno precedente.**	**a)Numero di agende dedicate ai PDTA aziendali;** **b) Numero di prestazioni di controllo prescritte direttamente dallo specialista ambulatoriale** **c)Numero di prestazioni di controllo prescritte da MMG/PLS**

Esiti: **Fattura del femore;** **Parti cesari;** **tempestività P.T.C.A. nei casi di IM.A STEMI;** **Colecistectomia laparoscopica**	**Tempestività dell'intervento per frattura femore in pazienti over 65, entro 0-2 giorni dal ricovero;**	**- 100% se il valore dell'indicatore è => del 96%;** **- Se il valore è compreso tra il valore di partenza (60%) ed il valore obiettivo (96%);** **- obiettivo non raggiunto se <= a 60%**	**Numeratore: interventi effettuati entro 0-2 gg dal ricovero** **Denominatore: n° totale di casi di frattura femore su pazienti over 65**
	Riduzione incidenza parti cesarei primari (cesarei in donne senza nessun pregresso cesareo)	**Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla soglia medio PNE AGENAS (30%) per livello/soglia individuato e il rispettivo valore obiettivo. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto;** **se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.**	**Numeratore: Parti cesarei di donne non pre-cesarizzate (cesarei primari) totale.** **Denominatore: parti di donne con nessun pregresso cesareo** **Valori soglia:** **- Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con 500<= vol. 1000 parti anno = massimo 10%;**

	Tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di I.M.A. STEMI	**82%** ***Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo al prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente allo standard del DM 70 (60%) e il target nazionale (valore obiettivo).*** ***- Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto;*** ***- se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.***	**PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 90 min dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI/ n. totali di IMA STEMI diagnosticati**
	Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni	**-100% se il valore è => al 96%;** **-se compreso tra 70% e 96% il valore verrà calcolato secondo la funzione lineare;** **-0% se il valore è < al 70%**	**n° di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni/ N° di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.**

Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (ob. 3)	**Incrementare la sicurezza e la qualità dei punti nascita della Regione Sicilia, rispettando gli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di I livello, dei punti nascita in deroga e dei punti nascita di II livello, in coerenza all'Accordo Stato – Regioni del 16 dicembre 2010 e al Decreto Assessoriale 2536 del 2 dicembre 2011 "Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita" e ss. mm. e ii.**	**Raggiungimento di tutti i requisiti contemplati dalla Checklist** **Livello I : 100%= Soddisfacimento del 100% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda;** **Livello II: 90% = Soddisfacimento del 95% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda;** **Livello III :75%=Soddisfacimento del 85% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda**	**100%**

Gestione del sovraffollamento in PS;	**a) Tempo massimo di Permanenza (TMP): Tempo massimo della presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di pronto soccorso di 8 h;**	**a) Indicatore TMP:** **- obiettivo raggiunto al 100% se >= 85%;** **- obiettivo raggiunto al 50% se compreso tra 75% e < 85%;** **- obiettivo NON raggiunto <75%**	**a) Indicatore TMP: <= 8 h** ***indicatore calcolato su pazienti su tutti gli esiti da flusso EMUR escluso esito 6 (abbandono PS prima della visita medica) e 7 (paziente abbandona PS in corso di accertamenti***
	b) Boarding (cattiva pratica" di tenere i pazienti da ricoverare sulle barelle nei corridoi del PS per mancanza posti letto): percentuale di pazienti con permanenza pre ricovero di 44H	**b) Indicatore Boarding:** **- obiettivo raggiunto al 100% se <= 2%;** **- obiettivo raggiunto al 50% se compreso tra 2% e 4%;** **- obiettivo NON raggiunto >4%**	**b)Indicatore Boarding: > 44h**

Screening oncologici	**Il Ministero della Salute prevede che si raggiunga il:** **- 100% di estensione su tutti e 3 gli screening;** **- 50% di adesione per il cervicocarcinoma e il tumore del colon retto,** **- 60% per il tumore della mammella;** **ne consegue che i relativi indicatori LEA sono 50% per il cervicocarcinoma e il tumore del colon retto, e 60% per il tumore della mammella.**	**Ridurre i casi di mortalità garantendo a tutta la popolazione siciliana gli screening oncologici**	**Per ogni screening, in linea con le soglie definite dal NSG:** **a) Cervice e colon-retto** **Indicatore LEA :25% = 0; 25-29% = 5; 30-34% = 6;35-39% = 7; 40-44% = 8; 45-49% = 9; ≥50% = 10** **b)Mammella** **Indicatore LEA :35% = 0; 35-39% = 5; 40-44% = 6; 45-49% = 7; 50-54% = 8; 55-59% = 9; ≥60% = 10**
	a) obiettivi di processo Formazione del personale dedicato allo screening (SI/NO) **b) organizzazione di programmi di comunicazione rivolti alla popolazione target (SI/NO)**		**a) si= 1 no=0** **b) si= 1 no=0**

Obiettivo 5- Organi e Tessuti	**Migliorare il Procurement degli organi solidi e dei tessuti**	**Incrementare, migliorare o mantenere la donazione di sangue, plasma , organi e tessuti nel rispetto dei parametri nazionali e internazionali**	**Istituzione del Coordinamento locale Aziendale per il Procurament Organi e Tessuti con assegnazione dell'incarico di altissima specialità per il Coordinatore locale aziendale e l'individuazione di un infermiere dedicato al procurament (PESO 10%);** **N° di accertamenti di morte con criterio neurologico/ n° decessi aziendali per grave neuro lesione nell'anno 2024 (risultato atteso> 30%) (PESO 30%);** **Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% (PESO 30%);** **Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO 20%)** **Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. (PESO 10%)**

	Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e Cat. B) presso ciascuna Azienda Sanitaria regionale rispetto all'anno precedente in funzione della rilevazione di autosufficienza (calcolata in 18 kg x 1000 abitanti Min. della Salute e alla media regionale pari a 14,5 kg)		**2024= 10,6 kg/1000 ab (+ 10% rispetto al 2023);** **2025= 12,1 kg/1000 ab (+ 15% rispetto al 2024);** **2026= 14,6 kg/1000 ab (+ 20% rispetto al 2025).** ***· 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della previsione di raccolta;*** ***· incremento > all'anno precedente, ma < a quello previsto l'obiettivo sarà valutato con 0,8 punti;*** ***· riduzione di conferimento di plasma rispetto all'anno precedente, l'obiettivo sarà considerato non raggiunto.***

	Incremento della quantità consumata di emoderivati di natura plasmatica da conto lavorazione in relazione ad una congrua di diminuzione del consumo di farmaci plasma derivati acquistati dal commercio e con perfetta sostituibilità		**· 100%(1 punto) = + 10% di utilizzo di farmaci plasma derivati in conto lavorazione e - 10% utilizzo farmaci dell'utilizzo di farmaci plasma derivati rispetto all'anno precedente;** **· 100% anche nel caso in cui, a parità di consumi complessivi di emoderivati plasma derivati rispetto all'anno precedente, non vi sia un incremento dei farmaci in conto lavorazione, ma si evidenzi, tramite atti ufficiali, la richiesta degli stessi al CRAE e la risposta di indisponibilità da parte dello stesso. Tale evenienza deve essere debitamente motivata la CRAE e per conoscenza al Centro Regionale Sangue.** **· incremento di farmaci plasma derivati in conto lavorazione <10%, a parità di consumi complessivi di emoderivati (0,8 punti);** **· NON Raggiunto: < utilizzo di farmaci plasma derivati in conto lavorazione rispetto all'anno precedete + > spesa in emoderivati plasmatici commerciali, senza evidenza di richiesta al CRAE.**

	Incremento della donazione del sangue cordonale: **a) Incrementare la raccolta del sangue cordonale in assenza di criteri di esclusione;** **b) Implementare la trasfusione dei neonati prematuri nelle terapie intensive neonatali utilizzando il sangue cordonale.**		**+10% dei parti effettuati nel 2024; +20% nel 2025; +30% nel 2026;** **+20% dei neonati trasfusi per il 2024; +30% per il 2025; +40% per il 2026.** **100%= se si raggiungono entrambi obiettivi a) e b);** **50%= un solo obiettivo o a) o b);** **NON RAGGIUNTO se non viene raggiunto nessun obiettivo**
Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	**Adozione e utilizzo Fascicolo Sanitario Elettronico: mira ad estendere e uniformare a livello regionale i contenuti dei documenti digitali sanitari e a facilitarne l'alimentazione e la consultazione da parte dei professionisti della sanità.**	**Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente (90% al 31/12/2025; 90% al 31/12/2026) ed il 100%.**	**Numeratore n° di Lettere di Dimissioni Ospedaliere** **Denominatore: n° ricoveri** **Fattore di scala: (x 100)**
			Numeratore n° di Verbali di Pronto Soccorso indicizzati **Denominatore: n° Accessi di Pronto Soccorso** **Fattore di scala: (x 100)**

			Numeratore n° di Referti di Laboratorio Indicizzati **Denominatore: n° Prestazioni di Laboratorio Erogate** **Fattore di scala: (x 100)**
			Numeratore n° di Referti di Radiologia indicizzati **Denominatore: n° Prestazioni di Radiologia Erogate** **Fattore di scala: (x 100)**
			Numeratore n° di Referti di Specialistica Ambulatoriale indicizzati **Denominatore: n° Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale Erogate** **Fattore di scala: (x 100)**
			Numeratore n° di Referti di Anatomia Patologica indicizzati **Denominatore: n° Prestazioni di Anatomia Patologica indicizzati** **Fattore di scala: (x 100)**

			Numeratore n° Cittadini Residenti con Certificato Vaccinale Indicizzati **Denominatore: n° Cittadini Residenti (su base regionale)** **Fattore di scala: (x 100)**
Incremento delle dimissioni protette per i pazienti di età superiore a 65 anni	**Invio Proposta Dimissioni Protette al Distretto di pertinenza**	**=>90% dei pazienti target o diversa indicazione assessoriale**	**N° pazienti con dimissioni protette/ N° pazienti dimessi con età > a 65 anni**
Approvvigionamento farmaci e gestione I ciclo di terapia	**Obiettivo 1: garantire il recepimento delle risultanze delle procedure aggiudicate dalla CUC della regione Sicilia entro 10 giorni dalla trasmissione del decreto di aggiudicazione** **Ottimizzazione della gestione del I ciclo di terapia a pazienti dimessi sia in DH che in ricovero ordinario**	**Migliorare la gestione del I ciclo di terapia**	**Procedure adottate dalle Aziende sanitarie7procedure aggiudicate CUC >0,95%** **N° prestazioni I ciclo/ N dimessi sia in DH che in regime ordinario >= 0,8**

	Potenziamento della dispensazione in modalità "primo ciclo terapeutico" a non meno del 80% dei dimessi (esclusi alcuni reparti) alla data del 31.12.2026 con utilizzo della modulistica aziendale e costante monitoraggio della prescrizione "primo ciclo terapeutico" delle aree chirurgiche e aree mediche alla dimissione.		**a) Dispensazione del 100% dei primi cicli di terapia che giungono in farmacia;** **b) Monitoraggio continuo ed evidenza di eventuali azioni necessarie all'implementazione del 1° ciclo di terapia**

ALTRI OBIETTIVI: - MONITORAGGIO DEI COSTI E RISPETTO TETTI DI SPESA - PNRR			
OBIETTIVO STRATEGICO	**OBIETTIVO OPERATIVO**	**VALORE ATTESO**	**INDICATORI PER IL TRIENNIO 2026-2027-2028**
Osservanza delle politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa.	**Acquisto beni e servizi nel rispetto della normativa vigente, di cui al codice dei contratti pubblici. (ob.a.3 delibera di Giunta Regionale 195/2024)**	**100%**	**Applicazione procedure Consip e Me.Pa ai sensi dell'art. 15, comma 13, lett. D) della Legge 7 agosto 2012 n.135 di conversione con modificazioni del decreto-legge 6 Luglio 2012 n. 95, per le categorie merceologiche ivi presente quantitativamente coerenti allo specifico fabbisogno e comunque nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale.**

	Programmazione degli acquisti di beni e servizi: **a) Elaborazione del Piano Triennale degli acquisti 2026-28;** **b) Programmazione investimenti indifferibili e urgenti non coperti da finanziamenti specifici da eseguire entro il 2026**		**a) Ricognizione del fabbisogno di beni strumentali sanitari e non delle UU.OO. Aziendali e proposta del Piano degli acquisti del Piano Triennale degli acquisti 2026-28;** **b) N° 1 atto di programmazione degli acquisti**
	Approvvigionamento dei beni e servizi: Fase esecutiva del Piano degli acquisti secondo le priorità di approvvigionamento in condivisione con la direzione strategica aziendale		**Elencazione analitica delle delibere di avvio delle relative procedure aziendali, nonché elencazione delle delibere e delle procedure di approvvigionamento di competenza della CUC e degli organi aggregatori**

	Contenimento della spesa del personale dell'Azienda (ob.a.1-a.2 Delibera di Giunta Regionale 195/2024) **a) Piano triennale fabbisogni del personale.** **b) Osservanza tetto di spesa per il 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 D.L. 6 Luglio 2011 n. 98, convertito con modificazioni della Legge 15 Luglio 2011 n.11, ha esteso fino al 2023 le misure di cui ai commi 71 e 72 dell'art. 2 della legge n.191/09;** **c) Rispetto del programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato da redigere nel rispetto dell'art. 9 comma 28 del D.L. 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.**		**a) Piano triennale fabbisogni del personale** **b) Monitoraggio trimestrale e relazione esplicativa da cui si evinca l'andamento del quadro economico di riferimento per le diverse tipologie di costo del personale dipendente/non dipendente;** **c) Monitoraggio trimestrale e relazione esplicativa da cui si evinca l'andamento del quadro economico di riferimento per le diverse tipologie di costo di personale a Tempo Determinato**

	Contenimento della spesa assistenza farmaceutica territoriale/ospedaliera (ob.a.4 Delibera di Giunta Regionale 195/2024) **Costante monitoraggio della spesa e dei consumi farmaceutici media/ab aziendali e distrettuali. Individuazione categorie terapeutiche responsabili dell'eventuale aumento di spesa**	**Monitoraggio/contenimento spesa farmaceutica**	**Spesa pro capite**
	Puntuale liquidazione delle farmacie convenzionate		**Assenza Decreti Ingiuntivi**

	Monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche rapportate ai valori medi nazionali in termini di consumi e di spesa (progetto SPERA) al fine di evidenziare eventuali picchi di consumi e/o spesa rispetto a quelli nazionali.		**Report trimestrali trasmessi ai Distretti Sanitari di Base ed alla Direzione Strategica Aziendale**
	Attivare monitoraggio della spesa farmaceutica "ospedaliera" (farmaci e dispositivi) ponendo eventuali azioni correttive ed eventualmente implementando il consumo dei generici con un costante monitoraggio tramite reporting trimestrale da trasmettere ai responsabili dei centri di costo nonché alla U.O. Programmazione e Controllo di Gestione.		**Trasmissione report consumi e spesa farmaceutica ospedaliera (Farmaci e Dispositivi medici)**
	Costante monitoraggio della spesa farmaceutica territoriale e Distrettuale (strutture aziendali a gestione diretta), farmaci e Dispositivi medici tramite report trimestrali da trasmettere ai responsabili dei centri di costo nonché alla U.O.C. Controllo di Gestione.		**Report consumi e Spesa Farmaceutica (farmaci e dispositivi medici) territoriale 2026**

	Verifiche ispettive presso le guardie mediche turistiche. Tali verifiche sono finalizzate a valutare le giacenze, le condizioni di conservazione e le scadenze dei farmaci/dispositivi negli armadi di dotazione		**n. Verifiche pari numero guardie mediche turistiche. Verbali**
Attribuzione dei tetti di spesa per i dispositivi medici anni 2026-2028 DA n.401/2025.	**Tetto di Spesa dispositivi medici per l'anno 2026 secondo direttive assessoriali**	**Contenimento della spesa dei consumi di dispositivi medici**	**a. Assegnare gli obiettivi di budget ai direttori delle UU.OO. Aziendali.** **b. Predisporre specifiche direttive aziendali finalizzate al miglior rapporto costo beneficio per l'utilizzo dei dispositivi.** **c. Calendarizzazione di audit nei confronti dei medici delle UU.OO.** **d. Trasmissione della relazione trimestrale all'Assessorato della Salute.** **e. Monitoraggio degli andamenti trimestrali**

CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREVISTI DAL PIANO OPERATIVO REGIONALE (POR) CON RIGUARDO ALLA MISSIONE 6-SALUTE DEL PNRR; (ob.B-C delibera di Giunta Regionale 195/2024)	**a) Seguire il 100% delle azioni relative agli atti trasferiti dall'Unità Tecnica di supporto in forza al D.P.S. per il tramite del costituendo Ufficio aziendale dedicato.** **b) Collaborazione alla Unità tecnica di supporto per garantire il soddisfacimento del debito informativo nei confronti del ministero della Salute in qualità di amministrazione centrale titolare dell'intervento e dell' Ass. della Salute della Reg. Siciliana, in qualità di Sogg. Attuatore, in relazione al monitoraggio sull'avanzamento procedurale e finanziario degli interventi per il tramite del costituendo ufficio aziendale dedicato.** **c)Attività di potenziamento della rete ospedaliera: Rispetto delle prescrizioni di cui alla deliberazione di giunta regionale n. 416 del 26 ottobre 2023 e dell'art.2 del DL 19 maggio 2020, n.34, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1, comma 1, L.17 luglio 2020 n.77**	**100%**	**a)100% delle azioni in ragione alla completezza, coerenza e correttezza della documentazione trasferita dalla U.T.S./D.P.S;** **b) 100% della collaborazione per il soddisfacimento del debito informativo** **c) 100% delle azioni in ragione alla completezza, coerenza e correttezza della documentazione trasferita dalla U.T.S./D.P.S**

ALTRI OBIETTIVI: CONTRIBUTO ALLA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE			
OBIETTIVO STRATEGICO	**OBIETTIVO OPERATIVO**	**VALORE ATTESO**	**INDICATORI PER IL TRIENNIO 2026-2027-2028**
PUNTUALE E TEMPESTIVA TRASMISSIONE DEI DATI E DEI FLUSSI. COERENTE E COMPLETEZZA FLUSSI INFORMATIVI AZIENDALI SECONDO CIRCOLARE 217 DIP. PIANIFICAZIONE STRATEGICA ASS. REGIONALE DELLA SALUTE. (ob.D. delibera di Giunta Regionale 195/2024)	**La struttura responsabile della produzione e compilazione dei flussi di propria pertinenza deve garantire la qualità, la completezza e la puntualità dei dati nel rispetto della normativa vigente**	**100%**	**Indicatore di coerenza del flusso - pari al 100%del valore richiesto per il flusso di competenza.** **Indicatore di qualità del flusso - pari al 100%del valore richiesto per il flusso di competenza.** **-100% N. Flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / n. flussi da trasmettere.**

	Dovrà essere garantita da parte delle UU.OO. Aziendali altresì la puntuale trasmissione del Piano della Performance 2025.		**Entro 10 giorni dalla scadenza l'obiettivo si ritiene raggiunto al 100%; dall'11° giorno fino al 30° giorno l'obiettivo è raggiunto al 50%; dal 31° giorno l'obiettivo si ritiene non raggiunto.**
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE ANNO 2026	**L'Azienda dovrà raggiungere la piena aderenza ai criteri previsti dall'Assessorato Regionale della Salute rispetto alle procedure di accreditamento istituzionale.**	**100%**	**a. 100% delle azioni richieste per l'anno 2026 in ottemperanza alla nota assessoriale n.45653 del 13.10.2025** **b. Piena aderenza ai criteri dell'accreditamento istituzionale degli atti redatti dalle diverse articolazioni aziendali nel rispetto delle direttive aziendali sulle procedure da adottare.**

SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA'	**Implementazione, funzionalità ed affidabilità delle azioni P.A.C.- Verificabilità dei dati e dei bilanci degli enti del SSR/Certificazione dei bilanci aziendali**	**Monitoraggio sull'applicazione delle procedure P.A.C. Certificazione**	**Conseguimento della certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento.**
IMPLEMENTAZIONE CONTABILITA' ANALITICA	**Completa e puntuale alimentazione ed imputazione dei dati e dei campi presenti nei sistemi gestionali GPI**	**Alimentazione del 100% dei campi presenti in procedura**	**100% del risultato atteso**
ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA ED IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE; (ob.E. delibera di Giunta Regionale 195/2024	**a) Attività di aggiornamento mappatura dei procedimenti afferenti il Servizio art. 35 D.lgs. n.33/2013; b) Obblighi di pubblicazione; c) Obblighi di formazione generica e Formazione Specifica**	**Pieno rispetto degli obblighi in materia di corruzione e trasparenza**	**a) Individuazione ed elencazione dei processi organizzativi e delle attività produttive a rischio corruzione b) Adempimenti obblighi di pubblicazione per i procedimenti amministrativi di competenza del servizio rispetto alla tempistica modalità previste dalla normativa vigente c) Proposta di formazione del personale afferente alla struttura di riferimento per l'anno 2026**

Osservanza delle disposizioni impartite dalla regione in materia di libera professione intramuraria (ob.F. delibera di Giunta Regionale 195/2024	**a) Incremento dei volumi di attività relativo alle prestazioni specialistiche rese in regime istituzionale finalizzato all'abbattimento delle liste di attesa raffrontato al volume di attività come rilevato da Flusso C dell'anno precedente dell'unità operativa.** **b) Raffronto con i volumi di attività che l'unità operativa può svolgere in regime di attività libero-professionale intramuraria considerato che tale volume non può superare quello reso in attività istituzionale.**	**a) Mantenimento/ incremento delle prestazione rese in regime istituzionale;** **b) Osservanza e rispetto dei volumi di ALPI previsti dalla normativa vigente**	**a) MONITORAGGIO ANNUALE DEI RAPPORTI E DEI VOLUMI DI ATTIVITA'** **b) Osservanza e rispetto dei volumi di ALPI rapporto 1/1 ALPI**
MIGLIORARE LA TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI: **Rispetto dei tempi di pagamento secondo le previsioni della Legge 30 dicembre 2018 N°145, art.1, comma 865.** **(ob.G. delibera di Giunta Regionale 195/2024**	**Coordinamento della liquidazione e dei pagamenti tempestivi delle fatture nei termini di legge (60 gg)**	**100%**	**Accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione = obiettivo raggiunto al 100%** **Liquidazione delle fatture entro 10 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 100%** **Liquidazione delle fatture entro 15 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 75%**

			Registrazione in contabilità generale delle fatture passive entro 25 giorni dall'accettazione = 100% obiettivo raggiunto **Mandati di pagamento entro 10 giorni dalla data di liquidazione = obiettivo raggiunto al 100%** **Registrazione in contabilità generale delle fatture passive entro 30 giorni dall'accettazione = 75% obiettivo raggiunto** **Mandati di pagamento entro 15 giorni dalla data di liquidazione = obiettivo raggiunto al 75%**
	Azioni di contenimento delle sopravvenienze passive	**La sopravvenienza passiva rilevata nell'anno corrente (2026) e relativa all'anno precedente (2025) non potrà essere superiore al 10% dei budget gestititi nell'anno precedente**	**sopravvenienza passiva < al 10% rispetto all'anno precedente**

OBIETTIVI CORE PREVISTI DAL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA (NSG): PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA				
SCHEDA INDICATORE	**DESCRIZIONE INDICATORE**	**OBIETTIVO OPERATIVO**	**VALORE ATTESO**	**INDICATORI PER IL TRIENNIO 2026-2027-2028**
P01C	**Copertura vaccinale nei bambini fino a 24 mesi per ciclo base: polio, differite, tetano, epatite B, pertosse, Hib;**	**Verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive e l'efficienza dei programmi in atto. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie**	**>95%**	**Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi). Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita**
P02C	**Copertura vaccinale nei bambini fino a 24 mesi per la 1^ dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)**	**Verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive e l'efficienza dei programmi in atto. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie**	**>95%**	**Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose. Denominatore: numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita**

P03C	**Copertura vaccinale anti-pneumococcica**	**Verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive e l'efficienza dei programmi in atto. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie**	**≥95%**	**Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per anti pneumococcica. Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita.**
P04C	**Copertura vaccinale anti-meningococcica C**	**Verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive e l'efficienza dei programmi in atto. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie**	**≥95%**	**Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi con cicli completi (1 dose nel secondo anno di vita; ovvero tre dosi nel corso del primo anno di vita se a rischio) per anti-meningococcica C. Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita.**
P05C	**Copertura vaccinale anti-HPV**	**Verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive e l'efficienza dei programmi in atto. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie**	**≥95%**	**Numeratore: numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi Denominatore: numero di bambine della rispettiva coorte di nascita.**

P06C	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	Raggiungere coperture elevate nei gruppi di popolazione target della vaccinazione, per ridurre la morbosità per influenza e le sue complicanze, nonché l'eccesso di mortalità	≥75% MINIMO ≥95% OTTIMALE	Numeratore: numero di soggetti di età pari o superiore a 65 anni vaccinati Denominatore: popolazione di ultrasessantacinquenni
P07Ca	Denunce d'infortunio sul lavoro	Monitorare la variazione dell'indice di frequenza delle denunce di infortunio sul lavoro tra l'anno di riferimento e l'anno precedente.	IN BASE ALLE DISTRIBUZIONE DEI DATI	Calcolo preliminare del tasso di frequenza per 1000 occupati delle denunce di infortunio sul lavoro: Numeratore: numero infortuni sul lavoro denunciati. Denominatore: numero lavoratori occupati. Calcolo della variazione percentuale rispetto all'anno precedente: Numeratore: Tasso anno in corso - Tasso anno precedente. Denominatore: Tasso anno precedente.
P07Cb	Denunce d'infortunio sul lavoro	Monitorare la variazione dell'indice di frequenza delle denunce di infortunio sul lavoro tra l'anno di riferimento e l'anno precedente.	IN BASE ALLE DISTRIBUZIONE DEI DATI	Calcolo preliminare del tasso di frequenza per 1000 occupati delle denunce di infortunio sul lavoro: Numeratore: numero infortuni sul lavoro denunciati. Denominatore: numero lavoratori occupati. Calcolo della variazione percentuale rispetto all'anno precedente: Numeratore: Tasso anno in corso - Tasso anno precedente. Denominatore: Tasso anno precedente.
P08Z	Sicurezza dei prodotti chimici - controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	Valutazione complessiva del livello copertura di base delle principali attività volte a verificare le garanzie di sicurezza d'uso dei prodotti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente.	Il valore soglia viene determinato sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Misurare il livello di raggiungimento e realizzazione del volume di attività programmato di controlli, sugli obblighi delle imprese e di conformità dei prodotti, coadiuvato da attività di formazione del personale incaricato per le attività di controllo e informazione ai cittadini e ai lavoratori.
P09Z	Copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica	Livello di copertura di base delle principali attività di eradicazione con valutazione complessiva del livello basilare di attività garantito dal SSR, riguardante la capacità di prevenire, eliminare o ridurre alcune malattie infettive degli animali che impattano sulla salute dei cittadini per il loro potenziale zoonotico.	Le soglie dei singoli addendi sono previste dalle fonti normative sopradescritte, pertanto il valore minimo di accettabilità dell'indicatore composito è almeno il 100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale. Sotto il 70% il livello di copertura è gravemente insufficiente.	% = (% copertura BRC1 x 0,2) + (% copertura TBC2 x 0,2) + (% test BSE su bovini morti3 x 0,2) + (% test TSE su ovini morti4 x 0,1) + (% test TSE su caprini morti5 x 0,1) + (% di campioni per la ricerca di salmonella negli animali6 x 0,2)

P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino.	Valutazione complessiva del livello basilare di attività di controllo ufficiale garantito dal SSR, volto a prevenire, eliminare o ridurre la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale o vegetale.	Il valore atteso deve essere del 100% Per ciascun addendo è stata fissata una soglia di inaccettabilità che comporta la decurtazione di 1 punto dal punteggio percentuale raggiunto per l'indicatore. Le soglie di inaccettabilità sono le seguenti: • PNR: 90% • controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari: 90% • controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari : 90% Sotto l'80% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute.	%= (% di copertura del Piano Nazionali Residui X 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari X 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari X 0,2)
P11Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	Valutazione complessiva dei livelli di copertura di base delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti.	Il valore minimo di accettabilità dell'indicatore composito è almeno il 100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale. Sotto il 80% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute.	% = (% controllo per benessere in allevamenti di vitelli1 x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di suini2 x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di ovaiole3 x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di polli da carne4 x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini"5 x 0,1) + (% controlli per benessere negli impianti di macellazione6 x 0,1)
P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli	Livello di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti,	Le soglie dei singoli addendi sono previste dalle fonti normative sopradescritte,	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) +

	alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.	volto a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale e vegetale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino.	pertanto il valore atteso è il 100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale. Le soglie di inaccettabilità sono le seguenti: Scheda Indicatore P12Z 49 Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica • PNR: 90% • controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari: 90% • controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari : 90%	(% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2)
P13Z	Copertura delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti.	Livello di copertura di base delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti.	Sotto il 60% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute.	% = (% di copertura dei campionamenti ufficiali nella fase di produzione degli alimenti x 0,2) + (% di copertura dei campionamenti ufficiali nella fase di distribuzione degli alimenti x 0,2) + (% di copertura del Piano nazionale per la ricerca di organismi geneticamente modificati negli alimenti x 0,1) + (% di copertura del Piano nazionale di controllo ufficiale sugli alimenti e i loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti x 0,1) + (% di controlli ufficiali mediante audit svolti in stabilimenti riconosciuti per la produzione di alimenti x 0,4)

P14C	**Prevenzione e promozione di stili di vita salutari.**	**Descrizione dei cambiamenti nel tempo in soggetti con particolari stili di vita responsabili di malattie croniche . I principali fattori di rischio modificabili sono fumo, alimentazione scorretta, inattività fisica, alcol e sono associati a insorgenza di tumori, malattie cerebro, cardiovascolari e respiratorie, sovrappeso e obesità. aumento della pressione arteriosa e livelli elevati di colesterolo.**	**Prevenzione e promozione di stili vita salutari**	**Numeratore di soggetti che presentano un punteggio* >=2 / residenti di età compresa tra 18/69 anni * il punteggio è inteso come la somma dei punteggi relativi a 4 indicatori: A- INDICATORE FUMO: 0= mai fumato o ex fumatore; 1= fumatore moderato (< 20 sigarette); 2= fumatore forte (>= 20 sigarette) B- INDICATORE ECCESSO PONDERALE: 0 = Normopeso + sottopeso (BMI < 25 kg/m²; 1 = Sovrappeso (BMI: [25.0-29.9] kg/m²); 2 = Obeso (BMI ≥ 30 kg/m²) C - INDICATORE_ALCOL: 0 = Astemio + consumo moderato; 1 = Consumo a rischio (consumo abituale eccedentario, binge drinking, fuori pasto) D - INDICATORE_SEDENTARIETA: 0 = Parzialmente attivi (attività fisica nel tempo libero + attività lavorativa o domestica pesante); 1 = Sedentari (nessuna attività nel tempo libero + nessuna attività lavorativa o domestica pesante) *La fonte dati per l'indicatore in oggetto è la rilevazione PASSI.***
P15Ca	**Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina**	**Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali.**	**I valori soglia sono definiti a partire dai livelli di adesione ritenuti accettabili o auspicabili dalle Linee Guida Europee.**	**Numeratore: Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per il cervicocarcinoma Denominatore: residenti eleggibili (25-64) / 3**

P15Cb	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	Un Tavolo tecnico costituito dal Coordinamento delle Regioni, ha individuato un set di indicatori in attuazione. Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali, per ciascun programma (mammella, cervice uterina, colon retto) del Piano Nazionale Screening 2007-2009, i quali hanno l'obiettivo di descrivere le attività e la qualità dei programmi organizzati di screening.	I valori soglia sono definiti a partire dai livelli di adesione ritenuti accettabili o auspicabili dalle Linee Guida Europee	Numeratore: Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per carcinoma della mammella Denominatore: residenti eleggibili (50-69) / 2
P15Ce	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Un Tavolo tecnico costituito dal Coordinamento delle Regioni, ha individuato un set di indicatori in attuazione. Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali.	I valori soglia sono definiti a partire dai livelli di adesione ritenuti accettabili o auspicabili dalle Linee Guida Europee.	Numeratore: Persone in età target 4 che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per carcinoma del colon retto Denominatore: residenti eleggibili (50-69) /2
P16C	Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	Esprime la capacità del programma di screening di identificare i tumori precocemente in modo da ottimizzare le capacità di intervento in proporzione ai di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza.	≤25%	Numeratore: numero dei cancri in stadio II+ screen-detected Denominatore: numero totale dei cancri screen-detected *100 (include i tumori in situ)

OBIETTIVI CORE PREVISTI DAL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA (NSG): AREA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA				
SCHEDA INDICATORE	**DESCRIZIONE INDICATORE**	**OBIETTIVO OPERATIVO**	**VALORE ATTESO**	**INDICATORI PER IL TRIENNIO 2026-2027-2028**
H01Z	**Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente da strutture pubbliche e private accreditate per regione di residenza per le discipline per acuti, riabilitazione e lungodegenza.**	**Descrivere la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti nei confronti delle strutture di ricovero presenti sul territorio nazionale. Nell'assistenza ospedaliera sono comprese tutte le prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che per loro natura o complessità di esecuzione richiedono un livello di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in regime ambulatoriale o domiciliare.**	**160/1000 abitanti (Legge n.135 del 7 agosto 2012)**	**Numeratore: numero dimissioni Denominatore: popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)**
H02Z	**Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui**	**Garantire l'efficacia e la sicurezza dell'intervento, il rapporto costo-beneficio e il mantenimento della competenza del team.**	**150 interventi annui (con 10% tolleranza)**	**Numeratore: N°di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia(ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x) Denominatore: N°di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x). Fattore di scala: (x 100)**
H03Z	**Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico**	**Misurare la quota di interventi chirurgici conservativi per tumore maligno della mammella che necessitano di un re-intervento**	**La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle**	**Numeratore: numero di ricoveri con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella. Denominatore: numero di ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella.**

	conservativo per tumore maligno della mammella	chirurgico successivamente al primo intervento di resezione, fornendo informazioni sulla mancata efficacia di quest'ultimo.	distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Valutare la bontà dell'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato.	Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'ultimo anno disponibile.	n° dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato"/n° dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato".
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Misurare la performance della struttura ospedaliera in relazione alla quota di interventi la cui degenza post-operatoria è considerata appropriata.	Minimo 70	Numeratore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni. Denominatore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica. Fattore di scala: (x100)
H06Z	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	Misurare il volume di ricoveri diurni effettuati negli ospedali per acuti con finalità medico-diagnostiche e, come tali, a rischio di inappropriatezza perché erogabili in regime ambulatoriale.	Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale	Numeratore: numero di dimissioni diurne di tipo medico-diagnostico Denominatore: popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)

			dell'ultimo anno disponibile.	
H07Z	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente	Misurare il volume di accessi di tipo medico in regime diurno effettuati negli ospedali per acuti e, come tali, a rischio di inappropriatezza perché erogabili in regime ambulatoriale.	Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'ultimo anno disponibile	Numeratore: n. accessi diurni di tipo medico per le discipline per acuti Denominatore: popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)
H08Z	Attività trasfusionali (H08Za: autosufficienza emocomponenti driver-globuli rossi, GR; H08Zb: autosufficienza di emoderivati, immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina	Capacità di garantire i prodotti "drivers" (globuli rossi) e il plasma da destinare alla lavorazione industriale adeguata a garantire la produzione di farmaci plasma derivati rispondenti ai fabbisogni effettivi, che l'ottimizzazione dell'impiego della risorsa sangue, con riduzione del ricorso alla trasfusione allogenica e all'autotrasfusione, come misure del grado di implementazione di programmi di Patient Blood Management (PBM) e gestione scorte di emocomponenti.	H08Za: Valore minimo - valore massimo: -3% – +3% Valori definiti nel "Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti" per l'anno di valutazione. H08Zb: Valore minimo - valore massimo: -5% – illimitato Valori definiti nel "Programma di	H08Za: Numeratore: N° unità GR prodotte Denominatore: N° Unità GR programmate Fattore di scala: (x100) H08Zb: Variazione % tra Kg plasma destinato alla lavorazione industriale prodotti nell'anno e Kg plasma programmati.

			autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti" per l'anno di valutazione.	
H09Z	Donazione di organi (H09Za: donatori di organi in morte encefalica; H09Zb: accertamenti di morte con criteri neurologici; H09Zc: morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione	Capacità organizzativa delle strutture ospedaliere di assicurare il processo di donazione di organi, quali prerequisiti per l'esecuzione dei trapianti di organi.	H09Za: Il valore di riferimento in Italia è la media dei valori nazionali degli ultimi 5 anni antecedenti l'anno di rilevamento (media mobile). Per ogni regione con un volume di attività al di sotto del valore di riferimento nazionale è consentito un valore inferiore purché abbia registrato un incremento della propria attività di almeno il 10% rispetto all'anno precedente.	H09Za: Numeratore: N° 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

			H09Zb: Il valore di riferimento in Italia è la media dei valori nazionali degli ultimi 5 anni antecedenti l'anno di rilevamento (media mobile). Per ogni regione con un volume di attività al di sotto del valore di riferimento nazionale è consentito un valore inferiore purché abbia registrato un incremento della propria attività di almeno il 10% rispetto all'anno precedente.	**H09Zb: Numero degli accertamenti di morte con criteri neurologici / popolazione residente nella regione o nell'area considerata nell'anno di riferimento**
			H09Zc: valore soglia è fissato al 30%.	**H09Zc: Numeratore: Numero degli accertamenti di morte con criteri neurologici Denominatore: Soggetti deceduti entro 15 giorni dal ricovero in ospedale con lesione cerebrale acuta in rianimazione (codice 49) (indicatore PROC 2 in utilizzo dal 2007 in Italia)**

H10Z	Tempi di attesa per trapianto (H10Za: numero pazienti in lista di attesa per trapianto; H10Zb: tempo medio di attesa di trapianto per organo; H10Zc: numero dei pazienti trapiantati per singolo organo	Capacità del sistema di individuare e gestire le insufficienze di organo, di garantire l'accesso al trapianto nei pazienti idonei e di soddisfare la domanda.	H10Za: Il valore dell'indicatore non deve essere inferiore al 20 % del dato medio nazionale degli ultimi 5 anni precedenti alla rilevazione.	H10Za: Numeratore = numero di pazienti in lista di attesa al 31 dicembre di ogni anno distinti per tipologia di organo Denominatore = numero di abitanti per regione espresso in milione di abitanti
			H10Zb: Il valore dell'indicatore deve essere non superiore al dato medio nazionale degli ultimi 5 anni precedenti all'anno di rilevazione, incrementato del 15%.	H10Zb: Numeratore: somma del tempo di attesa di ogni paziente iscritto in lista al 31 dicembre di ogni anno. Denominatore: numero di pazienti iscritti in lista di attesa al 31 dicembre di ogni anno.
			H10Zc: Il valore dell'indicatore non deve essere inferiore, con una tolleranza del 10%, al numero medio dei trapianti per organo e per milione di popolazione effettuati in Italia stabilito dal Centro Nazionale Trapianti in base ai dati risultanti dalla	H10Zc: Numeratore: numero di trapianti eseguiti per organo nell'anno della rilevazione. Denominatore: numero di abitanti espresso per milione di popolazione.

			rilevazione del sistema nazionale della qualità dei trapianti nei cinque anni precedenti alla rilevazione	
H11Z	Donazione di tessuti (H11Za: numero di donatori di tessuti per singola tipologia di tessuto in rapporto al numero di accertamenti di morte con segni cardiaci o neurologici; H11Zb: numero di donatori di tessuti per tipologia di tessuto in rapporto al numero di decessi in ospedale	Monitorare la capacità organizzativa del sistema rispetto alla donazione di tessuti.	H11Za: Il calcolo va effettuato per singola tipologia di tessuto e per ogni Regione. Indicatore descrittivo. Il monitoraggio di tale indicatore a livello nazionale e regionale permette un preciso confronto storico e puntuale	H11Za: Numeratore: Numero di donatori di tessuti per singola tipologia di tessuto per Regione Denominatore: Numero di accertamenti di morte per Regione.
			H11Zb: Indicatore descrittivo il cui monitoraggio a livello nazionale e regionale permette un preciso confronto storico e puntuale. Il dato è poi confrontabile con quello degli altri	H11Zb: Numeratore: Numero di donatori di tessuti per singola tipologia di tessuto per Regione Denominatore: Numero di decessi per Regione.

			paesi europei. I dati internazionali sono riportati annualmente nella Newsletter Transplant. Per il 2014, 8.926 donazioni di cornea in Italia corrispondono a un pmp di 147,1, tra i più alti in Europa	
H12C	Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	Misurare la quota di pazienti sottoposti a nuovo ricovero a breve distanza, con la medesima categoria diagnostica di una precedente ospedalizzazione e, come tale, in grado di esprimere la mancata efficacia di quest'ultima.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento	Numeratore: N. ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC Denominatore: N. ricoveri Fattore di scala: (x 100)
H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	Capacità di presa in carico da parte della struttura ospedaliera e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura del femore, per i quali si rende necessario un intervento chirurgico entro le 48 ore	Minimo 60% (Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015)	Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni). Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore. Fattore di scala: (x 100)

H14C	**Percentuale di ricoveri di riabilitazione post-acuti inappropriati dal punto vista clinico**	**Misurare la quota di ricoveri in riabilitazione che non soddisfano i criteri di "correlazione clinica" con gli eventuali eventi acuti che li precedono oppure non rispondenti a criteri di "congruenza diagnostica", così come definiti dall'emanando DM.**	**La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento**	**Numeratore: Numero di ricoveri di riabilitazione post-acuzie ad alto rischio di inappropriatezza clinica secondo i criteri definiti nello Schema di Decreto (emanando decreto). Denominatore: Totale dei ricoveri di riabilitazione post-acuzie.**
H15S	**Frequenza di embolie polmonari o DVT postchirurgiche**	**Promozione di pratiche assistenziali efficaci volte a ridurre il rischio di trasmissione di microorganismi durante l'assistenza.**	**100%**	**Numeratore: di dimissioni chirurgiche con codice ICD-9-CM per trombosi delle vene profonde o per embolia polmonare presente in un campo di diagnosi secondaria 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 del ricovero (per il primo episodio chirurgico). Denominatore: tutte le dimissioni chirurgiche di pazienti di età 15 anni e più. Fattore di scala: (x 100.000)**
H16S	**Frequenza di infezioni post-chirurgiche**	**Promozione di pratiche assistenziali efficaci volte a ridurre il rischio di trasmissione di microorganismi durante l'assistenza.**	**100%**	**Numeratore: N° 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**
H17C	**Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti**	**Misurare la frequenza di ricorso al parto cesareo tra le donne che non hanno mai effettuato un taglio cesareo in precedenza, fornendo indicazioni sulla quota di cesarei a rischio di inappropriatezza**	**Il Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015 riporta la soglia di rischio di esito: massimo il 15%**	**Numeratore: numero di parti cesarei primari Denominatore: numero parti con nessun pregresso cesareo Fattore di scala: (x 100)**

H18C	**Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1.000 parti**	**Misurare la frequenza di ricorso al parto cesareo tra le donne che non hanno mai effettuato un taglio cesareo in precedenza, fornendo indicazioni sulla quota di cesarei a rischio di inappropriatezza**	**I Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015 riporta la soglia di rischio di esito: massimo il 25%**	**Numeratore: numero di parti cesarei primari Denominatore: numero parti con nessun pregresso cesareo Fattore di scala: (x 100)**
H19S	**Percentuale di parti fortemente pre-termine (22-31 settimane di gestazione) avvenuti in punti nascita senza UTIN**	**Misurare la quota di parti fortemente pre-termine che avvengono presso strutture prive di posti letto di terapia intensiva neonatale.**	**100%**	**Numeratore: numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e le 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) senza PL di terapia intensiva neonatale. Denominatore: numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e le 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita.**
H20S	**Percentuale dei parti pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione)**	**Evitare l'uso eccessivo di induzioni di travaglio farmacologico e non.**	**100%**	**Numeratore: numero di parti in età gestazionale compresa tra le 34 e 36 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) di I e II livello Denominatore: numero di parti totali avvenuti in punti nascita di I e II livello**
H21S	**Numero di punti nascita attivi con volumi <500 parti/anno, per i quali, secondo i dati forniti dal Comitato Percorso nascita nazionale, non è stata chiesta deroga alla chiusura**	**Valutare il livello di adesione delle Regioni all'Accordo del 16 dicembre 2010 che prescrive la chiusura dei punti nascita sub-standard qualora non sia stata espressamente richiesta una deroga**	**Uguale a 0**	**Numero di punti nascita pubblici e privati accreditati in cui sono stati effettuati meno di 500 parti per i quali non è mai stata chiesta deroga alla chiusura nell'anno di riferimento. I punti nascita per i quali è stata richiesta deroga e ai quali è stato espresso parere negativo dal Comitato Percorso nascita nazionale, sono esclusi dal conteggio**

H22C	**Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aortocoronarico (BPAC)**	**Misura la qualità dell'attività delle strutture di cardiochirurgia.**	**La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento**	**Numeratore: Numero di ricoveri con esecuzione di BPAC isolato, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data dell'intervento. Si definisce isolato il BPAC non associato ad interventi sulle valvole cardiache o ad endoarteriectomia. Denominatore: Numero di ricoveri con esecuzione di BPAC isolato**
H23C	**Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico**	**Misurare l'appropriatezza e l'efficacia del processo diagnostico-terapeutico per l'ictus ischemico, che inizia con il ricovero ospedaliero.**	**La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.**	**Numeratore: numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero. Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico**
H24C	**Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata**	**Misurare l'appropriatezza ed l'efficacia del processo assistenziale per BPCO riacutizzata, che inizia con l'arrivo del paziente alla struttura ospedaliera**	**La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.**	**Numeratore: numero di ricoveri indice per BPCO riacutizzata in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero. Denominatore: numero di ricoveri indice.**

OBIETTIVI PREVISTI DAL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA (NSG): ASSISTENZA DISTRETTUALE				
SCHEDA INDICATORE	**DESCRIZIONE INDICATORE**	**OBIETTIVO OPERATIVO**	**VALORE ATTESO**	**INDICATORI PER IL TRIENNIO 2026-2027-2028**
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA).	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi da un ricovero ospedaliero per un episodio di IMA.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Numero di episodi di IMA, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice, avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare per tutte le cause (MACCE). Denominatore: Numero di episodi di IMA in pazienti sopravvissuti dopo 30 giorni dal ricovero indice.
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi dalla data di dimissione dopo ricovero per ictus ischemico.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento	Numeratore: Numero di ricoveri per acuti con diagnosi principale di ictus ischemico, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare (MACCE). Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico sopravvissuti a 30 giorni dal ricovero indice
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco.	Ridurre la frequenza del ricovero ordinario per affrontare le patologie croniche: complicanze a breve termine del diabete, complicanze a lungo termine tardive del diabete, scompenso cardiaco e BPCO.	Soglie di ricovero secondo indicatori regionali e nazionali da NSG	I riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'anno di riferimento Incremento di almeno il 10% delle ore di specialistica rispetto all'anno precedente
D04C	Ridurre la frequenza del ricovero ordinario per affrontare l'asma pediatrico e la gastroenterite pediatrica	Ridurre la frequenza del ricovero ordinario per affrontare l'asma pediatrico e la gastroenterite pediatrica	Soglie di ricovero secondo indicatori regionali e nazionali da NSG	Incontri di sensibilizzazione e verifica sulle attività procedurali poste in essere dai pediatri

D05C	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)	L'indicatore segnala l'inappropriatezza dell'utilizzo del Pronto Soccorso ed esprime il rapporto tra il numero di accessi in Pronto Soccorso con codice bianco/verde di adulti residenti della Regione rispetto alla popolazione residente adulta della Regione	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Numero di accessi in PS con codice bianco o verde dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti residenti Denominatore: Popolazione residente adulta
D06C	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni).	L'indicatore segnala l'inappropriatezza dell'utilizzo del Pronto Soccorso ed esprime il rapporto tra il numero di accessi in Pronto Soccorso con codice bianco/verde di minori residenti della Regione rispetto alla popolazione residente minore della Regione.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Numero di accessi in PS con codice bianco o verde dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori residenti Denominatore: Popolazione residente adulta Fattore di scala: (x 1.000)
D07Ca	Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestive festivi di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)	L'indicatore segnala l'inappropriatezza dell'utilizzo del Pronto Soccorso ed esprime il rapporto tra il numero di accessi in Pronto Soccorso con codice bianco/verde di adulti residenti della Regione rispetto alla popolazione residente adulta della Regione.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Numero di accessi in PS con codice bianco o verde nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di adulti residenti Denominatore: popolazione residente adulta
D07Cb	Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato b (per 1.000 ab. minori 0-14 anni)	L'indicatore segnala l'inappropriatezza dell'utilizzo del Pronto Soccorso ed esprime il rapporto tra il numero di accessi in Pronto Soccorso con codice bianco/verde di minori residenti della Regione rispetto alla popolazione residente minore della Regione.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Numero di accessi in PS con codice bianco o verde nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di minori residenti Denominatore: popolazione residente adulta.

D08C	Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ) per anno	Il numero di interventi per patologie FHQ effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie FHQ, per queste patologie, il sistema di emergenza gioca un ruolo fondamentale, in quanto fornisce assistenza idonea e tempestiva sul posto, avviando un appropriato trattamento nel contesto pre-ospedaliero, e assicura un rapido accesso ad un idoneo centro per le cure definitive.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Somma degli interventi effettuati con mezzo di soccorso avanzato (ALS) per patologie FHQ Denominatore: Somma degli interventi effettuati per le patologie FHQ
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	L'indicatore valuta la performance del sistema "118" ed è pari al tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata.	3° quartile della distribuzione relativa all'anno di riferimento degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto.	L'indicatore è espresso in minuti ed è pari al tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	L'indicatore misura la capacità di erogare le prestazioni entro il tempo massimo previsto dalla classe di priorità B (≤ 10gg).	La soglia non deve essere inferiore al 60% e deve tendere ad un valore superiore al 90%	Numeratore: Somma delle prestazioni di classe B erogate entro i tempi massimi previsti Denominatore: totale prestazioni classe B
D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di prestazioni di classe D	L'indicatore calcola la Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D.	La soglia non deve essere inferiore al 50% e deve tendere ad un valore superiore al 90%	Numeratore: Somma delle prestazioni di classe D erogate entro i tempi massimi previsti Denominatore: totale prestazioni classe D
D12C	Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio	Rapporto tra numero di prestazioni di laboratorio consumate dalla popolazione residente e popolazione residente della ASL/Regione. L'indicatore valuta il consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Numero di prestazioni di laboratorio consumate dalla popolazione residente Denominatore: Popolazione residente

D13C	Consumo di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni per 1000 abitanti	Rapporto tra numero di prestazioni di RM osteoarticolari consumate dalla popolazione anziana residente e popolazione anziana residente della ASL/Regione per 1000 abitanti. L'indicatore valuta il consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Numero di prestazioni di RM osteoarticolari consumate dalla popolazione residente ≥65 aa Denominatore: Popolazione residente ≥65
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici.	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL/Regione. L'indicatore valuta il consumo pro-capite di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista della appropriatezza di consumo.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente Denominazione: Popolazione residente
D15C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL/Regione per fasce di età. L'indicatore valuta il consumo pro-capite di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista della appropriatezza di consumo.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sesso Denominatore: Popolazione residente per fascia di età/sesso
D16C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Inibitori di pompa	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL/Regione per fasce di età. L'indicatore valuta il consumo pro-capite di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista della appropriatezza di consumo.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sesso Denominatore: popolazione residente per fascia di età/sesso

D17C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antiipertensivi	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL/Regione per fasce di età. L'indicatore valuta il consumo pro-capite di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista della appropriatezza di consumo.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sesso Denominatore: Popolazione residente per fascia di età/sesso
D18C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Statine	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL/Regione per fasce di età. L'indicatore valuta il consumo pro-capite di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista della appropriatezza di consumo.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sesso Denominatore: Popolazione residente per fascia di età/sesso
D19C	Percentuale di donne che hanno effettuato più di quattro ecografie in gravidanza	Rapporto tra il numero di parti di donne residenti per le quali durante la gravidanza risulta effettuato un numero di ecografie > 4 e numero di parti totali di donne residenti nell'anno di riferimento. L'indicatore consente di misurare l'eccessivo ricorso alle ecografie in gravidanza (effettuate sia privatamente che non privatamente).	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Sommatoria di parti di donne residenti in cui durante la gravidanza sono state effettuate più di quattro ecografie Denominatore: Sommatoria di parti

D20Z	**Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente**	**L'indicatore fornisce indicazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti adulti con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) di base. Numero di pazienti adulti seguiti a domicilio con CIA base * 1.000 abitanti.**	**La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.**	**Numeratore: Numero di pazienti residenti adulti con CIA base Denominatore: Popolazione adulta residente**
D21Z	**Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione minore residente**	**L'indicatore fornisce indicazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare pediatrica con CIA base. Numero pazienti minori residenti seguiti a domicilio con CIA base * 1.000 abitanti minori.**	**La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.**	**Numeratore: Numero di pazienti residenti minori con CIA base Denominatore: Popolazione minore residente**
D22Z	**Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)**	**L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per i diversi livelli di intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3)**	**La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.**	**Combinazione dei seguenti tassi:** **• Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 1 Denominatore: Popolazione residente.** **• Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2 Denominatore: Popolazione residente.** **• Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3 Denominatore: Popolazione residente**

D23Z	Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	L'indicatore fornisce informazioni sulla offerta delle cure domiciliari integrate distinte per intensità assistenziale	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Combinazione dei seguenti tassi: • Numeratore: Totale prese in carico domiciliari integrate CIA 1 Denominatore: Popolazione residente. • Numeratore: Totale prese in carico domiciliari integrate CIA 2 Denominatore: Popolazione residente. • Numeratore: Totale prese in carico domiciliari integrate CIA 3 Denominatore: Popolazione residente
D24C	Numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute in rapporto al totale delle IVG, per residenza della donna (distinta in "Italia" ed "Estero")	L'indicatore fornisce indicazioni sull'efficacia degli interventi di presa in carico/formazione delle donne che hanno già effettuato almeno un'interruzione volontaria della gravidanza	Il valore deve tendere a 0. Nell'ultima "Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati definitivi 2017", presentata dal Ministro della Salute al Parlamento il 18 gennaio 2019, si rileva un valore percentuale nazionale di IVG ripetute pari a 25,76%, dove il 18,3% è rappresentato da seconde IVG, il 5,1% sono terze IVG, l'1,4% sono quarte IVG e lo 0,9% sono cinque o più IVG	Sommatoria delle IVG effettuate nell'anno di riferimento che nel modello ISTAT D12 (campo 8) hanno IVG>0 / totale IVG effettuate nell'anno di riferimento

D25C	Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare per residenza della donna (distinta in "Italia" ed "Estero")	L'indicatore fornisce il numero di IVG effettuate che hanno la certificazione rilasciata dal Consultorio familiare sul totale delle IVG effettuate	Nell'ultima "Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati definitivi 2017", presentata dal Ministro della Salute al Parlamento il 18 gennaio 2019, si rileva un valore nazionale di IVG con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare di circa il 44%	Numeratore: Sommatoria delle IVG con certificazione rilasciata dal consultorio familiare pubblico nell'anno di riferimento. Denominatore: Totale delle IVG nell'anno di riferimento, depurato dalle IVG che non necessitano di certificazione in quanto valutate urgenti.
D26C	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne	L'indicatore rappresenta la sommatoria dei ricoveri per patologie psichiatriche di pazienti residenti (età > 18 aa) / popolazione residente (età > 18 aa)	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Sommatoria ricoveri per patologie psichiatriche di pazienti residenti (età > 18 aa) Denominatore: Popolazione residente (età > 18 aa)
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	L'indicatore rappresenta la percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria / totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria Denominatore: Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento

D28C	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente	L'indicatore rappresenta la percentuale dei ricoveri effettuati in TSO (età > 18 aa) / popolazione residente (età > 18 aa)	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Sommatoria ricoveri per patologie psichiatriche in TSO Denominatore: Popolazione residente dell'anno di riferimento
D29C	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti	L'indicatore rappresenta la sommatoria dei ricoveri di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici di pazienti residenti (età < 18 aa) su 100.000 residenti (età < 18 aa)	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Sommatoria dei ricoveri di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici di pazienti residenti (età < 18 aa)
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	L'indicatore rappresenta il numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/numero deceduti per causa di tumore	Valore > 35%	Numeratore: ∑ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso (Motivo conclusione valorizzato con 6) e per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208 + ∑ Assistiti in cure palliative domiciliari con assistenza conclusa per decesso (Motivo conclusione valorizzato con 3) per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208. Assistenza relativa allo Stato Terminale Oncologico valorizzata con 1 (bisogno presente). Denominatore: Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili

D31C	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore	L'indicatore esprime la variazione percentuale rispetto all'anno precedente del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore	Valore > 2,5%	Numeratore: ∑ N° giornate di accesso nell'anno di riferimento Denominatore: Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili
D32Z	Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica.	L'indicatore rappresenta il numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica	Valore < 25%	Numeratore: ∑ Ricoveri oncologici (Data di dimissione - Data di ricovero) + 1 ≤ 7 nel periodo di riferimento Denominatore: ∑ Ricoveri oncologici
D33Za	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	L'indicatore fornisce informazioni circa il numero di assistiti residenti di età >75 aa presenti nelle strutture residenziali, distinte per tipologia di trattamento (R1, R2, R3,) ogni 1.000 abitanti	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Totale assistiti di età >75 aa nelle strutture residenziali (R1, R2, R3) Denominatori: popolazione residente di età >75 aa

D33Zb	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	L'indicatore fornisce informazioni circa il numero di assistiti residenti di età >75 aa presenti nelle strutture semiresidenziali (SR1 e SR2) ogni 1.000 abitanti	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Totale assistiti nelle strutture (SR1, SR2) >75 aa Denominatore: Popolazione residente >75

OBIETTIVI CORE PREVISTI DAL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA (NSG): STIMA DEL BISOGNO SANITARIO				
SCHEDA INDICATORE	**DESCRIZIONE INDICATORE**	**OBIETTIVO OPERATIVO**	**VALORE ATTESO**	**INDICATORI PER IL TRIENNIO 2026-2027-2028**
CO01	Buona salute percepita	Stimare il burden of disease e i bisogni di salute della popolazione.	ND	Numeratore: persone di 15-74 anni che hanno dichiarato di stare bene o molto bene alla domanda "Come va in generale la sua salute?". Le modalità di risposta sono standardizzate nei paesi dell'Unione europea e in italiano sono: Molto bene/Bene/Né bene, né male/Male/ Molto male. Denominatore: popolazione di 15-74 anni. Fattore di scala: (x 100)

CO02	Sovrappeso ed obesità nei bambini	Monitorare l'eccesso ponderale in età pediatrica i n quanto associato ad un rischio maggiore di morte prematura e disabilità in età adulta, oltre ad una maggiore probabilità di sviluppare patologie croniche non trasmissibili *(CO02a=sovrappeso; CO02b=obesità).*	Valori soglia dell'International Obesity Task Force (Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes 2012; 7: 284-94).	**FORMULA PER IL CALCOLO DELLA PREVALENZA DI SOVRAPPESO** **CO02a:** Numeratore: bambini di 8-9 anni misurati e risultati in sovrappeso (non inclusi obesi) Denominatore: popolazione scolastica partecipante a OKkio alla SALUTE di 8-9 anni Fattore di scala: (x 100) **CO02a:** Numeratore: bambini di 8-9 anni misurati e risultati obesi Denominatore: popolazione scolastica partecipante a OKkio alla SALUTE di 8-9 anni Fattore di scala: (x 100)
CO03	Fragilità nell'anziano (65 anni o più)	Misurare il livello di autonomia della persona nello svolgimento delle attività strumentali e/o fondamentali della vita quotidiana: il valore informativo dell'indicatore è legato alle necessità assistenziali che si accompagnano alla perdita di autonomia della popolazione anziana.	Una review Collard e Coll 2012 riporta una stima ponderata di prevalenza di anziani fragili intorno al 10% sebbene il range di variazione sia molto ampio fra i diversi studi (4%-59%). Dai dati Passi d'Argento ultimi disponibili 2017-2018, si stima una quota di anziani fragili pari al 18% degli ultra65enni (con 65 anni o più) residenti in Italia intervistati.	Numeratore: persone non autonome in 2 o più IADL, ma con completa autonomia nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana – ADL. Denominatore: intervistati che hanno risposto a tutte le domande sulla scala IADL e ADL Fattore di scala: (x 100)

CO04	Indice di cronicità	Indice sintetico basato sulla presenza di malattie croniche autoriferite.	ND	L'indicatore a livello individuale (i) è stato calcolato sommando, per ogni patologia cronica presente nel questionario (j), i pesi stimati (Uj) e poi relativizzandolo, cioè rapportando il valore stimato al massimo osservato tra tutti gli individui e moltiplicato per 100. La pij vale 1 in caso di presenza della patologia j nell'individuo i, altrimenti vale 0. ICri = (∑j pij × Uj)/ Maxi{∑j pij ×Uj} × 100.

OBIETTIVI CORE PREVISTI DAL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA (NSG): CONTESTO ED EQUITA'				
SCHEDA INDICATORE	**DESCRIZIONE INDICATORE**	**OBIETTIVO OPERATIVO**	**VALORE ATTESO**	**INDICATORI PER IL TRIENNIO 2026-2027-2028**
EO01	Rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriatezza organizzativa nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche	Misurare la quota di popolazione che riporta difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie, con particolare riferimento a gruppi con posizione socioeconomica sfavorevole.	ND	Rapporto percentuale tra popolazione che dichiara di aver rinunciato negli ultimi 12 mesi ad almeno una prestazione sanitaria (visite o accertamenti specialistici) per motivi economici o legati all'offerta (tempi d'attesa o difficoltà a raggiungere la struttura) e popolazione residente al netto dei membri residenti nelle convivenze. Fattore di scala: (x 100)

OBIETTIVI CORE PREVISTI DAL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA (NSG): PDTA				
SCHEDA INDICATORE	**DESCRIZIONE INDICATORE**	**OBIETTIVO OPERATIVO**	**VALORE ATTESO**	**INDICATORI PER IL TRIENNIO 2026-2027-2028**
PDTA 01	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)	Misurare l'aderenza al trattamento farmacologico nei pazienti con diagnosi di BPCO individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute (pubblicato su www.salute.gov.it). La copertura con i farmaci adeguati consente di verificare l'omogeneità dell'offerta della principale cura farmacologica della BPCO. L'aderenza al trattamento farmacologico si associa a una riduzione del rischio di re-ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte.	Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia	Numeratore: numero di pazienti con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione ≥ 75% Denominatore: numerosità della coorte con esacerbazione "prevalente"
PDTA 02	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)	Misurare l'adeguatezza della tempistica delle visite pneumologiche nei pazienti con diagnosi di BPCO individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. Il numero di visite pneumologiche consente di valutare la presa in carico del paziente con BPCO. L'adeguatezza del numero di visite pneumologiche si associa a una riduzione del rischio di ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte.	Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia	Numeratore: numero di pazienti con un tasso di visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione ≥ 1 Denominatore: numerosità della coorte con esacerbazione "prevalente"

PDTA 03	**PDTA03(A): Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani come previsto dal Manuale operativo PDTA del Ministero della Salute** **PDTA03(B): Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti come previsto dal Manuale operativo PDTA del Ministero della Salute**	**Misurare l'aderenza al trattamento farmacologico nei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. La copertura con i farmaci adeguati consente di verificare l'omogeneità dell'offerta della cura farmacologica dello scompenso cardiaco. L'aderenza al trattamento farmacologico si associa a una riduzione del rischio di re-ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte.**	**Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia**	**Numeratore PDTA-03(A): numero di pazienti con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una Proportion of Days Covered (PDC) ≥ 75%** **Denominatore PDTA-03(A): numero di pazienti appartenenti alla coorte prevalente con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice** **Numeratore PDTA-03(B): numero di pazienti con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una PDC ≥ 75%** **Denominatore PDTA-03(B): numero di pazienti appartenenti alla coorte prevalente con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice**
PDTA 04	**Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)**	**Valutare una componente dell'adeguatezza della presa in carico del paziente con scompenso cardiaco. L'aderenza al controllo ecografico si associa a una riduzione del rischio di re-ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte.**	**Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia**	**Numeratore PDTA-04: numero di pazienti con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione ≥ 1** **Denominatore PDTA-04: numerosità della coorte prevalente**

PDTA 05	PDTA05: Percentuale di pazienti diabetici che seguono almeno 4 delle 5 seguenti raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina, fondo oculare [come previste dal Manuale operativo PDTA del Ministero della Salute]: PDTA 05.1: Percentuale di pazienti diabetici con controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi PDTA 05.2: Percentuale di pazienti diabetici con controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi PDTA 05.3: Percentuale di pazienti diabetici con controllo della microalbuminuria almeno una volta l'anno dopo la diagnosi PDTA 05.4: Percentuale di pazienti diabetici con monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina almeno una volta l'anno dopo la diagnosi PDTA 05.5: Percentuale di pazienti diabetici con controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi	Misurare complessivamente l'aderenza alle raccomandazioni di controllo, definite in base alle evidenze scientifiche disponibili, nei pazienti diabetici individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. L'aderenza alle raccomandazioni è associata alla riduzione della probabilità di esiti sfavorevoli (ricovero per complicanze a breve termine o per diabete non controllato o per complicanze a lungo termine o per amputazione non traumatica degli arti inferiori).	Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia	Numeratore PDTA-05.1: numero di pazienti con un tasso di controlli dell'emoglobina glicata nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente ≥ 2 Numeratore PDTA-05.2: numero di pazienti con un tasso di controlli del profilo lipidico nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente ≥ 1 Numeratore PDTA-05.3: numero di pazienti con un tasso di controlli della microalbuminuria nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente ≥ 1 Numeratore PDTA-05.4: numero di pazienti con un tasso di monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearence creatinina nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente ≥ 1 Numeratore PDTA-05.5: numero di pazienti con un tasso di controlli dell'occhio nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente ≥ 1 Numeratore PDTA-05: numero di pazienti aderenti ad almeno 4 delle 5 raccomandazioni nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente Denominatore PDTA-05, PDTA-05.1, PDTA-05.2, PDTA-05.3, PDTA-05.4, PDTA-05.5: numerosità della coorte prevalente

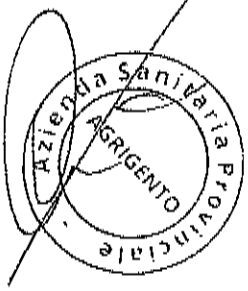
PDTA 06	PDTA06: Percentuale di pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella per le quali i seguenti 4 interventi sono eseguiti secondo la tempestività prevista dal Manuale operativo PDTA del Ministero della Salute: primo intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow-up mammografico dopo il primo intervento chirurgico: PDTA06.1: Tempestività dell'intervento chirurgico dalla diagnosi PDTA06.2: Tempestività dell'inizio della terapia medica PDTA06.3: Radioterapia complementare PDTA06.4: Follow-up mammografico	Descrivere la proporzione di pazienti operate per tumore alla mammella, individuate secondo il manuale PDTA del Ministero della salute, per le quali complessivamente gli interventi terapeutici sono eseguiti secondo la tempistica definita in base alle evidenze scientifiche disponibili. La tempestività di intervento sia chirurgico che medico riduce la probabilità di re- intervento per tumore alla mammella e aumenta la probabilità di sopravvivenza.	Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia	Per l'indicatore PDTA-06.1: • numeratore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente nell'anno di inclusione e non sottoposte a terapia neo-adiuvante nei 6 mesi precedenti l'intervento, con una mammografia nei 60 giorni precedenti la data dell'intervento chirurgico effettuato durante il ricovero indice • denominatore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente e non sottoposte a terapia neo-adiuvante e con una mammografia nei 6 mesi precedenti l'intervento chirurgico. Per l'indicatore PDTA-06.2: • numeratore: numero di pazienti con le caratteristiche definite al denominatore (v. sotto), che iniziano una terapia medica entro 45 giorni dalla data dell'intervento chirurgico effettuato durante il ricovero indice • denominatore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente, vive alla dimissione dal ricovero indice e prive dei criteri di esclusione specifici. Per l'indicatore PDTA-06.3: • numeratore: numero di pazienti con le caratteristiche definite al denominatore (v. sotto) che iniziano una radioterapia entro 365 giorni dalla data dell'intervento chirurgico conservativo effettuato durante il ricovero indice • denominatore: numero di pazienti con tumore infiltrante della mammella e sottoposte a chirurgia conservativa, vive alla dimissione dal ricovero indice sottoposte a terapia medica adiuvante nei 180 giorni successivi alla data dell'intervento durante il ricovero indice. Per l'indicatore PDTA-06.4: • numeratore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente, vive alla dimissione dal ricovero indice, che effettuano una

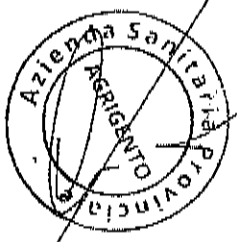
				mammografia entro i 18 mesi dalla data dell'intervento chirurgico eseguito durante il ricovero indice • denominatore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente, vive alla dimissione dal ricovero indice.
PDTA 07	Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	Descrivere la proporzione di pazienti operati per tumore del colon, individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute, per i quali l'intervento chirurgico è stato eseguito secondo la tempistica definita in base alle evidenze scientifiche disponibili. La tempestività di intervento chirurgico riduce la probabilità di re-intervento per tumore del colon e aumenta la probabilità di sopravvivenza.	Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia	PDTA-07: • numeratore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente nell'anno di inclusione e non sottoposti a terapia neo-adiuvante nei 6 mesi precedenti l'intervento e con un esame diagnostico eseguito nei 60 giorni precedenti la data dell'intervento chirurgico effettuato durante il ricovero indice • denominatore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente non sottoposti a terapia neo-adiuvante nei 6 mesi precedenti l'intervento e con esame diagnostico nei 6 mesi precedenti il ricovero indice
PDTA 08	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del colon sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	Descrivere la proporzione di pazienti operati per tumore del colon, individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute, che sono sottoposti a un follow-up attivo, finalizzato alla identificazione precoce di recidive di malattia. Un follow-up adeguato è associato alla riduzione del rischio di morte.	Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia	PDTA-08: • numeratore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente, vivi alla dimissione del ricovero indice, che effettuano un esame endoscopico nei 18 mesi successivi alla data dell'intervento chirurgico eseguito durante il ricovero indice • denominatore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente, vivi alla dimissione dal ricovero indice.

PDTA 09	**Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)**	**Descrivere la proporzione di pazienti operati per tumore del retto, individuati secondo il manuale PDTA, per i quali il trattamento medico o chirurgico è stato eseguito secondo la tempistica definita in base alle evidenze scientifiche disponibili. La tempestività di trattamento medico o chirurgico riduce la probabilità di re-intervento per tumore del retto e aumenta la probabilità di sopravvivenza.**	**Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia**	**PDTA-09:** **• numeratore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente nell'anno di inclusione, con un esame diagnostico eseguito nei 60 giorni precedenti la data del primo trattamento medico (chemioterapico o radioterapico) o chirurgico eseguito nel periodo di inclusione; il primo trattamento medico è identificato come la prima prestazione eseguita nei 6 mesi precedenti la data dell'intervento chirurgico effettuato durante il ricovero indice** **• denominatore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente nell'anno di inclusione sottoposti a esame diagnostico nei 6 mesi precedenti la data del primo trattamento.**
PDTA 10	**Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del retto sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)**	**Descrivere la proporzione di pazienti operati per tumore del retto, individuati secondo il manuale PDTA, che sono sottoposti a un follow-up attivo, finalizzato alla identificazione precoce di recidive di malattia. Un follow-up adeguato è associato alla riduzione del rischio di morte.**	**Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia**	**PDTA-10:** **• numeratore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente, vivi alla dimissione del ricovero indice, che effettuano un esame endoscopico entro 18 mesi dalla data dell'intervento chirurgico effettuato durante il ricovero indice** **• denominatore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente, vivi alla dimissione del ricovero indice.**

Il Responsabile della STP
Dr. Alfonso Scibilone

Il Direttore della UOC Controllo di Gestione
Dr. Filadelfio Adriano Cracò


Azienda Sanitaria Provinciale
AGRIGENTO


Azienda Sanitaria Provinciale
AGRIGENTO

PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal_____ al _____

L'Incaricato

_____

Il Funzionario Delegato
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

Notificata al Collegio Sindacale il _____ **con nota prot. n.**_____

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato **l'approvazione** con provvedimento n. _____ del _____
- Ha pronunciato **l'annullamento** con provvedimento n. _____ del _____

come da allegato.

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

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal _____

X Immediatamente esecutiva dal 22 GEN 2026

Agrigento, lì 22 GEN 2026

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

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

Agrigento, lì

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SICILIANA
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Ufficio del Responsabile per la prevenzione della corruzione
e per la trasparenza amministrativa

PROT. n. 13258 **del** 21.01.2026

Al Direttore Generale
Dott. Giuseppe Capodieci

Al Direttore Amministrativo
Dott. Ersilia Riggi

Al Direttore Sanitario
Dott. Raffaele Elia

Al Referente aziendale PIAO
Dott. Salvatore Nicolosi

Oggetto: PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (sottosezione PIAO) – 2026-2028

Si fa seguito alle interlocuzioni per le vie brevi con la Direzione Strategica del 16.1.2026 relative all'esposizione del PTPCT 2026-2028, redatto a seguito degli audit con le strutture di cui alla nota prot. 200921 del 19.12.2025, per trasmettere a codeste Direzioni, per la preventiva visione dei contenuti dello stesso ed, in particolare dei "regolamenti", e "norme comportamentali", propedeutica all'approvazione della redigenda proposta di deliberazione da parte del referente PIAO.
Relativamente alle avanti citate attività di audit, corre obbligo informare che non è stato possibile audire e, quindi, mappare i rischi corruttivi delle relative strutture, i Responsabili della UOC amm.va dei PP.OO. Canicattì – Licata e della Direzione Medica del P.O. di Ribera che non si sono presentati.

Il **PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (sottosezione PIAO) – 2026-2028,** che con la presente si trasmette, consta di:

1. **PARTE GENERALE del PTPCT;**
2. **OBIETTIVI DEL PTPCT: Rotazione Ordinaria; Rotazione Straordinaria; Incarichi extra-istituzionali (art.53 – d.lgs 165/01)26;**
3. **REGOLAMENTI:**
   Pantouflage
   Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi
   Gestione del conflitto di interessi
   Codice di comportamento

Antiriciclaggio e procedura operativa

4. **NORME COMPORTAMENTALI,** per le aree specifiche di rischio corruttivo in sanità, ovvero:

   alpi;

   liste d'attesa;

   privato accreditato;

   post mortem e rapporti con le imprese funerarie

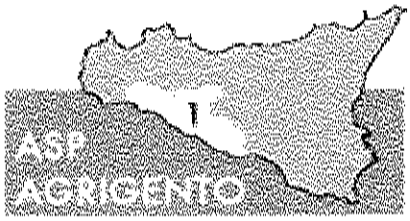
5. **PARTE SPECIALE – MAPPATURA DEI RISCHI CORRUTTIVI AZIENDALI E MISURE DI RIMEDIO** (Registro dei rischi corruttivi, predisposto secondo le risultanze dei questionari/intervista, resi e sottoscritti, dalle strutture aziendali maggiormente esposte al Rischio Corruzione).

Il referente PIAO è cortesemente invitato nella predisposizione del PIAO a mantenere la medesima fascicolazione di cui al file allegato "PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2026-2028".

Nel restare a disposizione, si porgono distinti saluti.

Il Titolare di Posizione Organizzativa
Salvatore Castronovo

Il R.P.C.T.A.
Maria Tirrò



ASP DI AGRIGENTO

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

E DELLA TRASPARENZA

(2026 – 2028)

PARTE GENERALE

INDICE

1. QUADRO NORMATIVO E DI INDIRIZZO (PTPCT 2026–2028) 1

1.1 Perché PTPCT e PIAO: una funzione di "governance", non un adempimento 1

1.2 Cosa cambia oggi (indirizzi PNA 2025): integrazione, sintesi, misurabilità 2

1.3 Cosa deve fare l'Azienda: il "percorso logico" 2

1.4 Deliverable "operativi" attesi 3

2. PERCORSO LOGICO E METODOLOGIA (PTPCT 2026–2028) 3

2.1 Principi guida e obiettivi operativi 3

2.2 Definizione del contesto e integrazione del "Valore Pubblico" 4

2.3 Contesto Esterno E Territoriale Di Riferimento 4

2.4 Contesto Interno dell'ASP di Agrigento 6

2.5 Interazione tra Contesto Esterno e Contesto Interno 7

3. VALORE PUBBLICO COME CRITERIO DI PRIORITÀ NEL PTPCT 2026–2028 8

3.1 Definizione di Valore Pubblico 8

3.2 Quadro normativo e modello metodologico 9

3.3 Dimensioni del Valore Pubblico per l'ASP di Agrigento 10

3.4 Indicatori qualitativi e quantitativi per ciascuna dimensione 11

3.5 Collegamento tra Valore Pubblico, performance organizzativa e obiettivi strategici 12

3.6 Riferimenti normativi e metodologici 13

4. MAPPATURA DEI PROCESSI E DELLE AREE A RISCHIO 13

4.1 Identificazione dei processi per area 13

4.1.1 Servizio Affari Generali Legale e Convenzioni 13

4.1.2 Politiche del personale e Risorse Umane 14

4.1.3 Attività Libero-professionale intramuraria (ALPI) 14

4.1.4 Provveditorato e ciclo dei contratti pubblici 14

4.1.5 Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale 15

4.1.6 Servizio Tecnico 15

4.1.7 Dipartimento del Farmaco 15

4.1.8 Accreditamento 15

4.1.9 Prevenzione 16

4.1.10 Dipartimento Cure Primarie e Strutture Sanitarie Territoriali 16

4.1.11 Controllo di gestione e sistemi informativi statistici aziendali 16

4.1.12 Rischio clinico (CRO – Liste d'Attesa -CUP) 16

4.1.13 Servizio prevenzione e protezione (Sicurezza sul lavoro) 16

4.1.14 Sistemi informatici ITC 16

4.1.15 Dipartimento Amministrativo 17

4.1.16 Direzioni Mediche di Presidio 17

4.1.17 Strutture Amministrative di Presidio 17

4.1.18 Staff Direzione Generale 17

5. IDENTIFICAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI 18

5.1 Come si giunge alla valutazione del "rischio qualitativo" 18

5.2 Valutazione delle priorità e soglia di accettabilità 19

5.3 Trattamento del rischio: misure, responsabilità, tempi 2026–2028 20

5.4 Monitoraggio, riesame e rendicontazione 20

5.5 Comunicazione e consultazione 20

6. EVOLUZIONE NORMATIVA E ATTI DI INDIRIZZO ANTICORRUZIONE – TIMELINE E IMPLICAZIONI OPERATIVE 21
7. IMPLICAZIONI OPERATIVE TRASVERSALI 26
8. INTEGRAZIONE DELLA TRASPARENZA (OBBLIGHI D.LGS.33/2013) 27
8.1 Coerenza con Obblighi ANAC e Contratti 30
Tabella 1 – Obblighi di pubblicazione prioritari 31
Tabella 2 – Piano di pubblicazione e monitoraggio 33
Tabella 3 – Flussi di gestione della trasparenza 36
Tabella 4 – Coerenza con presidi anticorruzione e obblighi settoriali 37
Tabella 5 – Monitoraggio, reporting e riesame 40

1. QUADRO NORMATIVO E DI INDIRIZZO (PTPCT 2026–2028)

Per il triennio **2026–2028**, la strategia di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza dell'**Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento** si colloca **dentro la programmazione integrata** (PIAO) e si conforma agli **indirizzi ANAC più recenti**, con particolare riferimento al **PNA 2025** e alle **Indicazioni ANAC del 23 luglio 2025** sulla Sottosezione **2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza"**.

Il quadro regolatorio di riferimento può essere ricondotto, in termini operativi, a quattro blocchi:

1. **Architettura PIAO e obbligo di integrazione**: la programmazione anticorruzione e trasparenza non è più "piano a sé", ma componente strutturale del ciclo di programmazione dell'ente (Valore Pubblico – performance – organizzazione), con necessità di coerenza interna e tracciabilità degli obiettivi.
2. **Prevenzione della corruzione e trasparenza**: la pianificazione deve essere **risk-based**, motivata e verificabile, con obiettivi formulati dall'organo di indirizzo e declinati in misure, responsabilità, tempi, indicatori e target. La trasparenza è trattata come **presidio anticorruzione** e come infrastruttura di accountability verso cittadini e stakeholder.
3. **Aree "sensibili" tipiche del comparto sanitario**: in sanità pubblica l'esposizione al rischio non è astratta; si concentra su filiere ad alta discrezionalità, alta intensità economica o alta asimmetria informativa (es. contratti pubblici, farmaci e dispositivi, liste e percorsi di accesso, libera professione intramuraria, autorizzazioni/accreditamenti, personale).
4. **Presidi trasversali**: canali di segnalazione e tutela del segnalante, codici di comportamento e disciplina, gestione dei conflitti di interessi, inconferibilità/incompatibilità, tracciabilità dei processi decisionali e dei controlli.

1.1 Perché PTPCT e PIAO: una funzione di "governance", non un adempimento

Il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)** per il triennio **2026–2028**, integrato nella Sottosezione **2.3** del PIAO, rappresenta l'architrave attraverso cui l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento rende **sistemici**:

- l'identificazione delle aree e dei processi esposti a rischio;
- la valutazione motivata dei fattori abilitanti;
- la definizione di misure organizzative e comportamentali proporzionate;
- il monitoraggio e la rendicontazione degli esiti.

Nel contesto sanitario, la prevenzione della corruzione è strettamente connessa alla **tutela del Valore Pubblico**: tempi e percorsi di accesso, appropriatezza, equità, qualità, corretto impiego delle risorse e fiducia nell'istituzione sanitaria. In questa prospettiva, il PTPCT

non "vive" in parallelo alla gestione, ma opera come **leva di integrità** che protegge e abilita i risultati istituzionali

1.2 Cosa cambia oggi (indirizzi PNA 2025): integrazione, sintesi, misurabilità

Gli indirizzi più recenti consolidano tre aspettative operative:

- **Integrazione reale con la programmazione** Gli obiettivi anticorruzione e trasparenza devono essere definiti e letti in coerenza con priorità e rischi dell'Azienda (processi, servizi, assetti, risorse). Dove opportuno, gli obiettivi possono essere collegati a risultati di performance o di Valore Pubblico; dove non lo sono, vanno comunque esplicitati in modo chiaro e tracciabile.
- **Chiarezza e selettività** È richiesto un impianto "essenziale": meno ripetizioni descrittive e più contenuti utilizzabili (processi, rischi, misure, responsabilità, scadenze, evidenze). In sanità, ciò implica presidiare con maggiore profondità analitica le filiere ad alto impatto (economico o assistenziale) e a maggiore discrezionalità.
- **Obiettivi misurabili** Gli obiettivi vanno corredati da **indicatori** e **target**, così da consentire monitoraggio, *auditabilità* interna e rendicontazione (anche in chiave di accountability esterna).

1.3 Cosa deve fare l'Azienda: il "percorso logico"

Per il triennio 2026–2028, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento è chiamata a strutturare un percorso in cui ogni passaggio sia leggibile e documentabile:

- **Definizione degli obiettivi strategici** anticorruzione e trasparenza da parte dell'organo di indirizzo, con priorità coerenti con rischi e criticità attese nel contesto aziendale.
- **Mappatura dei processi** (macro-aree e processi/procedimenti), con identificazione di fasi, attori, punti decisionali, interfacce esterne e sistemi informativi.
- **Individuazione degli eventi rischiosi** e dei **fattori abilitanti** (discrezionalità, opacità, concentrazione di potere decisionale, fragilità dei controlli, conflitti di interessi, pressioni esterne, emergenze operative, ecc.).
- **Valutazione del rischio** in chiave qualitativa e motivata (con evidenze e tracciabilità dei giudizi), finalizzata a stabilire dove intervenire prima e con quale intensità.
- **Trattamento del rischio** mediante misure proporzionate (organizzative, procedurali, di controllo, di trasparenza, di rotazione/segregazione, di tracciabilità, di presidio del conflitto di interessi), con responsabilità chiare e scadenze.
- **Monitoraggio, reportistica e riesame**: definizione di flussi periodici verso RPCT e direzioni competenti, gestione delle non conformità e azioni correttive, tracciabilità delle evidenze.

1.4 Deliverable "operativi" attesi

Il risultato utile non è un testo descrittivo, ma un insieme coordinato di strumenti che consenta alle strutture aziendali di passare rapidamente dalla pianificazione all'esecuzione. In particolare:

- quadro sintetico di obiettivi anticorruzione/trasparenza con indicatori e target;
- mappa processi–rischi–misure, con responsabilità (logica RACI) e scadenze;
- set minimo di evidenze richieste per dimostrare attuazione (prove documentali, registrazioni, tracciati informativi);
- meccanismi di monitoraggio (check periodici, cruscotti minimi, verbalizzazioni, audit mirati);
- raccordo con gli assetti di trasparenza (Amministrazione Trasparente, accesso civico, qualità e aggiornamento dei dati).

Il PTPCT 2026–2028 dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, integrato nel PIAO, è impostato come **strumento direzionale**: selettivo sulle priorità, misurabile negli obiettivi, concreto nelle misure e rigoroso nelle evidenze. In questa chiave, la prevenzione della corruzione diventa fattore abilitante della qualità istituzionale e della tutela del Valore Pubblico, riducendo distorsioni, sprechi e opacità che degradano servizi, risultati e fiducia.

2. PERCORSO LOGICO E METODOLOGIA (PTPCT 2026–2028)

2.1 Principi guida e obiettivi operativi

L'impianto metodologico per il triennio 2026–2028 si fonda su alcuni capisaldi:

- **Centralità dei processi**: il rischio corruttivo non è valutato "in astratto", ma **ancorato ai processi** effettivamente svolti (amministrativi e, per le ricadute organizzative, anche clinico-assistenziali quando impattano su scelte discrezionali, priorità, accesso ai servizi e allocazione di risorse).
- **Proporzionalità e materialità**: intensità delle analisi e delle misure calibrate su **criticità, impatti, volumi, discrezionalità e valore economico/sociale** dei processi.
- **Tracciabilità della valutazione**: ogni giudizio di rischio è **motivato** e collegato a **fonti/evidenze** (interviste, questionari, dati gestionali, esiti di controlli, segnalazioni, indicatori).
- **Integrazione con la programmazione**: misure e obiettivi anticorruzione sono orientati a sostenere la capacità amministrativa e la qualità dei servizi, evitando una logica meramente adempimentale.

2.2 Definizione del contesto e integrazione del "Valore Pubblico"

ANALISI DEL CONTESTO

L'analisi del contesto costituisce la premessa necessaria per rendere il PTPCT 2026–2028 uno strumento **realistico, mirato e "risk-based"**, evitando sia approcci meramente descrittivi sia applicazioni standardizzate non aderenti alla specificità aziendale. In questa prospettiva, il contesto non è un capitolo "di cornice", ma un insieme strutturato di elementi che consente di: (i) comprendere **quali pressioni** insistono sull'organizzazione dall'esterno; (ii) valutare **quali vulnerabilità** e condizioni operative esistano all'interno; (iii) motivare, in modo tracciabile, la successiva **valutazione qualitativa** del rischio corruttivo e l'orientamento delle misure.

L'impostazione adottata procede dal generale allo specifico: prima si definisce lo scenario territoriale e istituzionale, poi si entra nell'assetto e nelle dinamiche interne, quindi si analizzano i punti di interazione tra esterno e interno, concludendo con le implicazioni operative per la struttura del Piano.

2.3 Contesto Esterno E Territoriale Di Riferimento

Quadro generale del distretto giudiziario

L'Azienda opera nel distretto della Corte d'Appello di Palermo, ambito nel quale le relazioni sull'amministrazione della giustizia hanno evidenziato nel tempo una presenza significativa di procedimenti riferibili ai reati contro la Pubblica Amministrazione (tra cui corruzione, concussione, peculato, turbativa d'asta, frodi nelle pubbliche forniture). Tale evidenza assume rilievo non come dato "statistico" fine a sé stesso, ma come indicatore di contesto: segnala un ambiente nel quale la legalità amministrativa e la correttezza delle procedure pubbliche costituiscono un terreno di attenzione costante da parte degli organi inquirenti e giudicanti.

Le relazioni inaugurali degli anni giudiziari, inoltre, richiamano elementi che incidono direttamente sulla qualità dei presìdi organizzativi richiesti agli enti pubblici: da un lato la persistenza di condotte che alterano la gestione della cosa pubblica; dall'altro la frequente "mimetizzazione" dei fatti illeciti entro sequenze procedimentali formalmente regolari; infine la necessità che le amministrazioni cooperino, con prontezza e tracciabilità documentale, a supporto dell'azione penale e delle attività di verifica. Ne discende che l'organizzazione deve strutturare processi e controlli non solo per "fare bene", ma anche per **dimostrare** in modo ordinato e tempestivo la correttezza delle proprie scelte.

Procura e Tribunale di Agrigento

I programmi annuali di attività della Procura e del Tribunale di Agrigento, emanati secondo indirizzi ministeriali, descrivono un impegno stabile nel rafforzamento del contrasto ai reati contro la Pubblica Amministrazione, nel miglioramento dell'efficienza dei procedimenti e

nel presidio della legalità in ambiti amministrativi sensibili (tra i quali, tipicamente, gli appalti). Anche quando tali documenti non riportano dati disaggregati, il loro contenuto è comunque significativo per la prevenzione: conferma che, nel circondario, i reati contro la P.A. rappresentano un'area investigativa strutturalmente rilevante e dunque idonea a generare **pressioni esterne** sugli enti che gestiscono risorse pubbliche, servizi essenziali e flussi economici complessi.

Per una Azienda sanitaria, ciò implica che i processi ad alta discrezionalità e ad elevata interazione con operatori economici debbano essere concepiti con un livello di formalizzazione e presidio coerente con un contesto in cui l'attenzione investigativa su tali ambiti è fisiologicamente alta.

Questura di Agrigento – fenomeni criminali rilevanti sul territorio

Le comunicazioni istituzionali e le attività di prevenzione e repressione rese note sul territorio evidenziano fenomenologie che, per loro natura, risultano strettamente collegate al rischio corruttivo negli affidamenti pubblici: sistemi di spartizione illecita degli appalti, subappalti irregolari, reati economici complessi, nonché l'utilizzo di misure di prevenzione personali e patrimoniali (sequestri e confische) a presidio della legalità economica. Tali evidenze, pur non traducendosi automaticamente in un rischio "diretto" per l'Azienda, operano come fattori di contesto in grado di aumentare la probabilità di condizionamento o interferenza sui processi pubblici, specie laddove sussistano spazi di discrezionalità, urgenze operative, frammentazione delle responsabilità o debolezza della tracciabilità.

In questa chiave, le inchieste dell'ultimo biennio richiamate a livello territoriale assumono valore soprattutto come segnale di "pressione ambientale" sul settore degli appalti provinciali: un segnale che il Piano deve intercettare traducendolo in presìdi organizzativi più robusti, senza attendere l'emersione di criticità interne.

Provincia di Agrigento – quadro istituzionale locale

Gli atti e i documenti di prevenzione della corruzione degli enti locali, nonché la rassegna delle attività istituzionali, tendono a individuare aree di rischio ricorrenti (appalti, contributi, rimborsi, erogazioni pubbliche) e a richiamare la necessità di rafforzare trasparenza, tracciabilità e controlli di secondo livello. Il dato che interessa, ai fini del PTPCT, è l'esistenza di una consapevolezza istituzionale diffusa circa la presenza di criticità sistemiche nel governo delle risorse pubbliche sul territorio.

Ne deriva che l'Azienda sanitaria opera in un ecosistema amministrativo in cui la prevenzione non può essere concepita come adempimento isolato: deve invece essere

costruita come insieme coerente di misure che dialogano con un contesto territoriale che riconosce, da più punti di osservazione, la centralità del rischio negli affidamenti e nella gestione di risorse.

2.4 Contesto Interno dell'ASP di Agrigento

Assetto organizzativo e processi a maggior esposizione

L'articolazione aziendale in Direzione Generale, Direzioni di Presidio, Dipartimenti, Distretti e strutture complesse/semplici genera una pluralità di processi operativi, spesso interdipendenti e distribuiti su più livelli decisionali. In ambito sanitario, la complessità non è soltanto organizzativa: è anche "funzionale", perché molte decisioni incidono su tre dimensioni simultanee—risorse economiche, diritti dei cittadini e qualità del servizio—e si svolgono in un ambiente caratterizzato da urgenze, continuità assistenziale e relazioni frequenti con soggetti esterni.

In tale cornice, alcuni processi risultano fisiologicamente più esposti perché concentrano discrezionalità, rapporti con operatori economici, potere autorizzativo o valutativo e impatto immediato sull'utenza. Tra questi rientrano, in modo ricorrente: approvvigionamenti di beni/servizi/lavori (in particolare beni sanitari e servizi ad alta specializzazione), gestione di CUP e liste d'attesa, attività libero-professionale intramuraria, gestione del personale (selezioni, incarichi, mobilità), rapporti con privati accreditati o convenzionati, filiera del farmaco e dei dispositivi medici.

L'analisi del contesto interno, pertanto, non si limita a elencare aree "sensibili", ma mira a spiegare **perché** tali processi siano critici: per la combinazione di (i) discrezionalità; (ii) asimmetria informativa; (iii) pressione esterna; (iv) necessità di decisione rapida; (v) rischio di conflitti di interessi; (vi) difficoltà di controllo ex ante in assenza di forte digitalizzazione e segregazione delle funzioni.

Rilievi, procedimenti e segnalazioni interne

Il contesto interno, nel triennio di riferimento, va letto attraverso la lente di eventi e segnali organizzativi che costituiscono "campanelli" utili per tarare la prevenzione. Rientrano in questa categoria: procedimenti disciplinari per condotte potenzialmente incompatibili con i principi di imparzialità e buona amministrazione; eventuali procedimenti penali a carico di personale (ove presenti e nei limiti delle informazioni disponibili); segnalazioni di whistleblowing relative ad anomalie in gare, personale, liste d'attesa, rapporti con privati; istanze di accesso civico generalizzato che evidenzino aree percepite come opache

dall'utenza; rilievi e verifiche ispettive (Regione, NAS, Corte dei conti e altri soggetti istituzionali) su tracciabilità, separazione delle funzioni e rispetto delle procedure.

Il punto metodologico è essenziale: tali elementi non "certificano" automaticamente un fenomeno corruttivo, ma costituiscono indicatori di contesto che impongono un livello di attenzione superiore e una capacità di risposta organizzativa misurabile (tempi di presa in carico, istruttorie, azioni correttive, rafforzamento dei controlli).

Dati di contesto interno come indicatori qualitativi

In coerenza con l'approccio qualitativo delineato dal PNA 2019 e sviluppato nei successivi aggiornamenti fino al PNA 2025, l'Azienda integra nella lettura del contesto interno un set di indicatori non numerici ma descrittivi, utili a fondare giudizi motivati sul rischio dei singoli processi. Il valore di questi indicatori non risiede in una misurazione aritmetica, bensì nella capacità di rendere esplicito il ragionamento: quali fattori aumentano la vulnerabilità del processo, quali la riducono, e con quali evidenze.

Tra gli indicatori più rilevanti rientrano: il grado di discrezionalità (alto, ad esempio, in appalti/personale/liste d'attesa); l'interesse esterno (accentuato negli acquisti sanitari e nei servizi); la tracciabilità digitale (in corso di potenziamento e quindi variabile tra processi); la stabilità organizzativa delle strutture coinvolte (rotazione, turnover, copertura ruoli); l'effettività dei controlli di primo e secondo livello (non solo "esistenza" formale, ma applicazione e documentazione); numero e tipologia delle segnalazioni; presenza di contenziosi ricorrenti (gare e concorsi) come proxy di fragilità procedimentale o di pressione esterna.

Questi elementi costituiscono la base logica per la Sezione 2 del PTPCT: non come "prefazione", ma come griglia interpretativa che consente di motivare la scelta delle priorità e la calibrazione delle misure.

2.5 Interazione tra Contesto Esterno e Contesto Interno

Impatti del contesto territoriale sui processi aziendali

L'esistenza sul territorio di indagini e misure di prevenzione collegate a reati contro la Pubblica Amministrazione, con particolare frequenza negli ambiti degli appalti e dei servizi essenziali, rappresenta un fattore che può aumentare il rischio di pressione, condizionamento o tentativi di interferenza sui processi aziendali a maggiore esposizione decisionale. In termini di mappatura e valutazione del rischio, ciò comporta che alcune fasi procedurali—specie quelle ad elevata discrezionalità e minore standardizzazione—richiedano presìdi rafforzati.

In particolare, risultano tipicamente più sensibili: gli affidamenti sotto-soglia e le trattative dirette (per rapidità e margini decisionali); le procedure aggregate e le gare centralizzate (per valore economico e complessità); le selezioni e gli incarichi (per impatto su carriere e interessi); la gestione dei rapporti con operatori economici del settore sanitario (per intensità delle interazioni e specializzazione tecnica). L'obiettivo del Piano, in questo passaggio, è trasformare un dato ambientale in scelte operative: più tracciabilità, più segregazione, più controlli di secondo livello, più capacità di lettura delle anomalie.

Vulnerabilità organizzative interne

Il contesto interno può presentare vulnerabilità che, sommate alla pressione esterna, amplificano il rischio intrinseco. Tra le vulnerabilità ricorrenti rientrano la concentrazione di attività e responsabilità in poche unità o figure (con riduzione dell'efficacia della separazione delle funzioni), la non completa digitalizzazione di passaggi critici (con conseguente perdita di tracciabilità e difficoltà di audit), gap nei controlli ex ante e nella strutturazione dei controlli di secondo livello, rotazione limitata nei ruoli sensibili, nonché carenze di formazione mirata su anticorruzione, conflitto d'interessi e gestione delle relazioni con l'esterno.

3. VALORE PUBBLICO COME CRITERIO DI PRIORITÀ NEL PTPCT 2026–2028

3.1 Definizione di Valore Pubblico

Nelle linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica, il Valore Pubblico (VP) è definito come il "livello complessivo di benessere economico, sociale [ma anche ambientale e sanitario] di cittadini, imprese e altri stakeholder creato da una PA", misurato come miglioramento degli impatti rispetto alla condizione dipartenza. In applicazione a un'Azienda Sanitaria Provinciale come l'ASP di Agrigento, il valore pubblico coincide con il benessere sanitario e sociale della popolazione provinciale: esso comprende la salute complessiva della comunità, l'accessibilità e la qualità dei servizi sanitari, l'equità nell'erogazione delle cure e la riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi. In altre parole, il valore pubblico corrisponde al fine ultimo della mission aziendale: garantire la promozione della salute, la prevenzione e la cura delle malattie, la riabilitazione e il supporto alla persona nei suoi contesti di vita, assicurando al contempo trasparenza e correttezza gestionale. In coerenza con questa definizione, le misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza sono considerate dimensioni trasversali del valore pubblico, fondamentali per la sua creazione e protezione. Come sottolineato dalle linee guida nazionali, "il Valore pubblico esprime la capacità dell'amministrazione di avere successo

nelle azioni pubbliche aumentando il livello di benessere economico e sociale dei destinatari dei propri servizi, ossia la missione istituzionale dell'ente. Per l'ASP di Agrigento, questo significa tradurre gli obiettivi strategici in impatti concreti sulla salute dei cittadini e sul tessuto socio-economico locale.

3.2 Quadro normativo e modello metodologico

Il PIAO 2026-2028 dell'ASP di Agrigento recepisce le indicazioni di legge e di policy più recenti. In particolare, il D.Lgs. 150/2009 e successive modifiche (incluso il D.Lgs. 74/2017) richiedono di misurare annualmente la performance delle PA e orientarla alla creazione di valore pubblico. Il D.L. 80/2021 (art. 6, conv. L. 113/2021) ha introdotto il PIAO come documento unitario di programmazione triennale, finalizzato all'integrazione di pianificazione strategica, performance, anticorruzione, trasparenza e formazione. Le Linee Guida più recenti (DPR 132/2022 e DM 132/2022) sottolineano che il PIAO deve essere orientato all'"abilitazione, alla creazione e alla protezione del Valore Pubblico".

In termini metodologici, la misurazione del Valore Pubblico segue il modello multidimensionale della "Piramide del Valore" sviluppato dal CERVAP-ISTAT e recepito dalle linee guida DFP. Secondo questo modello, il VP atteso e generato da un'amministrazione viene analizzato considerando congiuntamente tre dimensioni base:

1) **Impatto esterno ("valore istituzionale")**: misura gli effetti sul benessere dei cittadini e degli stakeholder (ad es. salute, equità, sviluppo sociale).
2) **Performance organizzativa ("valore aziendale")**: riguarda l'efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse assegnate.
3) **Salute organizzativa (o "salute amministrativa")**: indica lo stato delle risorse interne che abilitano la performance (es. capitale umano, processi organizzativi, innovazione tecnologica, cultura etica).

A queste si affianca la dimensione della gestione del rischio anticorruzione, intesa come fattore protettivo del valore pubblico. Le linee guida e i manuali operativi sul PIAO suggeriscono di misurare ciascuna dimensione con indicatori specifici e, facoltativamente, di costruire un indice sintetico di Valore Pubblico con pesi predeterminati.

3.3 Dimensioni del Valore Pubblico per l'ASP di Agrigento

Sulla base del quadro metodologico, nell'ASP di Agrigento si individuano le seguenti dimensioni principali di Valore Pubblico:

- **Impatto sanitario e sociale (Valore istituzionale)**: riguarda i benefici generali alla salute della popolazione provinciale. Comprende l'effetto delle politiche di prevenzione, cura e riabilitazione sulla riduzione delle malattie evitabili, sulla gestione delle malattie croniche, e sulla resilienza sociale. Rientrano qui anche l'equità d'accesso ai servizi e la soddisfazione degli utenti. Indicatori qualitativi: ad esempio indagini sul soddisfacimento dei pazienti, rapporti CNEL/ISTAT sulla qualità della vita; quantitativi: tassi di mortalità evitabile (per cause sensibili), aspettativa di vita, copertura vaccinale, percentuali di popolazione coinvolta nei programmi di screening (es. "Tripla prevenzione oncologica" per mammella/colon-cervice), BES (Benessere Equo e Sostenibile) rilevatori ISTAT, tassi di ricovero improprio.

- **Performance organizzativa (Valore aziendale)**: valuta l'efficienza ed efficacia dei processi aziendali nel tradurre risorse in risultati. Coinvolge indicatori di gestione delle risorse sanitarie e amministrative, qualità dei servizi erogati, tempestività, appropriatezza clinica.
  Indicatori quantitativi: percentuale di obiettivi PNRR raggiunti (es. realizzazione Case/Ospedali di Comunità), tempi medi di attesa per prestazioni diagnostiche e ricoveri, tassi di utilizzo posti letto, costi per ricovero, numero di dimissioni protette, esiti dei percorsi di cura (es. tassi di riammissione ospedaliera), numero di progetti innovativi implementati (es. telemedicina per scompenso cardiaco).
  Indicatori qualitativi: certificazioni di qualità (es. ISO, Joint Commission), audit clinici, feedback degli stakeholder interni. Questa dimensione corrisponde all'efficacia gestionale che, secondo il modello, costituisce la "leva" per generare impatti esterni .

- **Salute organizzativa (Risorse interne)**: comprende lo stato delle risorse umane, tecnologiche e infrastrutturali che abilitano la performance. A titolo esemplificativo include: formazione e competenze del personale, equilibrio di genere, clima organizzativo, digitalizzazione dei processi, innovazione tecnologica, cultura etica (trasparenza e integrità).
  Indicatori quantitativi: indice di digitalizzazione (es. spesa ICT, numero di servizi telematici attivi), percentuale di personale formato su nuovi modelli organizzativi,

tasso di turnover, equilibrio di genere tra dirigenti, numero di segnalazioni gestite dal Whistleblowing, indice di trasparenza ANAC, posizioni in classifiche di integrità. **Indicatori qualitativi**: valutazioni dei dipendenti su coinvolgimento e supporto, audit organizzativi, valutazioni OIV su stato di salute organizzativa. In questa dimensione rientra anche la capacità di innovazione (telemedicina, teleassistenza) che rafforza la base di supporto al VP.

- **Gestione del rischio e anticorruzione**: sebbene trasversale a tutte le attività, costituisce una dimensione a sé stante di protezione del valore pubblico. L'adozione di efficaci sistemi di risk management e misure anticorruzione (Piano Triennale anticorruzione, Segnalazioni ai sensi del D. Lgs. 24/2023, ecc.) impedisce fenomeni che potrebbero erodere il VP.
  Indicatori: aggiornamento del Piano anticorruzione e trasparenza, copertura formativa obbligatoria, risultati di audit e monitoraggi ANAC, numero di procedure di selezione gestite in modalità trasparente (es. bandi pubblici digitalizzati).

3.4 Indicatori qualitativi e quantitativi per ciascuna dimensione

Per ogni dimensione sopra descritta è possibile individuare indicatori specifici, sia qualitativi che quantitativi, in linea con le migliori pratiche nazionali (Linee Guida DFP, Manuali Operativi PIAO, misurazioni ISTAT/CERVAP).

Ad esempio:

- **Dimensione Impatto sanitario/sociale**: percentuale di soggetti che effettuano screening oncologici (breast, colon-retto, cervice); tasso di appropriatezza dei ricoveri; indici di risultato sanitario (riduzione esiti negativi); questionari di gradimento pazienti; indicatori di salute riferiti a determinanti sociali (BES).

- **Dimensione Performance organizzativa**: numero di obiettivi strategici (ad es. progetti PNRR) completati entro termine; tempo medio di attesa per prestazioni critiche; spesa sanitaria per abitante; indici di efficienza (es. rapporto posti letto/popolazione); livelli di erogazione dei LEA; indicatori di tempestività delle cure e della continuità assistenziale.

- **Dimensione Salute organizzativa**: percentuale di personale con competenze adeguate (profilo formativo); indici di digitalizzazione (ad es. percentuale di cartelle cliniche elettroniche implementate); tasso di assenteismo; esiti di questionari sul clima e coinvolgimento dei dipendenti; numero di progetti di innovazione attivati (telemedicina, teleassistenza, ecc.); adozione di standard internazionali di qualità e sicurezza.

- **Dimensione Rischio/Anticorruzione**: esistenza e aggiornamento di procedure di gestione del rischio; numero di segnalazioni gestite e relative azioni correttive; risultati di controlli interni; livello di trasparenza della governance (es. valutazione ANAC o trasparenza di dati di bilancio e performance); percentuale di dirigenti con obiettivi anticorruzione inseriti nella valutazione.

Questi indicatori dovranno essere organizzati in un cruscotto coerente con le linee guida nazionali e con i fabbisogni informativi dell'ASP Agrigento, consentendo di rendicontare il Valore Pubblico generato sia in forma sintetica (indice composito) sia con livelli di dettaglio per area strategica.

3.5 Collegamento tra Valore Pubblico, performance organizzativa e obiettivi strategici

Il Valore Pubblico serve da criterio di raccordo tra strategia, performance e rendicontazione. Nel modello integrato del PIAO gli Obiettivi di Valore Pubblico (OVP) sono definiti in funzione della mission istituzionale: ogni obiettivo strategico dell'ASP deve contribuire a creare impatti positivi per la collettività. Ad esempio, i progetti previsti dal PNRR/Missione 6 Salute – come le nuove Case della Comunità (a servizio dell'assistenza primaria integrata) o gli Ospedali di Comunità (per pazienti cronici/ intermedi) – sono finalizzati a potenziare la continuità assistenziale territoriale e ridurre i ricoveri impropri, generando direttamente valore pubblico (migliore salute complessiva, maggiore prossimità delle cure.

Allo stesso tempo, la performance organizzativa (efficacia gestionale e operativa) è strumentale alla creazione di impatti: secondo le linee guida "il Valore Pubblico è misurato come media ponderata dei risultati" delle sottodimensioni aziendali e organizzative. Ciò significa che l'ASP deve allineare i propri KPI operativi (es. percentuali di obiettivi raggiunti, costi per risultato, qualità percepita) con la strategia di creazione di valore. Un efficiente assetto organizzativo – dall'innovazione tecnologica alla formazione del personale, alla cultura della trasparenza – amplifica la capacità di produrre valore esterno.

3.6 Riferimenti normativi e metodologici

La metodologia adottata è pienamente compatibile con il quadro normativo vigente: in particolare il D.Lgs. 150/2009 (art. 2 e 7) e successive modifiche (D.Lgs. 74/2017) impongono misurazione e valutazione delle performance con riferimenti agli obiettivi istituzionali. Il D.L. 80/2021 (art. 6) e i decreti attuativi (DPR 132/2022, DM 81/2022, DM 132/2022) hanno introdotto il PIAO come strumento unico di programmazione, richiamando esplicitamente l'orientamento al Valore Pubblico e l'integrazione con i Piani della Performance e dell'anticorruzione. Le Linee Guida PIAO del Dipartimento della Funzione Pubblica ribadiscono che il PIAO deve essere finalizzato alla "abilitazione, creazione e protezione del Valore Pubblico" e promuovono il modello della Piramide del Valore . Ulteriori riferimenti metodologici sono forniti dai lavori ISTAT-CERVAP sulle tecniche di misurazione del VP, che costituiscono il fondamento concettuale del sistema illustrato. Infine, il PNRR (Missione 6 Salute) e il Programma Nazionale di Ripresa e Resilienza orientano gli investimenti (e.g. Case e Ospedali di Comunità, digitalizzazione sanitaria) verso obiettivi di miglioramento degli indicatori di benessere collettivo, rafforzando la coerenza tra strategia regionale/nazionale e il Valore Pubblico aziendale.

4. MAPPATURA DEI PROCESSI E DELLE AREE A RISCHIO

La mappatura costituisce la "spina dorsale" del sistema. Per il triennio 2026–2028, l'ASP:

- individua le **macro-aree** (generali e specifiche del comparto sanitario);
- scompone ciascuna area in **processi/procedimenti**;
- per ogni processo definisce **fasi, output, attori, punti decisionali, sistemi informativi** e **interfacce con l'esterno**.

Esempi di aree/processi tipicamente "materiali" in sanità pubblica (da declinare sulla mappatura aziendale):

4.1 Identificazione dei processi per area

4.1.1 Servizio Affari Generali Legale e Convenzioni

Nell'area Affari Generali, l'esposizione a rischio deriva soprattutto dal ruolo di snodo: qui transitano atti, regolazioni interne, attribuzioni di competenze e circuiti di firma. I processi da mappare includono: la gestione degli atti amministrativi generali (proposte, istruttoria, acquisizione pareri, adozione, pubblicazione e archiviazione); la gestione dei flussi documentali (protocollo, fascicolazione, conservazione); la produzione e manutenzione di regolamenti, procedure e SOP (redazione, consultazione, approvazione, aggiornamento e diffusione); la gestione di

deleghe, procure, assetti di responsabilità e dei gruppi di lavoro/commissioni interne (nomine, verbali, output). In questa area è essenziale che siano chiarissimi i punti decisionali (chi firma, con quali presupposti, con quale tracciabilità) e che vi sia evidenza della catena "proposta–istruttoria–decisione–pubblicazione".
Il Servizio Legale–Contenzioso deve mappare: gestione pareri, precontenzioso, contenzioso giudiziale (incarichi, strategie, atti, esiti), transazioni e supporto su appalti. Il punto non è "giudicare" le scelte difensive, ma garantire tracciabilità delle decisioni, coerenza degli incarichi, presidio dei conflitti di interesse e dei criteri di scelta.

4.1.2 Politiche del personale e Risorse Umane

Nell'area RU/Politiche del Personale, i processi sono tipicamente "sensibili" perché incidono su posizioni, progressioni, incentivi e potere organizzativo. Vanno mappati, in modo completo, i processi di programmazione fabbisogni e dotazioni (istruttorie, criteri, approvazioni), reclutamento e selezioni (bando, commissione, prove, graduatorie, assunzioni), conferimento incarichi e attribuzione funzioni (criteri, avvisi/valutazioni, nomina, rinnovo/revoca), progressioni e valutazione (criteri, istruttoria, provvedimenti, gestione contestazioni), gestione presenze/assenze/straordinari, formazione (piani, affidamenti, tracciabilità, attestazioni) e procedimenti disciplinari. In parallelo, come sottoprocesso trasversale, va censita la gestione delle dichiarazioni e verifiche su conflitti di interesse e incompatibilità, perché agisce come barriera preventiva su molte scelte.

4.1.3 Attività Libero-professionale intramuraria (ALPI)

La gestione della libero-professione intramuraria costituisce una macro-area ad alta esposizione, perché incrocia profili economico-finanziari (incassi, riparti, rendicontazioni), profili di equità e accesso (volumi, liste, priorità, trasparenza verso l'utenza) e profili di integrità organizzativa (compatibilità, conflitti, utilizzo di risorse pubbliche, sovrapposizioni con attività istituzionale). La mappatura dei processi in ALPI deve quindi ricostruire l'intera "filiera" dall'autorizzazione del professionista fino ai controlli ex post, individuando per ciascuna fase: attori, output documentali, punti decisionali, sistemi informativi e interfacce esterne.

4.1.4 Provveditorato e ciclo dei contratti pubblici

Il Provveditorato governa una delle aree a più alta materialità. La mappatura deve seguire il ciclo integrale: programmazione acquisti; progettazione della procedura (capitolati, requisiti, criteri, determina a contrarre); affidamenti sotto-soglia (indagini di mercato, rotazione, motivazioni); gare sopra-soglia (pubblicazioni, commissioni, valutazioni, aggiudicazioni); esecuzione contrattuale (ordini, SAL, varianti, contestazioni, penali); verifiche/collaudi; pagamenti e riconciliazioni con l'area economico-finanziaria; gestione di precontenzioso/contenzioso con il supporto del Legale. Nella mappa è indispensabile evidenziare: ruoli (RUP/DEC e firmatari),

tracciabilità delle interlocuzioni con operatori economici, e presìdi sulle "deviazioni" tipiche (urgenze, proroghe, varianti, affidamenti ripetuti).

4.1.5 Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale

Nell'area economico-finanziaria la mappatura copre: programmazione e bilancio (predisposizione, variazioni, monitoraggi), ciclo passivo (impegni, verifiche, liquidazioni e pagamenti), ciclo attivo (fatturazione, incassi e recupero crediti), tesoreria e riconciliazioni, inventari e scritture. Per il patrimonio: inventariazione/valorizzazione, gestione locazioni/concessioni e procedure di alienazione, nonché (se ricomprese) assicurazioni e sinistri. Qui l'esposizione è spesso collegata a: discrezionalità su priorità di pagamento, gestione eccezioni, riconciliazioni, e rapporti con terzi per contratti patrimoniali.

4.1.6 Servizio Tecnico

L'area tecnica genera rischi perché combina urgenza, lavori/servizi, verifiche di qualità e gestione di varianti. La mappatura deve includere: programmazione interventi e lavori, affidamenti tecnici, direzione lavori e contabilità (SAL, varianti, riserve), manutenzioni ordinarie/straordinarie, scadenziari autorizzativi e conformità (impianti, antincendio, certificazioni). In facility: governo e controllo dei servizi esternalizzati (SLA, verifiche, contestazioni, penali), gestione ticket, audit qualità e azioni correttive. La chiave è rendere visibile il punto in cui "si decide" (priorità, affidamento, variante, accettazione prestazione, applicazione penale).

4.1.7 Dipartimento del Farmaco

Nel Dipartimento del Farmaco, la mappatura deve rendere tracciabile il percorso da fabbisogni e scelte fino a acquisti e consumi. I processi includono: programmazione fabbisogni, valutazioni/introduzioni (commissioni e criteri), acquisto in raccordo con provveditorato, gestione magazzini e scorte (inventari, scadenze), distribuzione e tracciabilità, gestione non conformità e reclami, e – punto delicatissimo – gestione dei rapporti con industria (donazioni, comodati, sponsorizzazioni, incontri), con presìdi di autorizzazione e registrazione.

4.1.8 Accreditamento

Per la UOC Accreditamento la mappa deve coprire: procedimenti di autorizzazione/accreditamento (istanze, istruttorie, verifiche requisiti, provvedimenti), vigilanza e controlli periodici (programmazione, sopralluoghi, verbali, prescrizioni, follow-up), gestione di sospensioni/revoche e gestione dei flussi/adempimenti con erogatori accreditati. La criticità tipica sta nella discrezionalità tecnica e nella gestione delle non conformità: è qui che la tracciabilità del ragionamento e delle decisioni diventa "prova" di integrità.

4.1.9 Prevenzione

Nei Dipartimenti di Prevenzione e Prevenzione Veterinaria i processi da mappare riguardano: programmazione dei controlli, ispezioni e sopralluoghi, verbali, prescrizioni e verifiche di ottemperanza, eventuali procedimenti autorizzativi e gestioni di misure/sanzioni. Il rischio è tipicamente legato all'interfaccia con operatori esterni, alla gestione delle priorità dei controlli e al presidio della tracciabilità delle verifiche.

4.1.10 Dipartimento Cure Primarie e Strutture Sanitarie Territoriali

I coordinamenti sanitari e amministrativi vanno letti come presìdi di processi di accesso, flussi e decisioni operative. Qui rientrano: gestione flussi amministrativi delle prestazioni, autorizzazioni amministrative, tracciamenti e reporting; per la parte sanitaria, governo di percorsi e priorità operative, criteri di presa in carico, assegnazioni e monitoraggi. L'esposizione cresce quando mancano criteri standardizzati, o quando decisioni su priorità e accessi non sono pienamente tracciabili.

4.1.11 Controllo di gestione e sistemi informativi statistici aziendali

La gestione e controllo richiede la mappatura di: codifica e validazione, controlli interni a campione e su indicatori, rilievi e correzioni, gestione di contestazioni e recuperi (ove presenti), reporting su scostamenti. È un'area "tecnica", ma con impatti economici e reputazionali elevati: la mappa deve far vedere come avvengono controlli, chi li valida e quali evidenze rimangono.

4.1.12 Rischio clinico (CRO – Liste d'Attesa -CUP)

La gestione del rischio clinico entra nel PTPCT per la parte in cui i processi incidono su sicurezza, azioni correttive, standard e controlli interni. Vanno mappati: segnalazioni eventi avversi/near miss, audit, definizione e monitoraggio CAPA, indicatori e reporting. La finalità, qui, è rendere governabili i processi che "difendono" qualità e sicurezza, riducendo aree grigie decisionali.

4.1.13 Servizio prevenzione e protezione (Sicurezza sul lavoro)

Il SPP mappa: DVR e aggiornamenti, formazione obbligatoria, infortuni e segnalazioni, audit e verifiche, DUVRI e coordinamento con appaltatori. È un'area a interfaccia frequente con fornitori e servizi esternalizzati, dove la tracciabilità di verifiche e obblighi è la principale barriera.

4.1.14 Sistemi informatici ITC

L'area ITC/dati mappa: gestione abilitazioni e profili (autorizzazioni, revoche, audit), change management, incidenti e continuità operativa, qualità del dato e flussi

informativi, gestione fornitori ICT e SLA. È un'area trasversale perché abilita tracciabilità e controlli di tutti gli altri processi.

4.1.15 Dipartimento Amministrativo

Il Dipartimento Amministrativo, in chiave PTPCT, è rilevante come funzione di coordinamento dei flussi e degli standard: mappa il coordinamento dei processi amministrativi tra strutture, eventuali controlli di regolarità procedurale (campionamenti, rilievi, follow-up) e presìdi su scadenze/adempimenti. È, in pratica, una "cerniera" che rende omogenea la macchina amministrativa e riduce disallineamenti.

4.1.16 Direzioni Mediche di Presidio

Le Direzioni Mediche assicurano il governo clinico-organizzativo dei presidi/strutture sanitarie, coordinando l'erogazione delle attività assistenziali e l'integrazione tra unità operative. Presidiano la corretta applicazione di protocolli clinico-assistenziali, percorsi diagnostico-terapeutici e standard di qualità e sicurezza delle cure. Curano la gestione dei flussi informativi sanitari e amministrativi di competenza, contribuendo alla programmazione e al monitoraggio delle performance. Sovrintendono alla gestione operativa di posti letto, percorsi di ricovero/dimissione, continuità assistenziale e rapporti con i servizi territoriali. Supportano la Direzione Strategica nel controllo dell'appropriatezza, nella gestione di eventi avversi e nel risk management clinico. Collaborano alla gestione delle emergenze e alla continuità operativa del presidio. Favoriscono l'implementazione delle misure di trasparenza e dei presidi di controllo nei processi sensibili. Partecipano alla definizione di fabbisogni e priorità organizzative (dotazioni, turnazioni, supporti). Svolgono funzioni di raccordo con utenza, professionisti e organismi interni per la gestione di criticità e segnalazioni.

4.1.17 Strutture Amministrative di Presidio

Le Strutture Amministrative di Presidio garantiscono la gestione amministrativa e documentale delle attività del presidio, supportando i processi sanitari e logistici connessi all'erogazione dei servizi. Curano pratiche e adempimenti amministrativi di competenza (atti, istruttorie, protocollazione, archiviazione e gestione flussi). Gestiscono procedure di supporto a ricoveri e prestazioni (accettazione, pratiche amministrative correlate, gestione documentazione e flussi verso uffici centrali). Assicurano il raccordo operativo con le strutture aziendali competenti su personale, acquisti/forniture, contabilità, pagamenti e servizi generali. Presidiano la corretta tenuta e trasmissione di dati e documenti necessari a rendicontazioni, controlli e monitoraggi. Supportano l'organizzazione dei servizi di front-office e la gestione delle comunicazioni con l'utenza, nel rispetto delle regole di trasparenza e privacy. Collaborano alla gestione dei contratti e delle forniture a livello di presidio (ricezione, verifica documentale, segnalazione criticità). Contribuiscono all'applicazione di procedure interne e controlli di regolarità amministrativa. Favoriscono la tracciabilità delle attività e l'adozione di presidi anticorruzione nei processi a maggiore esposizione. Forniscono supporto istruttorio alla Direzione Medica e alla Direzione Strategica per esigenze organizzative e amministrative del presidio.

4.1.18 Staff Direzione Generale

Lo Staff della Direzione Generale svolge funzioni di supporto strategico e organizzativo alla Direzione Generale, contribuendo alla programmazione, al coordinamento e al monitoraggio delle attività aziendali.

Cura il raccordo trasversale tra strutture aziendali e facilita la gestione delle priorità, delle scadenze e degli adempimenti istituzionali. Contribuisce alla gestione dei flussi comunicativi istituzionali e alla corretta circolazione delle informazioni verso gli organi e le strutture interne. Collabora alla gestione di rapporti con enti esterni, organismi di vigilanza e stakeholder, nei limiti delle deleghe e competenze assegnate. Assicura il presidio di attività di coordinamento su trasparenza, integrità e misure organizzative trasversali, favorendo uniformità applicativa. Supporta la gestione documentale e l'istruttoria di procedimenti.

La mappatura è funzionale a evitare "liste generiche": consente di collegare il rischio a **momenti decisionali** reali e a evidenze verificabili.

5. IDENTIFICAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI

Per ciascun processo si identificano gli **eventi rischiosi**, cioè gli accadimenti che possono concretizzare corruzione o *maladministration* (abuso di potere, favoritismi, opacità, distorsione della concorrenza, elusione di controlli, conflitti non gestiti).

La costruzione dell'elenco avviene combinando:

- **analisi documentale** (atti, regolamenti, procedure, flussi autorizzativi);
- **interviste strutturate** a responsabili di processo e figure chiave;
- lettura di **segnali/indicatori** (KRI) e fonti interne (rilievi, controlli, reclami, contenzioso, segnalazioni);
- repertori di rischio e pattern indicati da ANAC, adattati al contesto aziendale.

5.1 Come si giunge alla valutazione del "rischio qualitativo"

1) Oggetto della valutazione: rischio inerente e rischio residuo

- **Rischio inerente**: livello di rischio del singolo evento **prima** di prevedere ulteriori misure (considerando lo scenario operativo "così com'è" e i presìdi già esistenti).
- **Rischio residuo**: livello atteso **dopo** l'attuazione delle misure programmate nel triennio.

2) Metodo: stima qualitativa, motivata e basata su evidenze

La valutazione è **qualitativa** (non aritmetica), costruita tramite:

- discussione collegiale RPCT + owner di processo;
- **motivazione testuale obbligatoria** del giudizio, con richiamo alle evidenze disponibili.

In concreto, il giudizio qualitativo è il risultato di una sequenza logica tracciabile:

Step A — Raccolta strutturata delle evidenze

- questionari/interviste (con domande ad alto potere diagnostico);

- dati gestionali essenziali (volumi, frequenze, concentrazione di decisioni, eccezioni, urgenze ricorrenti);
- esiti di controlli interni/esterni disponibili;
- elementi di contesto (turnover, carichi, carenze procedurali, digitalizzazione parziale).

Step B — Analisi di fattori abilitanti e vulnerabilità

Si censiscono cause tipiche, ad es.:

- discrezionalità non normata o non documentata;
- carenza di segregazione funzioni / controlli di secondo livello;
- opacità informativa o tracciabilità incompleta;
- scarsa rotazione o concentrazione di potere decisionale;
- rapporti "sensibili" con esterni (fornitori/utenti) non presidiati.

Step C — Determinazione del livello di rischio qualitativo

Si attribuisce un livello sintetico (es. **Basso/Medio/Alto** o equivalenti), sempre accompagnato da:

- motivazione;
- evidenze richiamate;
- controlli esistenti censiti;
- fattori abilitanti principali.

Esito atteso: un "registro dei rischi" in cui ogni evento è **spiegato**, non solo classificato.

5.2 Valutazione delle priorità e soglia di accettabilità

Nel triennio 2026–2028 l'ASP definisce (e rende esplicita) la propria **soglia di accettabilità** del rischio, in termini qualitativi:

- **Rischi Alti**: non accettabili → misure specifiche prioritarie, tempistiche certe, monitoraggio rafforzato, escalation.
- **Rischi Medi**: trattamento selettivo → misure mirate e/o rafforzamento controlli, monitoraggio periodico.
- **Rischi Bassi**: accettabili → mantenimento presìdi e monitoraggio ordinario.

Il criterio di priorità è rafforzato dal legame con il **Valore Pubblico**: a parità di livello, è prioritario il rischio che può degradare accesso, equità, qualità e fiducia nei servizi.

5.3 Trattamento del rischio: misure, responsabilità, tempi 2026–2028

Per ciascun rischio non accettabile si pianificano misure:

- **generali/trasversali** (codice di comportamento, conflitto di interessi, trasparenza, whistleblowing, formazione mirata, rotazione dove possibile, controlli);
- **specifiche** sul processo (SOP, check di secondo livello, tracciabilità digitale, controlli a campione con criteri, audit tematici, regole di motivazione/standardizzazione).

Ogni misura è descritta con:

- owner responsabile dell'attuazione;
- tempistica (2026, 2027, 2028 o continuativa);
- output verificabile (atto/procedura/report);
- indicatori di realizzazione (KPI) e, ove utile, indicatori di rischio (KRI) collegati.

5.4 Monitoraggio, riesame e rendicontazione

Il sistema è ciclico: pianificazione → attuazione → monitoraggio → riesame.

- **Monitoraggio periodico** dello stato di avanzamento misure (KPI).
- **Monitoraggio del rischio** tramite indicatori spia (KRI) definiti sui processi più esposti.
- **Reportistica** a supporto della relazione annuale del RPCT e dei flussi verso organismi di valutazione/controllo, secondo i ruoli istituzionali.

Il riesame annuale consente di:

- aggiornare la mappatura (processi, organizzazione, piattaforme);
- ritarare i giudizi qualitativi sulla base di evidenze emerse;
- ridefinire priorità e misure per l'anno successivo dentro il perimetro 2026–2028.

5.5 Comunicazione e consultazione

La prevenzione è efficace se diventa prassi organizzativa:

- comunicazione interna (ruoli, regole, canali, conseguenze);
- coinvolgimento strutturato dei responsabili di processo (ownership);
- trasparenza verso l'esterno secondo obblighi e qualità del dato, in logica di accountability.

6. EVOLUZIONE NORMATIVA E ATTI DI INDIRIZZO ANTICORRUZIONE – TIMELINE E IMPLICAZIONI OPERATIVE

La seguente *timeline* ricostruisce i principali riferimenti normativi e gli atti di indirizzo che incidono sulla programmazione e attuazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza, con lettura operativa orientata alla redazione e gestione del PTPCT 2026–2028 quale sottosezione del PIAO (Sezione 2.3).

Data	Atto / Fonte	Oggetto e novità essenziali	Implicazioni operative per il PTPCT 2026–2028 (ASP Agrigento)
06/11/2012	Legge 6 novembre 2012, n. 190	Introduzione del sistema nazionale di prevenzione della corruzione: obbligo di programmazione triennale, individuazione del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, misure organizzative e controlli.	Impostare la governance anticorruzione e trasparenza (nomina RPCT, rete referenti, flussi informativi) e programmare la strategia 2026–2028 come parte integrante del PIAO, assicurando tracciabilità delle decisioni e responsabilità delle strutture.
14/03/2013	D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33	Riordino degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni; disciplina della sezione «Amministrazione trasparente» e qualità/aggiornamento dei dati.	Adeguare l'architettura di pubblicazione, assegnare responsabilità di popolamento/validazione alle strutture, e presidiare la qualità dei dati (completezza, aggiornamento, accessibilità), con controlli periodici e audit interni.
08/04/2013	D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39	Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e gli enti in controllo pubblico; obblighi di verifica e decadenza/sanzioni.	Rafforzare procedure di verifica ex ante ed ex post (dichiarazioni, controlli campionari, gestione cause ostative), con tracciabilità istruttoria e coordinamento tra Direzione, Personale e RPCT.
11/09/2013	Delibera CiVIT n. 72/2013 (PNA 2013)	Prima adozione del Piano Nazionale Anticorruzione: impostazione per aree a rischio, misure obbligatorie e ruolo della mappatura dei processi.	Inquadrare l'evoluzione storica e consolidare nel 2026–2028 l'approccio *process-based* e *risk-based*, coerente con le indicazioni ANAC più recenti (PNA 2025-2027).
24/06/2014	D.L. 24 giugno 2014, n. 90, conv. in L. 11 agosto 2014, n. 114	Rafforzamento competenze e poteri dell'Autorità Nazionale Anticorruzione; focus su vigilanza e regolazione, anche	Assicurare piena cooperazione con l'Autorità (tempestività nel riscontro, qualità documentale) e presidiare i processi ad alta

Data	Atto / Fonte	Oggetto e novità essenziali	Implicazioni operative per il PTPCT 2026–2028 (ASP Agrigento)
		in materia di contratti pubblici.	esposizione, in particolare affidamenti e gestione contrattuale.
28/10/2015	Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 (Aggiornamento 2015 al PNA)	Aggiornamento metodologico con indicazioni operative; approfondimenti settoriali (tra cui sanità e contratti pubblici) e rafforzamento della logica di prevenzione organizzativa.	Integrare nella strategia 2026–2028 presidi mirati sui processi sanitari tipici (farmaci/dispositivi, liste/percorsi, ALPI, autorizzazioni e controlli), mantenendo misure concrete, verificabili e assegnate.
25/05/2016	D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97	Accesso civico generalizzato (FOIA) e rafforzamento trasparenza; modifiche al D.Lgs. 33/2013; principio di «accessibilità totale» con eccezioni tipizzate.	Standardizzare procedure e tempi per accesso civico e FOIA, con registrazione, motivazioni e bilanciamento con tutela dati personali e segreti; monitorare istanze e ricorsi come indicatori di rischio.
30/11/2017	Legge 30 novembre 2017, n. 179 (whistleblowing – disciplina previgente)	Tutela del segnalante nel settore pubblico e privato; misure contro ritorsioni e obblighi di riservatezza (poi superata dal D.Lgs. 24/2023).	Rileggere la disciplina in chiave di continuità e transizione verso il modello 2023; verificare che i presidi interni siano allineati ai requisiti attuali (canali, tempi, riservatezza, reporting).
13/11/2019	Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 (PNA 2019)	Consolidamento dell'approccio *risk-based* e processuale; indicazioni su misure, monitoraggio e integrazione con i sistemi di performance.	Utilizzare le buone pratiche consolidate (mappatura, rotazione, controlli) come baseline, ma tarare la redazione 2026–2028 sulla struttura PIAO e sulle indicazioni ANAC 2025.
09/06/2021	D.L. 9 giugno 2021, n. 80, art. 6 (conv. in L. 6 agosto 2021, n. 113)	Introduzione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO): integrazione di programmazioni, inclusa la sottosezione «Rischi corruttivi e trasparenza».	Strutturare il PTPCT 2026–2028 come sottosezione del PIAO, coordinando obiettivi di Valore Pubblico, performance e prevenzione della corruzione; rendere coerenti misure, responsabilità e monitoraggio.
12/01/2022	Delibera ANAC n. 1 del 12 gennaio 2022	Indicazioni/differimenti sui termini di adozione dei PTPCT (fase di transizione verso il PIAO) e richiamo agli obblighi minimi.	Gestire correttamente la calendarizzazione interna (consultazione stakeholder, approvazione, pubblicazione), mantenendo continuità dei presidi e tracciabilità delle attività preparatorie.

Data	Atto / Fonte	Oggetto e novità essenziali	Implicazioni operative per il PTPCT 2026–2028 (ASP Agrigento)
30/06/2022	D.P.R. 30 giugno 2022, n. 81 e D.M. 30 giugno 2022, n. 132	Assorbimento di piani in PIAO e definizione contenuti/struttura; specificazione della Sezione 2 e della sottosezione anticorruzione.	Adottare un impianto PIAO coerente: contenuti minimi, allegati operativi, responsabilità di compilazione e aggiornamento; predisporre un sistema di evidenze per monitoraggi e rendicontazioni.
17/01/2023	Delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023 (PNA 2022) e aggiornamenti successivi	Quadro di indirizzo immediatamente precedente al PNA 2025-2027; indicazioni su mappatura, misure e trasparenza (riferimento storico).	Usare tali indicazioni solo come storico/benchmark; per il triennio 2026–2028 assumere come riferimento primario il PNA 2025-2027 e la guida operativa ANAC del 23 luglio 2025.
10/03/2023	D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24	Nuova disciplina whistleblowing: canali interni/esterni, gestione riservata, tempi procedimentali, divieti di ritorsione e obblighi informativi.	Formalizzare canali interni conformi (ruoli, workflow, tempi, registri e reporting), integrare con procedure disciplinari e con misure di protezione dati; utilizzare gli esiti come input del *risk assessment*.
31/03/2023	D.Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 (Codice dei contratti pubblici)	Riforma organica della contrattualistica pubblica (programmazione, affidamenti, esecuzione), digitalizzazione del ciclo di vita e obblighi informativi/trasparenza; rafforzamento presidi su conflitti d'interesse e controlli.	Per l'azienda sanitaria: presidiare l'intero ciclo (programmazione, fabbisogni, affidamento, esecuzione, varianti, pagamenti), con controlli su rotazione, tracciabilità decisionale, gestione conflitti e qualità dei dati pubblicati.
31/12/2024	D.Lgs. 31 dicembre 2024, n. 209 (correttivo al Codice dei contratti pubblici)	Disposizioni integrative e correttive al D.Lgs. 36/2023; adeguamenti operativi su istituti e procedure.	Aggiornare procedure e check-list interne (affidamenti sotto/sopra soglia, esecuzione e varianti) e riallineare il sistema dei controlli al quadro consolidato del Codice, includendo impatti su trasparenza e flussi dati.
13/06/2023	D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81 (modifiche al D.P.R. 62/2013)	Aggiornamento del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici: rafforzamento obblighi di condotta, conflitti d'interesse, utilizzo strumenti digitali e	Allineare Codice/Regolamento interno e procedure attuative (dichiarazioni, regali/ospitalità, incarichi esterni, social media, sanzioni), con formazione mirata su aree a rischio sanitario.

Data	Atto / Fonte	Oggetto e novità essenziali	Implicazioni operative per il PTPCT 2026–2028 (ASP Agrigento)
		comunicazione, tutela immagine PA.	
25/09/2024	Delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024 e Delibera ANAC n. 481 del 3 dicembre 2025	Adozione/aggiornamento di schemi standard di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del D.Lgs. 33/2013 (amministrazione trasparente) per uniformare contenuti e modalità.	Adeguare la sezione «Amministrazione trasparente» agli schemi ANAC, definendo un processo di validazione interna dei dati (*owner*, controlli, scadenze) e un piano di rimedio per *gap* di pubblicazione.
14/03/2025	Protocollo d'intesa ANAC–AGENAS (14 marzo 2025)	Cooperazione su prezzi di riferimento e trasparenza degli acquisti in sanità (dispositivi, farmaci, servizi) quale presidio di razionalizzazione della spesa e prevenzione corruzione.	Integrare, per gli acquisti sanitari, controlli su prezzi di riferimento, benchmarking e trasparenza dei prezzi unitari; rafforzare la tracciabilità dei fabbisogni e delle scelte tecniche/cliniche.
23/07/2025	ANAC – «Indicazioni per la definizione della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO» (23 luglio 2025)	Guida operativa per la strategia anticorruzione 2026–2028: contenuti minimi della sottosezione 2.3, criteri uniformi, integrazione con Valore Pubblico e performance (nelle more del PNA 2025).	Assumere la struttura indicata come standard redazionale: sezioni, allegati, metodologia di analisi dei rischi, misure e monitoraggio; rendere la sottosezione fruibile anche a non addetti ai lavori, mantenendo rigore e tracciabilità.
12/11/2025	ANAC – Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2025–2027 (comunicazione 12 novembre 2025)	Adozione del nuovo PNA 2025–2027: indirizzi strategici nazionali e raccomandazioni per amministrazioni, nella logica di integrazione del PIAO.	Uniformare il PTPCT 2026–2028 agli indirizzi del PNA 2025–2027, aggiornando mappatura, misure e standard di monitoraggio; verificare coerenza complessiva con Valore Pubblico e sistemi di controllo interno.

Implicazioni operative trasversali (presidi minimi ed evidenze attese)

Ambito	Focus operativo (coerente con indirizzi ANAC 2025)	Evidenze / output documentali attesi
Governance e responsabilità	Assetto RPCT; rete referenti; coinvolgimento Direzione strategica; integrazione con OIV/NdV e controlli interni.	Decreto di nomina e funzioni RPCT; organigramma responsabilità trasparenza; calendario flussi informativi; verbali di coordinamento; piano controlli/monitoraggi.
Integrazione nel PIAO e Valore Pubblico	Sottosezione 2.3 come parte della Sezione 2 del PIAO; coerenza con obiettivi di Valore Pubblico e performance.	Matrice di coerenza tra obiettivi/indicatori e misure anticorruzione; raccordo con programmazione performance; indicatori su liste d'attesa, appropriatezza, tempi procedimentali, qualità della spesa.
Mappatura processi e *risk assessment* (qualitativo)	Approccio per processi; identificazione eventi rischiosi, cause/fattori abilitanti; valutazione motivata e tracciabile; aggiornamento periodico.	Catalogo processi sanitari e di supporto; schede di rischio per processo; evidenze a supporto dei giudizi; registro aggiornamenti e motivazioni; piano CAPA/miglioramento.
Misure di prevenzione e controlli	Misure specifiche e generali, assegnate a responsabili; misurabilità; controlli di I e II livello; gestione non conformità.	Piano misure con *owner*, tempi e KPI; check-list operative; esiti controlli e follow-up; report periodici al vertice; tracciamento CAPA.
Trasparenza e qualità dei dati	Applicazione schemi ANAC; responsabilità di pubblicazione; qualità/aggiornamento; gestione accesso civico/FOIA.	Mappatura obblighi per struttura; manuale interno pubblicazione; registro scadenze; audit qualità dati; registro accessi civici e indicatori di performance.
Whistleblowing	Canali interni conformi; riservatezza; tempi; gestione ritorsioni; informazione al personale e agli stakeholder.	Procedura whistleblowing; ruoli/abilitazioni; registro segnalazioni e tempi; informative e formazione; report aggregati e azioni correttive.
Contratti pubblici e acquisti sanitari	Presidio del ciclo di vita digitale; conflitti d'interesse; rotazione; tracciabilità; benchmark/prezzi di riferimento.	SOP affidamenti e gestione esecuzione; check conflitti; verbali istruttori standard; controlli su varianti e pagamenti; report su prezzi unitari e scostamenti; pubblicazioni obbligatorie.
Inconferibilità/incompatibilità e Codice di comportamento	Verifiche su incarichi; obblighi di condotta; gestione	Procedure e moduli dichiarativi; registri (regali/ospitalità,

Ambito	Focus operativo (coerente con indirizzi ANAC 2025)	Evidenze / output documentali attesi
	regali/ospitalità e incarichi esterni; pantouflage e incompatibilità.	incarichi esterni); controlli campionari; istruzioni operative per sanzioni e segnalazioni; formazione mirata.

7. IMPLICAZIONI OPERATIVE TRASVERSALI

Dalla *timeline* emergono alcuni punti fermi per l'azione amministrativa:

- **Unificazione della pianificazione nel PIAO:** internamente, l'ente deve assicurare il coordinamento tra RPCT, Responsabile Performance, Dirigente risorse umane, e altri attori (es. Transizione Digitale) per la redazione congiunta del PIAO.
- **Scadenze e approvazioni:** il termine generale è il **31 gennaio** dell'anno (primo anno del triennio). L'organo competente all'approvazione resta l'organo di indirizzo politico (il RPCT deve quindi pianificare di sottoporre il PIAO/PTPCT all'organo entro fine gennaio, coinvolgendo preventivamente l'**OIV** per il parere obbligatorio). La deliberazione di adozione del PIAO va pubblicata immediatamente sul sito amministrazione trasparente (sezione "Disposizioni generali > Piano Triennale Prevenzione Corruzione" oppure "PIAO" se creato apposito sotto-sezione).
- **Ruoli di *governance* interna:** oltre al ruolo chiave del RPCT (proponente e coordinatore del piano) e dell'Organo politico (approvazione e indirizzo), occorre delineare i ruoli dei *Responsabili di processo* (dirigenti/funzionari apicali): essi sono i "proprietari" delle misure nelle loro aree e devono collaborare attivamente.
- **Integrazione con ciclo della *performance*:** il PIAO comporta che anticorruzione e *performance* siano pensate insieme. Ciò significa che il raggiungimento di obiettivi di prevenzione può diventare parte della valutazione dei dirigenti (come obiettivi di risultato o comportamenti organizzativi). E viceversa, gli obiettivi di performance devono tenere conto del rispetto dei principi di legalità e trasparenza.
- **Monitoraggio e ruolo OIV/NdV:** Come da delibere ANAC, l'Organismo di Valutazione deve attestare entro il 30 aprile di ogni anno l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31/03 e valutare l'efficacia delle misure anticorruzione (spesso come parte della Relazione annuale performance). Per facilitare ciò, il RPCT produce una *relazione di monitoraggio* entro gennaio/febbraio (consuntivo anno precedente) evidenziando: misure attuate/non attuate e perché, risultati ottenuti, eventuali fatti corruttivi o anomalie riscontrate e come sono state gestite. Questo flusso informativo

aiuta l'OIV a dare riscontro nel documento di validazione della Relazione Performance e nella relazione al vertice. L'OIV inoltre verifica la coerenza del PTPCT/Sezione anticorruzione con le linee ANAC (in alcune realtà l'OIV rilascia un *parere motivato* sul PTPCT prima dell'approvazione, benché non obbligatorio per legge tranne laddove coincida con Piano Performance in un unico documento).

- **Integrazione con Antiriciclaggio:** fin dal PNA 2022 si sottolineano possibili sinergie con i presìdi antiriciclaggio negli enti coinvolti in attività finanziarie o appalti PNRR.
- **Focus su digitalizzazione e *OpenData*:** Un *trend* normativo attuale è usare la digitalizzazione come alleata dell'anticorruzione. L'ente dovrà partecipare a piattaforme nazionali (BDNCP per appalti, Portale *OpenData* per trasparenza, Piattaforma PTPCT ANAC per l'invio dei dati dei piani – prevista dall'art.1, c.8 L.190 e in evoluzione). Operativamente, questo richiede aggiornamento continuo dei propri sistemi informativi e talvolta modifiche organizzative (es. nominare amministratori di sistema dedicati, assicurare qualità dei dati caricati). In parallelo, pubblicare in formato aperto (CSV/ODS) e favorire l'interoperabilità è non solo obbligo (art.7 D.Lgs.33/2013) ma buona pratica: il PTPCT può prevedere azioni per migliorare la qualità dei dati pubblicati (ANAC sottolinea criteri di integrità, completezza, tempestività delle informazioni).

L'evoluzione normativa impone all'ente un atteggiamento **proattivo** e di **adeguamento continuo**. Il PTPCT non è un adempimento statico, ma un processo ciclico che recepisce ogni anno i cambiamenti legislativi e le indicazioni ANAC, traducendoli in misure operative interne.

8. INTEGRAZIONE DELLA TRASPARENZA (OBBLIGHI D.LGS.33/2013)

La trasparenza è sia un principio generale sia una **misura specifica di prevenzione**: l'accesso civico e la pubblicazione di dati rendono più difficile nascondere abusi e promuovono *l'accountability*. Pertanto, la sottosezione "Trasparenza" del piano anticorruzione (nel PIAO) merita attenzione dedicata.

Obblighi di pubblicazione principali: Rifacendoci al D.Lgs.33/2013 e succ. mod., ecco le categorie fondamentali e correlate ai rischi sopracitati:

- **Organizzazione:** organigramma, contatti dirigenti, tassi di assenza, incarichi amministrativi di vertice, posizioni organizzative (Art.13, 14). Importante pubblicare CV e compensi di direttore generale e top management dell'ASP (anche per inconferibilità).

- **Consulenti e Incarichi:** elenco incarichi esterni conferiti, con oggetto, compenso, nominativo (Art.15, c.1). Questo incide sul rischio A2 – se l'elenco è pubblico, diminuisce la tentazione di favoritismi nascosti.

- **Personale:** dati su dotazione organica, costo personale (Art.16), tassi di turn-over, concorsi banditi e in corso (Art.19). Utile anche pubblicare criteri concorsuali e tracce prove dopo espletamento (best practice).

- **Provvedimenti:** pubblicare atti amministrativi generali, determine a contrarre, delibere di Giunta/DG rilevanti (Art.23). E in particolare *bandi di gara e contratti aggiudicati* (Art.37) con tutti i dati essenziali: aggiudicatario, importo, tempi, etc. Anche se l'obbligo si assolva tramite BDNCP, rimane per atti non coperti.

- **Sovvenzioni, contributi:** tutti gli atti di concessione vantaggi economici > €1000 (Art.26, 27) con beneficiario, importo, normativa, criterio.

- **Bilanci:** bilancio preventivo e consuntivo dell'ente, con allegati (Art.29). Inoltre, per ASL, dati su tempi medi di pagamento (Art.33).

- **Servizi erogati:** carte dei servizi, standard di qualità, liste d'attesa tempi medi (Art.32, 41). Per l'ASP: pubblicare i tempi medi di attesa per prime visite per disciplina, e percentuale rispetto standard regionale – ciò è anticorruzione perché evidenzia se qualcuno "salta la fila".

- **Controlli e rilievi:** esiti di audit interni, ispezioni ministeriali o regionali, rilievi Corte dei Conti (Art.31). E dal 2024 i nuovi schemi ANAC su utilizzo risorse e controlli, come già detto.

- **Whistleblowing:** Non un obbligo di pubblicare casi (ovviamente riservati), ma pubblicare l'informativa sulle modalità di segnalazione e contatti del RPCT (Art.10, c.8, D.Lgs.33 mod da L.179/2017). E il link al canale ANAC esterno.

- **Altri contenuti:** i codici (codice comportamento pubblicato), i piani triennali (PTPCT/PIAO pubblicato per intero), e la sezione "Accesso Civico" con nominativo RPCT e moduli per richieste FOIA.

L'ente deve redigere un **Piano di pubblicazione e monitoraggio** degli obblighi, che possiamo includere come **Allegato 4 – Tabella Trasparenza**. Tale tabella elenca per ogni obbligo: *Riferimento normativo, Cosa pubblicare (dataset), Ufficio responsabile della produzione del dato, Responsabile della validazione (di solito dirigente di quell'ufficio), Frequenza di aggiornamento (annuale, trimestrale, in tempo reale ecc.), Scadenza specifica, Modalità di pubblicazione (link, formato), Controllo qualità.*

Flusso di gestione della trasparenza

Ogni dato ha un *"owner"* che lo produce, e il RPCT (o il Responsabile Trasparenza se diversamente nominato) funge da coordinatore. Occorre definire procedure interne: ad esempio, per i dati dei contratti, l'Ufficio Provveditorato ogni mese invia al RPCT l'elenco nuovi contratti con i campi richiesti; il RPCT (o un suo delegato, es. Ufficio Trasparenza) li pubblica sul sito e ne controlla la leggibilità (ad esempio verifica che non ci siano PDF illeggibili, o dati personali da oscurare correttamente).

Qualità dei dati pubblicati

Come richiesto dall'art.6 D.Lgs.33/2013, devono essere integri, completi, aggiornati, facili da consultare. Il piano anticorruzione deve prevedere misure anche su questo: l'OIV attesta annualmente la qualità dei dati (lo fa su un campione, per non verificare tutto). Il RPCT può predisporre una *checklist interna di qualità* (ad es. controllare se tutti i link sono attivi, se i dati obbligatori sono presenti, se i formati open sono usati quando richiesto). Inoltre, predisporre un meccanismo di **gestione dell'accesso civico**: ovvero se un cittadino chiede qualcosa che doveva essere pubblicato e non lo trova, l'URP o chi per esso deve attivare la procedura di sollecito all'ufficio competente, che entro 30 giorni deve pubblicare (o rispondere dando il documento). Il RPCT monitora anche queste richieste di accesso civico "semplice" come indicatori di eventuali inadempienze (se arrivano molte richieste su bandi di gara, forse quei dati non erano ben reperibili sul sito).

Intersezioni con Contratti pubblici (anticorruzione)

Una trasparenza ben fatta su appalti è essa stessa una misura anticorruzione. L'integrazione con BDNCP sopra citata significa anche ridurre il duplicato. Dal 2024 il RPCT dovrà *certificare* nel suo piano anticorruzione l'avvenuto adempimento prioritario via BDNCP per gli appalti. Inoltre, l'art.1 co.32 L.190/2012 prevede che tutti i dati di cui all'all. B (obblighi contratti) siano inviati ad ANAC annualmente (e ANAC li pubblica in sezione "Amministrazione trasparente" centralizzata). Nel 2023 ANAC con Del. 294/2021 aveva semplificato l'invio tramite SIMOG. Ora col nuovo codice, le PA faranno prevalentemente tramite BDNCP.

Accesso generalizzato (FOIA)

Il piano anticorruzione può includere *target* di miglioramento anche su FOIA, perché un buon regime FOIA è deterrente alla cattiva gestione. Ad esempio, misurare: tempo medio di risposta alle richieste FOIA; numero di dinieghi opposti e motivazioni; eventuali ricorsi al difensore civico. L'RPCT, pur non gestendo direttamente il FOIA (che di solito va all'URP o ufficio trasparenza), dovrebbe avere visibilità per captare se ci sono aree dove si tende a negare informazioni (e valutare se dietro potrebbe esserci un problema).

8.1 Coerenza con Obblighi ANAC e Contratti

È fondamentale evidenziare come le misure del piano coincidano o diano attuazione agli obblighi fissati da ANAC o dalle norme settoriali.

Monitoraggio delle misure ed efficacia: il monitoraggio avviene su due livelli: attuazione (KPI) ed efficacia (KRI). Nel corso dell'anno, l'ufficio del RPCT controllerà se le attività programmate sono realizzate.

Verifiche interne: oltre al monitoraggio condotto dal RPCT, alcune misure prevedono verifiche specifiche, in ossequio a quanto indicato nei Piani di Rimedio inseriti nel Registro dei Rischi Corruttivi (parte speciale – Gestione del rischio)

Coinvolgimento organo politico: la normativa chiede che l'Organo di indirizzo riceva dal RPCT una relazione annuale sull'efficacia del piano (art.1 c.14 L.190). Sarà opportuno che il RPCT, oltre al formale invio, presenti in sede Direzione Generale i risultati evidenziando successi e criticità persistenti.

Si richiama la dimensione del **miglioramento continuo**: il monitoraggio non assolve a una funzione meramente ricognitiva, ma costituisce il presupposto metodologico per calibrare il ciclo di pianificazione successivo. Qualora una misura risulti inefficace (ad esempio perché i KRI non evidenziano *trend* di miglioramento o permangono scostamenti significativi), essa dovrà essere riesaminata e conseguentemente aggiornata, sostituita o integrata con presidi ulteriori. In tale prospettiva, il PTPCT triennale deve essere oggetto di aggiornamento coerente e tracciabile, valorizzando sistematicamente gli esiti del monitoraggio e le evidenze raccolte

Tabella 1 – Obblighi di pubblicazione prioritari

Macro-ambito	Riferimento normativo essenziale	Contenuti/dati da pubblicare (sintesi)	Strutture tipicamente coinvolte (esempi)	Razionale anticorruzione / rischio presidiato
Organizzazione e governance	D.Lgs. 33/2013; L. 190/2012; indirizzi ANAC/PNA 2025	Assetto organizzativo; organigramma; articolazione uffici; contatti; dati dirigenti/posizioni di responsabilità; tassi di assenza; incarichi di vertice ove previsti.	Direzione Generale; Direzioni (Sanitaria/Amministrativa); UOC Affari Generali; Ufficio Trasparenza/URP	Rende tracciabile chi decide e con quali responsabilità; riduce opacità organizzativa e rischio di concentrazione non presidiata di poteri/competenze.
Consulenti e incarichi	D.Lgs. 33/2013 (incarichi e consulenze); D.Lgs. 165/2001; indirizzi ANAC/PNA 2025	Elenco incarichi/consulenze: atto, oggetto, durata, compenso, nominativo, CV, eventuale comparazione e presupposti.	UOC Risorse Umane; UOC Affari Legali; Ufficio Trasparenza.	Riduce favoritismi e affidamenti opachi; consente controllo diffuso su conferimenti e spesa; presidia conflitti di interessi.
Personale e reclutamento	D.Lgs. 33/2013; D.Lgs. 165/2001; indirizzi ANAC/PNA 2025	Dotazione organica; bandi/avvisi; esiti procedure; criteri e commissioni; dati aggregati su costo del personale; procedure di mobilità e incarichi.	UOC Risorse Umane; Direzione Amministrativa; Ufficio Concorsi	Presidia rischio di favoritismi, discrezionalità e interferenze in selezione/assegnazione incarichi; rafforza imparzialità e tracciabilità.
Provvedimenti, appalti e contratti	D.Lgs. 33/2013; L. 190/2012; D.Lgs. 36/2023; indirizzi ANAC/PNA 2025	Determine/delibere rilevanti; dati su procedure di affidamento ed esecuzione; *link* e integrazione con pubblicità legale e banche dati di settore; atti non coperti da flussi automatizzati.	UOC Provveditorato/Acquisti; RUP; Direzione Amministrativa; Ufficio Trasparenza.	Massimo rischio economico e discrezionalità; la trasparenza è misura anticorruzione sostanziale e abilita controlli interni/esterni su fasi critiche (programmazione, affidamento, esecuzione).
Vantaggi economici	D.Lgs. 33/2013; L. 190/2012; indirizzi	Sovvenzioni, contributi, sussidi e vantaggi economici: atti, beneficiari,	UOC Economico-Finanziaria; UOC Affari Generali; strutture proponenti.	Riduce rischio di allocazioni discrezionali; rende verificabili criteri e

Macro-ambito	Riferimento normativo essenziale	Contenuti/dati da pubblicare (sintesi)	Strutture tipicamente coinvolte (esempi)	Razionale anticorruzione / rischio presidiato
	ANAC/PNA 2025	criteri, importi e presupposti.		motivazioni; presidia conflitti e pressioni esterne.
Bilanci e pagamenti	D.Lgs. 33/2013; indirizzi ANAC/PNA 2025	Bilanci preventivo/consuntivo; allegati essenziali; tempi medi di pagamento; indicatori di spesa aggregata.	UOC Bilancio; Ragioneria; Direzione Amministrativa.	Presidia rischio di opacità nella gestione finanziaria; supporta accountability sull'uso delle risorse pubbliche.
Servizi erogati e liste di attesa	D.Lgs. 33/2013; indirizzi ANAC/PNA 2025; normativa SSN applicabile	Carte dei servizi; standard; tempi medi; liste di attesa per prestazioni/discipline; livelli di aggiornamento e metodologia di calcolo.	Direzione Sanitaria; UOC CUP/Accesso; UOC Qualità/Rischio clinico	Trasparenza come presidio di equità: rende visibili criticità che possono alimentare corsie preferenziali, indebite priorità o intermediazioni.
Controlli e rilievi	D.Lgs. 33/2013; indirizzi ANAC/PNA 2025	Rilievi/controlli interni ed esterni; esiti e follow-up; indicatori di miglioramento, nei limiti di riservatezza e disciplina applicabile.	Controllo Interno; Direzione; Collegio Sindacale; UOC Audit/Qualità	Rafforza cultura dell'evidenza e del miglioramento; riduce rischio di reiterazione di criticità e "normalizzazione" delle non conformità.
Whistleblowing (informazioni sul canale)	D.Lgs. 24/2023; indirizzi ANAC/PNA 2025	Informativa su canali, modalità e tutele; contatti; istruzioni per la segnalazione; policy e tempi di riscontro (senza pubblicare contenuti delle segnalazioni).	RPCT; Ufficio Trasparenza; Ufficio Legale; ITC	Aumenta fiducia nel sistema; favorisce emersione precoce di condotte a rischio; presidia ritorsioni e gestione corretta del canale.
Accesso civico e FOIA	D.Lgs. 33/2013; indirizzi ANAC/PNA 2025	Sezione dedicata; modulistica; responsabili; tempi; registro richieste; esiti e motivazioni dei dinieghi (in forma compatibile).	URP/Ufficio Trasparenza; Ufficio Legale; strutture detentrici del dato.	L'accessibilità diffusa è deterrente; le richieste sono indicatori di criticità di pubblicazione e di aree dove la trasparenza va rafforzata.

Tabella 2 – Piano di pubblicazione e monitoraggio

Obbligo/dataset	Base normativa/indirizzo	Dato da pubblicare (campo minimo)	Ufficio fonte (R)	Validazione (A)	Frequenza	Scadenza/trigger	Controllo qualità e verifica (RPCT/OIV)
Incarichi e consulenze	D.Lgs. 33/2013; indirizzi ANAC/PNA 2025	Atto, oggetto, durata, compenso, nominativo, CV, modalità di selezione, dichiarazioni conflitto/assenza incompatibilità (se applicabile).	UOC Risorse Umane	Dirigente RU	Trimestrale	Entro 30 gg dal conferimento/variazione	Checklist completezza; controllo campionario RPCT (semestrale); OIV: attestazione annuale obblighi trasparenza.
Bandi di gara e contratti (pubblicità e dati essenziali)	D.Lgs. 33/2013; D.Lgs. 36/2023; indirizzi ANAC/PNA 2025	CIG/identificativi, oggetto, importo, aggiudicatario, tempi, atti principali; link a banche dati/profili; atti non coperti da flussi automatizzati.	UOC Provveditorato/ Acquisti	RUP/Dirigente competente	Per evento	Entro termini di pubblicazione previsti / al verificarsi dell'atto	Verifica integrità link e aggiornamento; controllo RPCT su atti residuali non automaticamente esposti; audit mirati su campione procedure.

Tabella 2 – Piano di pubblicazione e monitoraggio

Obbligo/dataset	Base normativa/indirizzo	Dato da pubblicare (campo minimo)	Ufficio fonte (R)	Validazione (A)	Frequenza	Scadenza/trigger	Controllo qualità e verifica (RPCT/OIV)
Tempi medi liste di attesa (per prestazioni/discipline)	D.Lgs. 33/2013; indirizzi ANAC/PNA 2025; disciplina SSN	Tempi medi; metodologia; data ultimo aggiornamento; eventuali scostamenti e note esplicative.	UOC CUP/Accesso	Direzione Sanitaria	Mensile	Entro 15 del mese successivo	Coerenza con dati di sistema; controllo qualità (campione); tracciabilità del criterio di estrazione; gestione anomalie.
Bilancio preventivo/consuntivo	D.Lgs. 33/2013	Bilanci e allegati essenziali; relazioni; dati di sintesi.	UOC Bilancio/ Ragioneria	Direzione Amministrativa	Annuale	Entro 30 gg dall'approvazione	Verifica firma e versione; coerenza documenti; reperibilità e accessibilità.
Tempi medi di pagamento	D.Lgs. 33/2013	Indicatore e serie storica; metodologia; aggiornamento.	UOC Bilancio/ Ragioneria	Direzione Amministrativa	Trimestrale	Entro fine trimestre +	Controllo coerenza con contabilità; tracciabilità calcolo; note su scostamenti rilevanti.
Sovvenzioni, contributi, vantaggi economici	D.Lgs. 33/2013; indirizzi ANAC/PNA 2025	Beneficiario, importo, titolo, criterio, norma/atto, ufficio, link al provvedimento.	UOC Economico-Finanziaria	Dirigente competente	Per evento / trimestrale riepilogo	Entro 30 gg dal provvedimento	Controllo conflitti; verifica campionaria motivazione/criteri; tracciabilità istruttoria.

Tabella 2 – Piano di pubblicazione e monitoraggio

Obbligo/dataset	Base normativa/indirizzo	Dato da pubblicare (campo minimo)	Ufficio fonte (R)	Validazione (A)	Frequenza	Scadenza/trigger	Controllo qualità e verifica (RPCT/OIV)
Whistleblowing – informativa e canale	D.Lgs. 24/2023; indirizzi ANAC/PNA 2025	Informativa; modalità; canale; tutele; contatti; tempi di riscontro.	RPCT / RGS	Direzione Generale	Aggiornamento al variare del canale/procedura	Immediato	Test di reperibilità; verifica aggiornamento; evidenze comunicazione interna.
Accesso civico/FOIA – sezione e modulistica	D.Lgs. 33/2013; indirizzi ANAC/PNA 2025	Responsabili; modulistica; istruzioni; registri e report sintetici.	URP/Ufficio Trasparenza	Direzione/Responsabile Trasparenza	Semestrale	Entro 30/06 e 31/12	Analisi richieste ripetute; indicatori tempi risposta; qualità motivazioni dinieghi; azioni correttive su inadempienze.
Codici e piani (codice di comportamento, PIAO/PTPCT)	D.P.R. 62/2013 e s.m.; D.Lgs. 33/2013; indirizzi ANAC/PNA 2025	Versioni vigenti, delibere/atti di adozione, data aggiornamento, materiali di diffusione.	UOC Affari Generali / RPCT	Direzione Generale	Annuale / per evento	Entro 30 gg dall'adozione/aggiornamento	Evidenze di diffusione (presa visione); coerenza con procedure; aggiornamento tempestivo.

Tabella 3 – Flussi di gestione della trasparenza

Fase/attività	Responsabile (R)	*Accountable*/Validatore (A)	Consultato (C)	Informato (I)	Output/Evidenza	Periodicità
Produzione del dato (estrazione/compilazione)	Ufficio detentore del dato (*owner*)	Dirigente/Responsabile dell'ufficio	ITC; Ufficio Trasparenza	RPCT	*Dataset*/atto con metadati minimi; tracciato estrazione	Secondo obbligo
Validazione sostanziale	Dirigente/Responsabile dell'ufficio	Direzione competente	Ufficio Legale (se profili sensibili)	RPCT; OIV	Visto/validazione; nota su eventuali oscuramenti/limitazioni	Secondo obbligo
Pubblicazione (caricamento e indicizzazione)	Ufficio Trasparenza/URP	Responsabile Trasparenza/RPCT	Owner dato	Direzione	Pagina aggiornata; link funzionanti; data ultimo aggiornamento	Secondo obbligo
Controllo qualità e completezza	RPCT (coordinamento)	Direzione Generale	OIV (per attestazioni); Controllo Interno	Strutture interessate	*Checklist*; esiti controllo campionario; richieste di integrazione	Trimestrale/Semestrale
Gestione accesso civico	URP/Ufficio Trasparenza	Responsabile Trasparenza	Ufficio Legale; uffici detentori	RPCT; Direzione	Registro richieste; esiti; tempi; azioni correttive su inadempienze	Continuo + report semestrale
Rendicontazione e riesame	RPCT	Direzione Generale	OIV; Direzioni; *owner* dati	Organi di indirizzo	Report stato attuazione; criticità; CAPA; aggiornamento PTPCT/PIAO	Annuale (e *mid-year* se previsto)

Tabella 4 – Coerenza con presidi anticorruzione e obblighi settoriali

Presidio/misura	Base normativa/indirizzo	Applicazione operativa (ASP Agrigento – da declinare)	KPI attuazione	KRI/indicatori efficacia	Evidenze minime
Rotazione/segregazione funzioni (aree ad alto rischio)	L. 190/2012; indirizzi ANAC/PNA 2025	Valutazione formale di fattibilità per ciascuna area ad alto rischio; ove non praticabile, misure alternative (doppio controllo, segregazione fasi, sostituzioni programmate, ferie obbligatorie, audit mirati).	% aree con valutazione formalizzata; n. rotazioni effettuate; n. misure alternative attivate	Riduzione anomalie ricorrenti; esiti audit migliorati; riduzione contenzioso/ irregolarità su processi *target*	Matrice valutazione rotazione; ordini di servizio; verbali audit; *checklist* controlli incrociati.
Formazione anticorruzione e trasparenza (generale + mirata)	L. 190/2012; indirizzi ANAC/PNA 2025	Piano formativo integrato nel PIAO: *onboarding* anticorruzione; moduli mirati per appalti, personale, liste/percorsi; aggiornamento periodico dirigenti e PO.	% personale formato; % neoassunti formati entro sei mesi; ore erogate per target	*Trend* segnalazioni/ criticità; riduzione errori procedurali; miglioramento qualità pubblicazioni	Piano formativo; registri presenze/ attestati; materiali; report KPI.

Presidio/misura	Base normativa/indirizzo	Applicazione operativa (ASP Agrigento – da declinare)	KPI attuazione	KRI/indicatori efficacia	Evidenze minime
Pantouflage e clausole contrattuali	D.Lgs. 165/2001 (art. 53); indirizzi ANAC/PNA 2025	Clausole *standard* nei contratti/atti; controlli a campione su dichiarazioni e su eventuali assunzioni presso fornitori.	% procedure con clausola; n. controlli campione; n. esiti non conformi	Riduzione rischi di "porte girevoli"; assenza contestazioni / violazioni	Template clausole; *check list*; verbali controlli; eventuali comunicazioni/azioni.
Whistleblowing (canale, procedura e tutela)	D.Lgs. 24/2023; indirizzi ANAC/PNA 2025	Canale interno conforme; nomine; procedura; tracciabilità delle fasi e tutela; comunicazione interna periodica; gestione ritorsioni.	Canale attivo (S/N); procedura adottata (S/N); tempi medi riscontro; % formazione mirata	Aumento segnalazioni "qualificate" (entro range fisiologico); riduzione ritorsioni; tempi di gestione in linea	*Policy* e procedura; registro attività (anonimizzato); evidenze comunicazione; audit su funzionamento.
Codice di comportamento e disciplina interna	D.P.R. 62/2013 e s.m.; indirizzi ANAC/PNA 2025	Codice integrativo/attuativo; presidi su conflitti di interessi, regali/ospitalità, rapporti con fornitori, uso strumenti digitali; diffusione e presa visione.	Codice aggiornato (S/N); % prese visione; n. richiami/formazioni	Riduzione violazioni; maggiore uniformità comportamentale; esiti procedimenti disciplinari coerenti	Atto adozione; versionamento; registri presa visione; materiali informativi; report disciplinare.

Presidio/misura	Base normativa/indirizzo	Applicazione operativa (ASP Agrigento – da declinare)	KPI attuazione	KRI/indicatori efficacia	Evidenze minime
Trasparenza su appalti e integrazione con banche dati	D.Lgs. 33/2013; D.Lgs. 36/2023; indirizzi ANAC/PNA 2025	Procedure per garantire completezza pubblicazione (anche su atti residuali); controlli su reperibilità e qualità (*link* attivi, indicizzazione, aggiornamenti).	% atti pubblicati nei termini; % link funzionanti; n. rilievi RPCT su lacune	Riduzione procedure con scarsa concorrenza; riduzione contenzioso; riduzione rilievi su pubblicazioni	Cruscotto pubblicazioni; report controlli; evidenze correzioni; audit mirati.
Accesso civico/FOIA (governo del processo)	D.Lgs. 33/2013; indirizzi ANAC/PNA 2025	Procedura interna; registro; tempi e standard; analisi cause di richieste ripetute (indicatore di carenze pubblicative)	Tempo medio risposta; % risposte nei termini; n. richieste su medesimo tema	Riduzione richieste "semplici" ripetute (se il dato è ben pubblicato); riduzione ricorsi/ dinieghi non motivati	Registro FOIA/accesso civico; *template* risposte; report semestrale; azioni preventive su carenze.

Tabella 5 – Monitoraggio, reporting e riesame

Oggetto	Responsabile	Periodicità	Strumento	Output	Destinatari
Stato attuazione misure (KPI) – avanzamento e scadenze	RPCT + referenti strutture	Trimestrale	Cruscotto/ registro misure	*Report* semaforico (verde/giallo/rosso) + azioni correttive	Direzione Generale; Direzioni; OIV
Qualità e completezza pubblicazioni	RPCT/Ufficio Trasparenza	Semestrale	*Checklist* qualità; test link; controllo versioni	Verbale controllo + richieste integrazione	Strutture *owner*; Direzione
Analisi richieste accesso civico/FOIA	URP/Ufficio Trasparenza	Semestrale	Registro richieste; indicatori tempi	*Report* trend + criticità; proposte correttive	RPCT; Direzione; OIV
Audit mirati su aree ad alto rischio	Controllo interno/Audit	Annuale (o su *trigger*)	Piano audit; campionamenti	Rapporti audit + azioni correttive	Direzione; RPCT; strutture interessate
Rendicontazione annuale e riesame	RPCT	Annuale	Relazione + evidenze	Relazione annuale e aggiornamento programmatorio	Organi di indirizzo; Direzione; OIV

ASP DI AGRIGENTO

PTPCT 2026-2028 - OBIETTIVO

ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE

Classificazione:	Misura generale di prevenzione - Assetto organizzativo
Ambito di applicazione:	Strutture e processi dell'ASP di Agrigento con esposizione a rischio corruttivo e/o conflitti di interesse
Responsabile del presidio (owner):	RPCT, in raccordo con Direzione Strategica e UOC Risorse Umane
Decorrenza:	Triennio 2026-2028 (con pianificazione annuale)

1. Finalità e razionale della misura

La rotazione ordinaria del personale è una misura strutturale di prevenzione della corruzione e dei conflitti di interesse. Essa mira a ridurre, nel tempo, la probabilità che la permanenza prolungata sulle medesime attività e sul medesimo perimetro decisionale generi condizioni favorevoli a prassi improprie, cristallizzazione di poteri di fatto, opacità relazionali e consolidamento di rapporti esterni non adeguatamente presidiati (utenza, operatori economici, privato accreditato). Nel contesto sanitario dell'ASP di Agrigento, la misura è calibrata in modo da non compromettere continuità assistenziale, sicurezza delle cure e livelli essenziali di assistenza, prevedendo soluzioni graduate e, ove necessario, modalità temperate e misure compensative.

La rotazione ordinaria si distingue dalla rotazione straordinaria (eventuale e mirata), attivabile in presenza di eventi o criticità specifiche. Il presente documento disciplina la rotazione ordinaria quale alternanza programmata, trasparente e verificabile.

2. Obiettivi operativi

L'ASP di Agrigento persegue i seguenti obiettivi:

- ridurre l'esposizione a fenomeni corruttivi e a conflitti di interesse connessi alla permanenza prolungata su processi sensibili;
- prevenire la cristallizzazione di prassi informali, monopoli informativi e relazioni esterne non controllate;

- rafforzare trasparenza e tracciabilità delle scelte organizzative (criteri predeterminati, motivazioni documentate, evidenze verificabili);
- migliorare la separazione e il bilanciamento delle funzioni (istruttoria, decisione, controllo), riducendo concentrazioni di potere;
- favorire resilienza organizzativa e continuità operativa, attraverso passaggi di consegne, affiancamenti e diffusione delle competenze.

3. Perimetro di applicazione e criteri di priorità

La misura è applicata con logica *risk-based*. La priorità è attribuita a processi e posizioni caratterizzati da elevata discrezionalità, frequenti relazioni esterne, gestione di risorse economiche, autorizzazioni e controlli, nonché impatto sui tempi di accesso ai servizi e sugli esiti amministrativi e clinico-organizzativi.

Costituiscono criteri di priorità, in particolare:

- grado di autonomia decisionale/istruttoria;
- intensità dei contatti con fornitori, utenza e privato accreditato;
- valore economico o rilevanza degli effetti;
- permanenza nel ruolo; esiti di controlli e audit;
- sostituibilità e disponibilità di competenze.

La mappatura delle posizioni e la determinazione della priorità sono formalizzate mediante la Matrice di priorità (Allegato A).

4. Tempistiche e ciclo di attuazione

La rotazione ordinaria è governata mediante un ciclo annuale, replicato per ciascun anno del triennio 2026-2028, al fine di garantire pianificazione, continuità e verificabilità.

- **Pianificazione annuale**: entro il 31 gennaio di ciascun anno, adozione del Piano Annuale delle Rotazioni (Allegato B).
- **Esecuzione programmata**: avvio a partire dal 1° marzo, secondo finestre attuative definite nel Piano (preferibilmente trimestrali), con gestione degli affiancamenti.
- **Verifica intermedia**: entro il 30 giugno, riesame di avanzamento, criticità, scostamenti e misure correttive.
- **Consuntivo e reporting**: entro il 31 dicembre, consolidamento degli indicatori e relazione di attuazione nell'ambito del reporting PTPCT.

5. Modalità attuative

5.1 Mappatura delle posizioni rotabili e bacini di sostituibilità

Le strutture competenti individuano le posizioni e le attività rotabili, definendo requisiti minimi di competenza, bacini di sostituibilità e vincoli tecnico-professionali o clinico-organizzativi. La pianificazione tiene conto delle esigenze di servizio e della sicurezza delle cure, integrando affiancamenti e standardizzazione delle procedure.

5.2 Passaggio di consegne e affiancamento

Ogni rotazione prevede un passaggio di consegne formalizzato e, ove necessario, un periodo di affiancamento, secondo check-list documentata (Allegato C). Il passaggio include: stato pratiche/fascicoli, scadenze, punti decisionali aperti, tracciatura delle decisioni, profilazioni e abilitazioni, controlli programmati ed evidenze rilevanti.

5.3 Tipologie di rotazione

1) **Rotazione integrale**: cambio di incarico/mansione, preferita per posizioni ad alta discrezionalità o forte esposizione relazionale.
2) **Rotazione temperata (funzionale)**: redistribuzione di fasi/attività e rafforzamento della separazione delle funzioni (es. istruttoria/decisione, doppia autorizzazione, revisione campionaria), quando la rotazione integrale non è attuabile senza impatti sul servizio.

5.4 Tracciabilità formale

La rotazione è disposta con atto interno (ordine di servizio o nota dirigenziale), che indica decorrenza, ambito, motivazioni, durata dell'affiancamento, misure compensative e modalità di verifica.

6. Eccezioni e misure compensative

Esclusioni o differimenti sono ammessi solo se motivati e documentati (esigenze clinico-organizzative, competenze rare, carenze di organico, rischi per la continuità assistenziale). In tali casi, sono adottate misure compensative proporzionate, tra cui: rafforzamento dei controlli di linea e di secondo livello; audit mirati; separazione più rigorosa delle funzioni; rotazione temperata su singole fasi; revisione delle profilazioni e tracciatura degli accessi. Ogni deroga è registrata e confluisce nel monitoraggio RPCT.

7. Ruoli e responsabilità (governance)

- **Direzione Strategica**: indirizzo e approvazione del Piano Annuale delle Rotazioni, assicurando coerenza con continuità dei servizi.
- **UOC Risorse Umane**: istruttoria organizzativa, atti di rotazione, gestione sostituibilità, affiancamenti e competenze.

- **Direzioni e UU.OO. interessate:** attuazione operativa, passaggi di consegne, presidio della qualità e segnalazione criticità.
- **RPCT**: presidio metodologico, verifica di coerenza risk-based, monitoraggio deroghe, consolidamento indicatori e reporting PTPCT.

8. Monitoraggio, indicatori ed evidenze

Il monitoraggio è continuo e si fonda su indicatori misurabili e su evidenze conservate in modo tracciabile. Il cruscotto minimo di monitoraggio è riportato nell'Allegato D.

ALLEGATI OPERATIVI

Allegato A - Matrice di priorità (schema)

Criteri di priorità (valutazione qualitativa):	
Discrezionalità (bassa/media/alta)	
Intensità relazioni esterne (bassa/media/alta)	
Valore economico o impatti (basso/medio/alto)	
Permanenza nel ruolo (anni)	
Esiti di controlli/audit (ordinari/criticità/criticità ricorrenti)	
Sostituibilità (alta/media/bassa)	

Output: attribuzione della priorità (Alta/Media/Bassa) e individuazione della tipologia (Integrale/Temperata + misure compensative).

Allegato B - Template Piano Annuale delle Rotazioni

Struttura/UO	Processo/Attività	Posizione	Priorità	Tipo rotazione	Finestra attuazione	Affiancamento	Misure compensative	Responsabile	Evidenze

Nota: il Piano Annuale è adottato entro il 31 gennaio ed è aggiornato in sede di verifica intermedia (entro il 30 giugno).

Allegato C - Check-list passaggio consegne (minimo)

- ☐ Elenco pratiche/fascicoli pendenti e relative scadenze.
- ☐ Stato istruttorie e punti decisionali aperti.
- ☐ Registro interlocuzioni esterne rilevanti (ove previsto).
- ☐ Verifica profilazioni/abilitazioni e tracciatura accessi, con riallineamento.
- ☐ Evidenze dei controlli svolti e controlli programmati.
- ☐ Consegna procedure operative e riferimenti documentali.
- ☐ Verbale di consegna sottoscritto (uscente/entrante/responsabile).

Allegato D - Cruscotto indicatori e frequenze (minimo)

Indicatore	Definizione/Note	Frequenza	Evidenze minime
Piano adottato nei termini	Adozione del Piano Annuale entro il 31 gennaio	Annuale	Atto di adozione del Piano
Copertura posizioni a priorità alta	% posizioni/attività ad alta priorità incluse nel Piano	Semestrale	Elenco posizioni e classificazione (Allegato A)
Rotazioni completate	% rotazioni completate vs programmate	Trimestrale	Ordini di servizio / verbali di consegna
Deroghe e misure compensative	Numero deroghe motivate e misure compensative attivate	Trimestrale	Registro deroghe e piani di controllo
Esiti controlli/audit post-rotazione	Rilievi e trend di non conformità su aree ruotate	Semestrale	Report audit/controlli e azioni correttive
Consuntivo RPCT	Relazione di attuazione e proposte di miglioramento	Annuale (entro 31 dicembre)	Report PTPCT

23ASP DI AGRIGENTO

PTPCT 2026-2028 – OBIETTIVO

ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE

Classificazione:	Misura generale e correttiva di prevenzione - Assetto organizzativo e gestione segnalazioni/criticità
Ambito di applicazione:	Strutture e processi dell'ASP di Agrigento con esposizione a rischio corruttivo e/o conflitti di interesse
Responsabile del presidio (owner):	RPCT, in raccordo con Direzione Strategica e UOC Risorse Umane (con eventuale coinvolgimento UPD e Ufficio Legale)
Presupposti di attivazione:	Eventi, segnalazioni, esiti di controlli o anomalie che richiedono intervento tempestivo e mirato, secondo logica risk-based e proporzionalità
Decorrenza:	Triennio 2026-2028 (attivabile in qualsiasi momento, con riesame programmato)

1. Inquadramento e finalità della misura

La rotazione straordinaria del personale è una misura organizzativa mirata, attivabile in presenza di specifici presupposti (eventi, segnalazioni, esiti di controlli o anomalie) che rendano necessario un intervento tempestivo per mitigare un rischio corruttivo o un conflitto di interesse attuale o potenziale. Essa opera in chiave precauzionale e di tutela dell'integrità dell'azione amministrativa e sanitaria, ed è calibrata per garantire continuità assistenziale, sicurezza delle cure e regolare erogazione dei servizi.

La misura non ha natura sanzionatoria e non sostituisce i procedimenti disciplinari o le attività di accertamento: può affiancarli, ove ricorrano i presupposti, come presidio di

contenimento del rischio, assicurando proporzionalità, tracciabilità delle motivazioni, riservatezza e rispetto delle garanzie del personale interessato.

2. Presupposti e criteri di attivazione (*trigger*)

La rotazione straordinaria può essere attivata quando emergano elementi oggettivi e documentabili che evidenzino una condizione di rischio elevato o non adeguatamente presidiabile con sole misure ordinarie.

- segnalazioni qualificate (*whistleblowing*) o reclami strutturati che prospettino anomalie rilevanti su processi sensibili;
- esiti di audit, controlli interni/esterni o verifiche ispettive con criticità gravi o ricorrenti;
- indicatori di anomalia (es. scostamenti non giustificati, reiterazione di affidamenti/atti verso medesimi soggetti, tempi anomali, incoerenze istruttorie);
- conflitti di interesse attuali o potenziali non gestibili con sole misure dichiarative o di astensione;
- avvio o imminenza di procedimenti giudiziari/amministrativi connessi al processo/ruolo (ove rilevante e nel rispetto delle competenze);
- situazioni organizzative che rendano inefficaci i presidi in essere (es. concentrazione di funzioni, assenza di segregazione, carenze di controllo).

La decisione è sempre *risk-based* e proporzionata: l'ASP privilegia, quando idonee, misure alternative o complementari (segregazione funzioni, doppia autorizzazione, revisione campionaria, rimodulazione accessi) prima della sostituzione integrale di ruolo.

3. Obiettivi specifici

1) interrompere o ridurre immediatamente l'esposizione a condizioni di rischio elevato su processi sensibili;
2) ripristinare adeguata separazione tra istruttoria, decisione e controllo;
3) mettere in sicurezza flussi documentali, accessi informatici e tracciabilità delle decisioni;
4) assicurare continuità del servizio mediante affiancamenti e piani di transizione;
5) supportare, ove necessario, attività istruttorie e di verifica, preservando evidenze e integrità dei dati.

4. Principi di garanzia e salvaguardie

- **Necessità e proporzionalità**: scelta della misura meno impattante idonea a mitigare il rischio;
- **Non discriminazione e trasparenza interna**: criteri predeterminati e motivazioni tracciate;
- **Riservatezza:** gestione delle informazioni secondo principi di minimizzazione e *need-to-know;*
- **Tutela della continuità assistenziale e della sicurezza delle cure;**
- **Separazione tra misura preventiva e eventuali procedimenti disciplinari/giudiziari** (se avviati).

5. Procedura attuativa

5.1 Attivazione e istruttoria preliminare

L'attivazione è formalizzata mediante Scheda di attivazione (Allegato A), trasmessa al RPCT e, per quanto di competenza, alla UOC Risorse Umane. Il RPCT effettua una valutazione preliminare, acquisendo elementi essenziali (fatti, processo, ruolo, evidenze disponibili) e verificando l'urgenza dell'intervento.

5.2 Valutazione risk-based e opzioni di intervento

La valutazione considera: natura e gravità degli elementi emersi, livello di discrezionalita del ruolo, intensita delle relazioni esterne, efficacia dei controlli esistenti, sostituibilita e impatti sul servizio.
L'esito è riportato in Nota di valutazione RPCT (Allegato B), con indicazione delle alternative considerate e della misura proposta.

5.3 Misure attuabili (graduazione)

- **Rotazione integrale straordinaria**: riallocazione del dipendente su diverso incarico/mansione;
- **Rotazione temperata/funzionale**: rotazione di fasi o redistribuzione di attività con segregazione di funzioni;
- **Limitazione/riassegnazione delle deleghe e introduzione di doppia autorizzazione;**

- **Rimodulazione di accessi e profilazioni ai sistemi informativi,** con tracciatura rafforzata;
- **Audit mirati** e revisione campionaria strutturata su atti/pratiche del perimetro interessato;
- **Affiancamento** obbligatorio e presidio di secondo livello temporaneo.

5.4 Determinazione, comunicazione e passaggio di consegne

La determinazione è adottata dalla Direzione competente (o Direzione Strategica, secondo assetto interno), sulla base dell'istruttoria e con il supporto della UOC Risorse Umane. L'atto interno definisce decorrenza, durata, misure compensative, modalità di transizione e riesame. Il passaggio di consegne segue una check-list minima e un Piano di transizione (Allegato C), includendo riallineamento di accessi e gestione delle evidenze.

6. Tempistiche e riesame

- **Valutazione preliminare RPCT**: entro 5 giorni lavorativi dalla ricezione dell'input (salvo urgenze).
- **Istruttoria e proposta di misura**: entro 15 giorni lavorativi, con eventuali misure immediate di contenimento.
- **Adozione provvedimento organizzativo**: entro 30 giorni lavorativi dalla segnalazione/riscontro, ove compatibile con le esigenze di servizio.
- **Riesame obbligatorio**: entro 90 giorni dall'attivazione (e successivamente con cadenza definita nell'atto), per verificare permanenza dei presupposti e rimodulare/chiudere la misura.

7. Ruoli e responsabilita (*governance*)

- **Direzione Strategica / Direzione competente**: adozione della determinazione e garanzia di coerenza con continuità dei servizi.
- **RPCT**: valutazione risk-based, proposta di misure, monitoraggio, reporting e presidio della tracciabilità.
- **UOC Risorse Umane**: gestione atti organizzativi, riallocazioni, affiancamenti e sostenibilità delle sostituzioni.
- **UPD e Ufficio Legale**: raccordo su profili disciplinari/contendibili, nel rispetto delle competenze e della riservatezza.

- **Responsabili di struttura**: attuazione operativa, passaggi di consegne, misure compensative e segnalazione criticità.

8. Monitoraggio, reporting ed evidenze

Il RPCT assicura la tracciabilità delle attivazioni e la conservazione delle evidenze minime (scheda di attivazione, nota di valutazione, atto di rotazione, piano di transizione, misure compensative, esiti riesami). Gli indicatori minimi e le frequenze di monitoraggio sono riportati nell'Allegato F; le attivazioni sono annotate nel Registro (Allegato D).

ALLEGATI OPERATIVI

Allegato A - Scheda di attivazione rotazione straordinaria (template)

Data e ora della segnalazione/riscontro	
Struttura/UO	
Processo/Attivita interessata	
Posizione/Funzione interessata	
Fonte input	Audit/Controllo Whistleblowing Reclamo Altro: _____
Descrizione sintetica dei fatti/anomalie	
Indicatori/elementi oggettivi disponibili	Documenti Log Report Atti Altro: _____
Valutazione urgenza	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa (motivazione): _____
Misure immediate gia adottate (se presenti)	
Trasmissione a RPCT (data) e firma responsabile	

Allegato B - Nota di valutazione RPCT (schema)

Riferimento Scheda (Allegato A) e sintesi input	
Valutazione rischio (motivazione, fattori abilitanti, controlli esistenti)	
Urgenza e misure immediate suggerite	
Alternative considerate (misure meno impattanti) e motivazione scelta	
Misura proposta (integrale/temperata) e durata stimata	
Misure compensative e controlli rafforzati	
Impatto su continuità del servizio e piano di copertura	
Pareri/coinvolgimenti (HR, Legale, UPD, DPO se necessario)	
Data e firma RPCT	

Allegato C - Piano di transizione e misure di continuità (schema)

Attivita/Fase	UO/Processo	Uscente	Entrante	Decorrenza	Affiancamento	Accessi/Profilazioni	Controlli/Evidenze

Nota: il Piano di transizione include riallineamento accessi ai sistemi, consegna fascicoli e definizione controlli rafforzati per il periodo di applicazione.

Allegato D - Registro rotazioni straordinarie

N.	Data attivazione	UO	Processo	Posizione	Trigger	Misura adottata	Durata/Riesame	Esito/Note
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

Allegato E - Check-list riservatezza, privacy e tracciabilità (minimo)

- ☐ Applicare il principio need-to-know: condividere informazioni solo con soggetti strettamente competenti.
- ☐ Minimizzare i dati trattati e custodire la documentazione in fascicolo riservato, con accessi profilati.
- ☐ Verificare e aggiornare profilazioni/abilitazioni ai sistemi informativi (revoche, limitazioni, nuove assegnazioni).
- ☐ Assicurare la tracciatura degli accessi e la conservazione dei log rilevanti, secondo le regole interne.
- ☐ Formalizzare passaggio consegne e consegna evidenze con verbale, evitando duplicazioni non controllate.
- ☐ Coinvolgere DPO/Privacy Office quando il trattamento presenti profili particolari o dati sanitari/giudiziari rilevanti.

Allegato F - Cruscotto indicatori e frequenze (minimo)

Indicatore	Definizione/Note	Frequenza	Evidenze minime
Tempo di attivazione	Giorni tra input e determinazione	Trimestrale	Registro (All. D), atti adottati
Copertura riesami	% casi riesaminati entro 90 giorni	Trimestrale	Verbali/Note riesame
Deroghe e misure compensative	Numero e tipologie di misure alternative/compensative attivate	Trimestrale	Piani di controllo, audit mirati
Esiti post-intervento	Trend criticità/anomalie sul perimetro interessato	Semestrale	Report controlli/audit
Reporting RPCT	Sintesi casi e miglioramenti proposti	Annuale	Report PTPCT

ASP DI AGRIGENTO

PTPCT 2026-2028 - OBIETTIVO

INCARICHI EXTRA ISTITUZIONALI (ART. 53 D.LGS. 165/2001)

Classificazione:	Misura generale di prevenzione - Integrità, conflitti di interesse e compatibilità degli incarichi
Ambito di applicazione:	Personale dell'ASP di Agrigento soggetto alla disciplina dell'art. 53 D.Lgs. 165/2001, secondo il regolamento interno e le specifiche contrattuali
Responsabile del presidio (owner):	RPCT, in raccordo con Direzione Strategica, UOC Risorse Umane e strutture competenti
Decorrenza:	Triennio 2026-2028 (con pianificazione annuale e monitoraggio periodico)

1. Finalità e razionale della misura

La gestione degli incarichi extra istituzionali costituisce, per un'azienda sanitaria pubblica, un presidio essenziale di prevenzione della corruzione e dei conflitti di interesse. La disciplina dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 pone, quale regola generale, la necessità di un controllo preventivo (autorizzazione) sugli incarichi esterni del dipendente pubblico, al fine di garantire che essi non interferiscano con l'imparzialità dell'azione amministrativa, non compromettano il buon andamento, non determinino indebite pressioni o condizionamenti e non generino commistioni con soggetti portatori di interessi in rapporto con l'ASP di Agrigento (utenza, operatori economici, privato accreditato, professionisti).

Nel contesto sanitario, il tema assume ulteriore rilievo per la compresenza di processi ad elevata sensibilità (affidamenti, pagamenti, autorizzazioni e controlli, liste e percorsi di accesso, farmaci e dispositivi, gestione del personale) e per la necessità di preservare continuità assistenziale, sicurezza delle cure e reputazione istituzionale. La presente misura, pertanto, definisce obiettivi, tempistiche e modalità attuative per assicurare una gestione uniforme, tracciabile e verificabile

delle richieste di incarico extra istituzionale, nonché un sistema di controlli e di responsabilità coerente con il PTPCT 2026-2028.

2. Quadro normativo essenziale e definizioni operative

La misura si fonda sul quadro normativo in materia di doveri dei dipendenti pubblici, conflitti di interesse, trasparenza e prevenzione della corruzione, con particolare riferimento:

A. all'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 (incarichi extra istituzionali e regime autorizzatorio)
B. al Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. 62/2013, come modificato)
C. alla L. 190/2012 e ai Piani Nazionali Anticorruzione (ANAC), al D.Lgs. 33/2013 per i profili di trasparenza applicabili, oltre alle disposizioni contrattuali di comparto e dirigenza e al regolamento interno aziendale.

2.1 Definizioni

Ai fini del presente documento, per "incarico extra istituzionale" si intende qualsiasi attività, prestazione, collaborazione o incarico svolto dal personale al di fuori dei compiti istituzionali, conferito da soggetti pubblici o privati, retribuito o comunque suscettibile di generare utilità, anche indirette (rimborso spese, benefit, facilitazioni). Rientrano, a titolo esemplificativo: consulenze, docenze e formazione retribuita, partecipazione a commissioni o gruppi di lavoro esterni, perizie e attività tecnico-professionali, collaborazioni continuative con enti o imprese, incarichi in organismi societari o associativi, attività libero-professionali ove non ricomprese in regimi specifici (es. ALPI) e comunque nei limiti della normativa applicabile.

Il "conflitto di interesse ricorre quando l'interesse privato del dipendente (o di soggetti a lui riconducibili) può interferire, anche solo potenzialmente o in apparenza, con l'interesse pubblico perseguito dall'ASP, incidendo su imparzialità, indipendenza e credibilità dell'azione amministrativa. La valutazione considera tanto l'effettivo conflitto quanto il rischio di condizionamento o percezione di favoritismi, con particolare attenzione ai rapporti con il privato accreditato e con operatori economici interessati a contratti o autorizzazioni.

3. Obiettivi operativi

L'ASP di Agrigento, nel triennio 2026-2028, persegue i seguenti obiettivi:

- prevenire conflitti di interesse e ridurre l'esposizione a pressioni indebite, garantendo imparzialità e indipendenza nelle decisioni;
- assicurare che ogni incarico esterno sia valutato ex ante secondo criteri predeterminati, con istruttoria tracciabile e motivazione dell'esito;
- proteggere il buon andamento e la continuità del servizio, evitando interferenze con orari, carichi di lavoro e priorità operative;

- presidiare i rapporti con soggetti esterni (utenza, fornitori, privato accreditato) prevenendo commistioni e canali informali;
- garantire coerenza con obblighi di trasparenza e con i flussi verso l'Anagrafe delle prestazioni, ove applicabili.

4. Principi di condotta e regole generali

Ferma restando la disciplina di dettaglio prevista da regolamenti aziendali e contratti, si applicano i seguenti principi:

a) obbligo di preventiva autorizzazione per gli incarichi soggetti a regime autorizzatorio;
b) divieto di svolgere incarichi in conflitto di interesse, anche solo potenziale, o che possano ingenerare apparenza di favoritismi;
c) divieto di utilizzare informazioni, strumenti, risorse o tempo di servizio dell'ASP per finalità estranee;
d) obbligo di comunicazione completa e veritiera, inclusi durata, compensi e soggetti conferenti;
e) obbligo di astensione, ove ricorrano situazioni che incidano su imparzialità o indipendenza.

4.1 Coordinamento con regimi speciali (es. esclusività e ALPI)

Per il personale della dirigenza sanitaria e per le figure soggette a specifici regimi (esclusività del rapporto, attività libero-professionale intramuraria, incompatibilità contrattuali), la valutazione degli incarichi extra istituzionali avviene in coordinamento con la disciplina applicabile. In particolare, non sono autorizzabili incarichi che, per contenuto o modalità di svolgimento, eludano o svuotino i presidi dell'ALPI, interferiscano con l'organizzazione del servizio o comportino sovrapposizioni con attività istituzionali e percorsi di accesso. Restano inoltre precluse attività presso soggetti che operano in ambiti oggetto di vigilanza, autorizzazione o controllo da parte dell'ASP, salvo diverse previsioni normative e previa puntuale valutazione del rischio.

5. Procedura autorizzativa: fasi, attori e criteri di valutazione

La procedura si articola in fasi standard, assicurando omogeneità istruttoria, tracciabilità e rispetto dei tempi:

5.1 Presentazione della richiesta

Il dipendente presenta richiesta di autorizzazione utilizzando il modulo aziendale (Allegato A), allegando la dichiarazione sul conflitto di interesse e sulle condizioni di compatibilità (Allegato B) e la documentazione del soggetto conferente. La richiesta è inoltrata con congruo anticipo rispetto

all'inizio previsto dell'incarico; le richieste presentate a incarico iniziato sono, di regola, inammissibili, salvo casi eccezionali motivati e documentati.

5.2 Istruttoria e pareri interni

L'istruttoria è curata dalla UOC Risorse Umane (o struttura individuata dall'organizzazione aziendale) con il coinvolgimento del responsabile della struttura di appartenenza del dipendente. Il responsabile valuta l'assenza di interferenze con il servizio (orari, reperibilità, carichi di lavoro, turnazioni) e la coerenza con le funzioni svolte. Il RPCT, ove previsto, effettua una valutazione di rischio e di coerenza con il PTPCT, con particolare attenzione ai rapporti con operatori economici, privato accreditato e procedimenti sensibili.

5.3 Criteri di valutazione (check-list)

La decisione si fonda, almeno, sui seguenti criteri (Allegato C): compatibilità con le funzioni e con l'organizzazione del lavoro; assenza di conflitti di interesse effettivi o potenziali; assenza di collegamenti del soggetto conferente con procedure, contratti, autorizzazioni o controlli gestiti dall'ASP; proporzionalità dell'impegno e dei compensi rispetto al ruolo; assenza di rischi reputazionali e rispetto degli obblighi di riservatezza e protezione dei dati.

5.4 Esito, formalizzazione e registrazione

L'esito (autorizzazione, diniego motivato o richiesta integrazioni) è formalizzato con atto interno e comunicato al dipendente. In caso di autorizzazione, l'incarico è registrato nel Registro interno (Allegato D) e, ove previsto, comunicato ai sistemi e alle banche dati competenti (es. Anagrafe delle prestazioni), assicurando l'allineamento con gli obblighi di trasparenza applicabili. Il diniego è motivato in modo chiaro e proporzionato, indicando le ragioni di incompatibilità o rischio.

6. Trasparenza, tracciabilità e tutela dei dati

La gestione degli incarichi extra istituzionali deve garantire tracciabilità delle valutazioni e delle decisioni, conservazione delle evidenze istruttorie e controllo ex post. Gli eventuali adempimenti di trasparenza sono assicurati nel rispetto dei principi di minimizzazione e pertinenza, trattando i dati personali secondo logiche di *need-to-know* e con adeguate misure di sicurezza. La pubblicazione o comunicazione di dati avviene esclusivamente nei limiti previsti dalla normativa e dagli atti aziendali.

7. Controlli, monitoraggio e indicatori

Il presidio è completato da controlli periodici, anche a campione, finalizzati a verificare:

a) la presenza di autorizzazione ove necessaria

b) la coerenza tra incarico autorizzato e incarico effettivamente svolto (durata, compensi, soggetto conferente)
c) la corretta gestione delle situazioni di conflitto di interesse
d) il rispetto di divieti e incompatibilità.

Gli esiti confluiscono nel reporting del PTPCT e alimentano eventuali azioni correttive (aggiornamento regolamento, formazione mirata, audit su aree critiche).

7.1 Indicatori minimi (v. Allegato E):

- numero richieste presentate e % istruite entro i termini;
- % autorizzazioni / dinieghi / richieste integrazioni;
- numero controlli a campione e tasso di anomalie riscontrate;
- numero deroghe/mis-registrazioni e tempi di regolarizzazione;
- segnalazioni qualificate e correlazioni con processi sensibili.

8. Violazioni e conseguenze

Lo svolgimento di incarichi esterni in assenza di autorizzazione, ove richiesta, o in violazione di divieti e incompatibilità, integra una condotta rilevante sul piano disciplinare e può determinare ulteriori profili di responsabilità. Resta ferma l'applicazione delle conseguenze previste dall'art. 53 del D.Lgs. 165/2001, incluse le misure di recupero dei compensi e le comunicazioni agli organi competenti, oltre alle misure previste dal Codice di comportamento e dalle disposizioni contrattuali.

9. Tempistiche di attuazione nel triennio 2026-2028

Nel triennio 2026-2028 l'ASP di Agrigento attua la misura secondo la seguente scansione:

a) entro il primo semestre 2026, aggiornamento o consolidamento della procedura e dei modelli (Allegati), definizione del registro e dei flussi informativi;
b) annualmente, entro il 31 gennaio, aggiornamento delle regole operative e del piano dei controlli;
c) con cadenza almeno semestrale, esecuzione controlli e reporting al RPCT;
d) entro il 31 dicembre di ciascun anno, relazione sintetica sull'andamento, con proposte di miglioramento e azioni correttive.

Allegato A - Modulo richiesta autorizzazione incarico extra istituzionale

Il presente modulo è utilizzato dal dipendente per richiedere l'autorizzazione preventiva. Compilare in ogni parte e allegare la documentazione del soggetto conferente.

Dati del dipendente	
Nome e cognome	
Matricola / Qualifica / Profilo	
Struttura/UO di appartenenza	
Ruolo e funzioni svolte (sintesi)	
Dati dell'incarico	
Soggetto conferente (denominazione, CF/P.IVA)	
Oggetto dell'incarico" (descrizione analitica)	
Durata e periodo di svolgimento	
Impegno stimato (ore/giorni) e modalità (presenza/da remoto)	
Compenso / utilità previste (anche rimborsi/benefit)	
Dichiarazioni e allegati	Allegato B (dichiarazione conflitto/compatibilità) - Documentazione soggetto conferente - Eventuale bozza incarico/contratto

Firma del dipendente _____ Data ___/___/____

Allegato B - Dichiarazione su conflitto di interesse e compatibilità

Il dipendente dichiara, sotto la propria responsabilità, la sussistenza delle condizioni di compatibilità e l'assenza di conflitti di interesse.

1. Assenza di conflitto di interesse	Dichiaro che l'incarico non determina conflitto di interesse, neppure potenziale o in apparenza, rispetto alle funzioni svolte presso l'ASP. [ ] SI [ ] NO
2. Rapporti con l'ASP / processi sensibili	Dichiaro che il soggetto conferente non è parte, controparte o beneficiario in procedimenti, contratti, autorizzazioni o controlli di competenza dell'ASP nei quali io operi o possa influire. [] SI [] NO Note: _____
3. Interferenza con il servizio	Dichiaro che l'incarico è compatibile con turni, reperibilità, carichi di lavoro e non incide sulla continuità del servizio. [ ] SI [ ] NO
4. Riservatezza e dati	Dichiaro che non utilizzerò informazioni, dati o risorse dell'ASP e rispetterò gli obblighi di riservatezza e protezione dei dati. [ ] SI [ ] NO
5. Regimi speciali (ALPI / esclusività)	Dichiaro di aver verificato la compatibilità con eventuali regimi speciali applicabili al mio rapporto (es. ALPI, esclusività, incompatibilità contrattuali). [ ] SI [ ] NO Note: _____
6. Ulteriori incarichi in corso	Elenco di eventuali incarichi extra istituzionali già autorizzati/in corso (se nessuno: N/A): _____
7. Impegno orario stimato	Ore/giorni stimati: _____ Periodo: _____
8. Compenso / utilità	Compenso / utilità (anche rimborsi/benefit): _____
9. Impegno a comunicare variazioni	Mi impegno a comunicare tempestivamente

	variazioni di oggetto, durata, compenso o soggetto conferente. [ ] SI
10. Data e firma	Data ___/___/____ Firma _____

Allegato C - Check-list istruttoria (UOC Risorse Umane / RPCT)

Voce di verifica	Esito (OK/KO)	Note / evidenze
Richiesta completa (Allegato A) e dichiarazione (Allegato B) presenti		
Documentazione soggetto conferente acquisita (bozza incarico/atto)		
Compatibilità con funzioni svolte e area di rischio (valutazione responsabile UO)		
Assenza di conflitto di interesse (effettivo/potenziale/in apparenza)		
Assenza di rapporti del soggetto conferente con contratti/procedure dell'ASP pertinenti		
Compatibilità con turni, reperibilità, carichi di lavoro e continuità del servizio		
Verifica regimi speciali (esclusività, ALPI, incompatibilità contrattuali)		
Valutazione rischio reputazionale e tutela riservatezza/dati		
Decisione motivata e comunicazione esito		
Registrazione nel Registro interno e adempimenti esterni (se applicabili)		

Allegato D - Registro incarichi extra istituzionali (campi minimi)

Il Registro è tenuto dalla struttura competente e consente il monitoraggio, la tracciabilità e i controlli periodici.

N.	Dipendente	Struttura/UO	Oggetto	Soggetto conferente	Periodo	Compenso	Esito	Data autorizz.	Note

Allegato E - Cruscotto indicatori e frequenza di controllo (minimo)

Indicatore	Definizione	Frequenza	Soglia/Target	Evidenze
Adozione/aggiornamento procedura	Procedura e modelli aggiornati e diffusi	Annuale (entro 31/01)	SI/NO	Atto interno; pubblicazione intranet
Tempi istruttoria	% richieste definite entro il termine	Trimestrale	>= 90%	Registro; tracciamento protocollo
Esiti richieste	% autorizzazioni/dinieghi/integr.	Trimestrale	Monitoraggio trend	Registro; determinazioni
Controlli a campione	N. controlli e tasso anomalie	Semestrale	Anomalie <= soglia	Verbali controllo; report RPCT
Regolarizzazioni	Tempi di chiusura anomalie riscontrate	Semestrale	<= 30 gg	Azioni correttive; evidenze

PIAO/PTPCT - Sottosezione 2.3
Capitolo tematico: Pantouflage / Revolving doors
ASP DI AGRIGENTO

1. Definizioni

Il pantouflage (o revolving doors) è il rischio che un soggetto che ha esercitato, per conto dell'ASP, poteri autoritativi o negoziali utilizzi informazioni, relazioni e leve maturate nel ruolo pubblico per favorire (anche indirettamente) operatori privati dopo la cessazione del rapporto, assumendo o svolgendo incarichi presso privati che siano stati destinatari dell'attività svolta.

Nel PNA 2022 e nel PNA 2025 il pantouflage è trattato come area specifica di prevenzione: occorrono una mappatura dei ruoli effettivamente esposti, misure ex ante (informative, clausole, dichiarazioni), misure in uscita (exit checklist) e monitoraggi ex post selettivi, con evidenze tracciabili e un flusso di gestione delle segnalazioni in capo al RPCT, secondo un approccio proporzionato e fondato sulla verifica concreta dei presupposti applicativi del divieto.

2. Quadro normativo di riferimento

Art. 53, comma 16-ter, del D.Lgs. 165/2001 (introdotto dall'art. 1, comma 42, L. 190/2012).

Per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, è vietato svolgere attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione, qualora, negli ultimi tre anni di servizio, il dipendente abbia esercitato, per conto dell'amministrazione, poteri autoritativi o negoziali nei loro confronti.

Il presidio mira a prevenire i c.d. "favori a effetto differito": decisioni, negoziazioni, scelte tecniche o gestioni contrattuali che possano risultare orientate dal possibile sbocco lavorativo post-cessazione. La finalità è preventiva (non punitiva) e deve essere attuata con criteri di proporzionalità, evitando automatismi sganciati dall'effettivo esercizio di poteri rilevanti. In ambito sanitario, l'esposizione è tipicamente elevata nelle filiere acquisti/contratti, farmaci e dispositivi, servizi tecnici, ICT, nonché nei rapporti con privati accreditati/contrattualizzati, laddove siano esercitati poteri autoritative/negoziali o funzioni di controllo incidenti su specifiche posizioni dei destinatari.

2.1 Chiarimenti ANAC sui presupposti applicativi e sul criterio di "concretezza"
In coerenza con le Linee guida ANAC sul pantouflage (Delibera n. 493/2024) e con il parere del 22 dicembre 2025 (fasc. n. 5442/2025), l'applicazione del divieto richiede una verifica puntuale, caso per caso, dei presupposti applicativi, con evidenza documentale degli atti/rapporti rilevanti.

In particolare, il divieto opera solo se ricorrono contestualmente:

1. l'appartenenza dell'amministrazione e dell'incarico di provenienza al perimetro soggettivo dell'art. 53, comma 16-ter;
2. l'esercizio, nel triennio precedente la cessazione, di poteri autoritativi o negoziali in rappresentanza dell'ASP nei confronti del soggetto privato interessato;
3. la natura dell'incarico da assumere presso il privato quale attività lavorativa o professionale svolta in favore di un soggetto destinatario dell'attività amministrativa esercitata mediante i medesimi poteri.

Il presupposto centrale è l'esercizio "concreto ed effettivo" dei poteri: non è sufficiente la mera qualifica o lo svolgimento di attività generali di supporto, prive di capacità decisionale o di incidenza diretta. Rientrano, invece, i poteri negoziali connessi a decisioni e atti finalizzati alla conclusione e gestione di contratti (es. determinazioni, affidamenti, varianti, proroghe, applicazione penali, riserve, collaudi, transazioni) e i poteri autoritativi che incidono su specifiche posizioni giuridiche dei destinatari (es. autorizzazioni, controlli, provvedimenti con effetti diretti).

Sul piano operativo, tale impostazione consente di concentrare i presìdi (informative, clausole, exit checklist e monitoraggi) sui ruoli e sulle relazioni effettivamente "sensibili", riducendo il rischio di sovra-inclusione e garantendo sostenibilità organizzativa. In caso di dubbi interpretativi, il RPCT può formalizzare una valutazione motivata e, ove opportuno, attivare interlocuzione o richiesta di parere.

Conseguenze in caso di violazione: nullità dei contratti/rapporti instaurati, divieto per il soggetto privato di contrattare con la PA per tre anni e obbligo di restituzione dei compensi percepiti, ferma restando la competenza ANAC in materia di vigilanza e accertamento.

3. Dove nasce il rischio: scenari tipici

- Gare e affidamenti: definizione fabbisogni, capitolati, commissioni, valutazioni, aggiudicazioni e gestione esecuzione.
- Esecuzione contratti: varianti, proroghe, rinnovi, penali, riserve e collaudi.
- Farmaci e dispositivi: scelte tecniche con impatto economico, rapporti continuativi con supplier e service.
- Servizio tecnico e patrimonio: lavori, manutenzioni, energia/utility, concessioni e locazioni.
- ICT: fornitori strategici, lock-in tecnologico, accessi privilegiati, evolutive e governance dati/log.
- Legale e transazioni: affidamenti incarichi, contenzioso, transazioni e pareri indirizzanti.
- Rapporti con privati (se presenti): autorizzazioni, accreditamenti, controlli e contrattualizzazioni.

4. Mappatura operativa (tabella di sintesi)

Macro-processo/ambito	UOC/Struttura	Ruoli/posizioni esposte	Evento rischioso (pantouflage)	Indicatori osservabili (red flags)	Fattori abilitanti (ORG/TECH/REL)	Misure (minimo ANAC / best practice)	Giudizio (RPCT)
Programmazione fabbisogni e piano acquisti	Provveditorato (DA ACQUISIRE)	Dirigente; PO; supporto tecnico	Condizionamento fabbisogni/categorie per favorire OE 'target' in vista di sbocco post-cessazione	Fabbisogni non motivati; richieste 'su misura'; urgenze ricorrenti; ripetizione di stessi OE	ORG: governance debole; TECH: tracciabilità istruttoria limitata; REL: pressioni/relazioni stabili con OE	Check list motivazione fabbisogni; separazione istruttoria/decisione; tracciabilità contatti	☐ L ☐ M ☐ H
Definizione capitolati e specifiche tecniche	Provveditorato / UOC tecnica (DA ACQUISIRE)	RUP; supporto tecnico; commissioni tecniche	Capitolato 'chiuso' o requisiti selettivi per OE con contatti pregressi; favore a effetto differito	Specifiche non benchmark; requisiti sproporzionati; poche offerte; chiarimenti anomali	ORG: ruoli cumulati; TECH: assenza versioning; REL: vendor pressure	Tracciamento versioni; review indipendente; registro contatti; dichiarazioni CoI/pantouflage per ruoli esposti	☐ L ☐ M ☐ H
Affidamenti sotto-soglia / urgenze	Provveditorato (DA ACQUISIRE)	Dirigente; RUP; istruttori	Frazionamento/urgenze per favorire OE e consolidare relazione in vista di impiego futuro	Ripetizione affidamenti; rotazione elusa; urgenze frequenti; inviti sempre agli stessi	ORG: controlli 2° livello assenti; TECH: reporting scarso; REL: prossimità territoriale	Cruscotto affidamenti ripetitivi; motivazioni rafforzate; controlli RPCT a campione; clausole anti-pantouflage	☐ L ☐ M ☐ H

Macro-processo/ambito	UOC/Struttura	Ruoli/posizioni esposte	Evento rischioso (pantouflage)	Indicatori osservabili (red flags)	Fattori abilitanti (ORG/TECH/REL)	Misure (minimo ANAC / best practice)	Giudizio (RPCT)
Nomina commissioni e valutazione offerte	Provveditorato (DA ACQUISIRE)	Componenti commissione; segreteria	Valutazioni orientate/condizionate per OE con aspettativa di passaggio post-cessazione	Punteggi anomali; criteri applicati in modo non coerente; verbali sintetici	ORG: rotazione non attuata; TECH: tracciabilità bassa; REL: reti professionali	Dichiarazioni Col/pantouflage; verbalizzazioni analitiche; rotazione componenti; controlli ex post	☐ L ☐ M ☐ H
Gestione esecuzione contratti (DEC/DL)	UOC utilizzatrice (DA ACQUISIRE)	DEC; DL; collaudatori	Gestione 'morbida' di contestazioni/varianti per fornitore in vista di incarico futuro	Penali mai applicate; varianti frequenti; proroghe; collaudi veloci	ORG: separazione controlli assente; TECH: report non strutturati; REL: rapporto continuativo con OE	Segregazione (chi controlla non negozia); audit su varianti; exit checklist ruoli esposti; registro contatti	☐ L ☐ M ☐ H
Varianti, proroghe, rinnovi	Provveditorato / UOC tecnica (DA ACQUISIRE)	Dirigente; RUP; DEC	Proroghe/rinnovi indirizzati per consolidare fornitore e relazioni (sbocco post-cessazione)	Proroghe seriali; motivazioni deboli; scadenze non presidiate	ORG: programmazione carente; TECH: scadenziario assente; REL: dipendenza da OE	Scadenziario contratti; motivazioni rafforzate; autorizzazioni multilivello; campioni RPCT	☐ L ☐ M ☐ H

Macro-processo/ambito	UOC/Struttura	Ruoli/posizioni esposte	Evento rischioso (pantouflage)	Indicatori osservabili (red flags)	Fattori abilitanti (ORG/TECH/REL)	Misure (minimo ANAC / best practice)	Giudizio (RPCT)
Farmaci: scelte tecnico-economiche e rapporti con supplier	Farmaceutica (DA ACQUISIRE)	Responsabile; gruppi tecnici; commissioni	Influenza su scelte/forniture con prospettiva di incarico presso supplier o partner	Motivazioni tecniche deboli; incontri non tracciati; ripetizione preferenze	ORG: governance decisionale opaca; TECH: dati/monitor non presidiati; REL: pressione commerciale	Policy contatti; motivazioni tracciate; dichiarazioni; audit su eccezioni; clausole contrattuali	☐ L ☐ M ☐ H
Dispositivi e service: prove, valutazioni e standardizzazione	UOC Dispositivi/ingegneria clinica (DA ACQUISIRE)	Responsabili tecnici; utilizzatori; RUP	Specifiche e scelte su misura per vendor con aspettativa di passaggio lavorativo	Prove non comparate; benchmark assente; lock-in di consumabili	ORG: presidio comparazioni debole; TECH: tracciabilità prove scarsa; REL: rapporti stabili con vendor	Benchmark obbligatorio; tracciabilità prove; review indipendente; registro contatti; clausole	☐ L ☐ M ☐ H
Sponsorizzazioni, donazioni, comodati, trial (se presenti)	Direzione / UOC competenti (DA ACQUISIRE)	Dirigenti; referenti progetto; commissioni	Accettazione/gestione con controprestazioni implicite; ponte relazionale verso privati	Soglie/criteri non chiari; sponsor ricorrenti; benefici non rendicontati	ORG: policy assente; TECH: rendicontazione debole; REL: asimmetria informativa	Regolamento; trasparenza; rendicontazione; controlli; dichiarazioni; limiti contatti	☐ L ☐ M ☐ H

Macro-processo/ambito	UOC/Struttura	Ruoli/posizioni esposte	Evento rischioso (pantouflage)	Indicatori osservabili (red flags)	Fattori abilitanti (ORG/TECH/REL)	Misure (minimo ANAC / best practice)	Giudizio (RPCT)
Servizio tecnico: lavori e manutenzioni	Servizio Tecnico (DA ACQUISIRE)	RUP lavori; DL; responsabili impianti	Scelte e gestioni contrattuali favorevoli a impresa locale/affidatario in vista di incarico post-cessazione	Urgenze; affidamenti ripetitivi; SAL accelerati; contabilità lavori opaca	ORG: urgenze croniche; TECH: controlli cantiere deboli; REL: prossimità territoriale	Piani manutenzione; scadenziario; audit SAL/varianti; clausole; exit checklist ruoli esposti	☐ L ☐ M ☐ H
Energia/utility e servizi continuativi	Servizio Tecnico / Economico (DA ACQUISIRE)	Dirigenti; RUP; DEC	Condizionamento KPI/penali e rinnovi per mantenere rapporto privilegiato con gestore	KPI non controllati; penali non applicate; rinnovi frequenti	ORG: controlli performance assenti; TECH: dati non verificati; REL: dipendenza fornitore	Cruscotto KPI; verifiche indipendenti; applicazione penali; audit; clausole	☐ L ☐ M ☐ H
Patrimonio: locazioni, concessioni, comodati	Patrimonio (DA ACQUISIRE)	Responsabili; commissioni; istruttori	Concessioni/locazioni indirizzate a soggetti privati con ritorno post-cessazione	Canoni non allineati; proroghe; istruttorie rapide; contatti informali	ORG: criteri deboli; TECH: fascicoli non tracciati; REL: pressioni locali	Criteri standard; pubblicità; tracciabilità istruttoria; controlli a campione; exit checklist	☐ L ☐ M ☐ H
ICT: acquisizione soluzioni e governance fornitori strategici	ICT (DA ACQUISIRE)	Dirigente/PO ICT; admin; RUP	Scelte tecnologiche e condizioni contrattuali favorevoli al vendor con prospettiva di impiego	Lock-in; evolutive non concorrenziali; affidamenti ripetitivi	ORG: pochi presidi; TECH: log e accessi non governati; REL: dipendenza vendor	Segregazione accessi; audit log; review scelte; clausole; registro contatti; exit checklist	☐ L ☐ M ☐ H

Macro-processo/ambito	UOC/Struttura	Ruoli/posizioni esposte	Evento rischioso (pantouflage)	Indicatori osservabili (red flags)	Fattori abilitanti (ORG/TECH/REL)	Misure (minimo ANAC / best practice)	Giudizio (RPCT)
Contenzioso e transazioni	Affari Generali/Legale (DA ACQUISIRE)	Dirigente; referenti; RUP	Accordi transattivi 'generosi' con controparti in vista di collaborazione futura	Transazioni frequenti; motivazioni sintetiche; consulenze ricorrenti	ORG: deleghe ampie; TECH: fascicoli non tracciati; REL: reti professionali	Criteri e autorizzazioni multilivello; tracciabilità; rotazione incarichi; dichiarazioni	☐ L ☐ M ☐ H
Incarichi legali e consulenze	Affari Generali/Legale (DA ACQUISIRE)	Dirigente; RUP/istruttori	Affidamenti a professionisti 'collegati' con scambio prospettico di opportunità	Studi sempre uguali; motivazioni deboli; urgenze	ORG: albo/criteri assenti; TECH: tracciabilità incarichi scarsa; REL: reti locali	Albo/elenchi; criteri; rotazione; trasparenza; controlli RPCT	☐ L ☐ M ☐ H
Rapporti con privati accreditati/contrattualizzati (se presenti)	UOC competenti (DA ACQUISIRE)	Responsabili; istruttori; controllori	Agevolazioni o controlli attenuati con prospettiva di ingresso nel privato accreditato	Controlli non eseguiti; volumi 'anomali'; contatti informali	ORG: controlli deboli; TECH: workflow non tracciato; REL: pressioni esterne	Tracciabilità controlli; rotazione; audit; exit checklist; registro contatti	☐ L ☐ M ☐ H
Autorizzazioni, pareri, controlli (aree con poteri autoritativi)	UOC competenti (DA ACQUISIRE)	Responsabili procedimenti; ispettori	Istruttorie e controlli orientati per favorire destinatari e creare canale post-cessazione	Istruttorie accelerate; esiti sempre favorevoli; scarsa documentazione	ORG: standard istruttori assenti; TECH: fascicolo digitale debole; REL: pressioni	Checklist istruttoria; tracciabilità; controlli di qualità; audit e campioni RPCT	☐ L ☐ M ☐ H

Macro-processo/ambito	UOC/Struttura	Ruoli/posizioni esposte	Evento rischioso (pantouflage)	Indicatori osservabili (red flags)	Fattori abilitanti (ORG/TECH/REL)	Misure (minimo ANAC / best practice)	Giudizio (RPCT)
Gestione pagamenti e liquidazioni fornitori	Economico-Finanziario (DA ACQUISIRE)	Responsabile ragioneria; liquidatori; validatori	Pagamenti accelerati/dilazionati o chiusura contestazioni per favorire fornitore in vista di sbocco post-cessazione	Tempi pagamento molto differenziati; deroghe frequenti; contestazioni chiuse senza motivazione	ORG: segregazione debole; TECH: tracciabilità ERP non usata; REL: pressioni OE	Workflow autorizzativo a livelli; report tempi pagamento; log ERP; controlli a campione RPCT su top fornitori	☐ L ☐ M ☐ H
Servizio pulizie/sanificazione e disinfezione	UOC utilizzatrice / Provv. (DA ACQUISIRE)	DEC; RUP; referenti reparti	Tolleranza su KPI/penali/controlli per appaltatore (relazione continuativa) in ottica post-cessazione	KPI non misurati; penali mai applicate; reclami ripetuti senza azioni	ORG: controlli performance assenti; TECH: reporting scarso; REL: rapporto stabile con appaltatore	Cruscotto KPI; ispezioni a campione; applicazione penali; rotazione referenti; exit checklist ruoli esposti	☐ L ☐ M ☐ H
Gestione rifiuti sanitari (raccolta, trasporto, smaltimento)	Servizio Tecnico/Prevenzione (DA ACQUISIRE)	RUP/DEC; responsabili impianti; referenti sicurezza	Controlli attenuati su tracciabilità/quantitativi e gestione non conformità verso gestore	Non conformità ripetute; formulari incompleti; scostamenti quantitativi; audit assenti	ORG: ruoli cumulati; TECH: tracciabilità non presidiata; REL: dipendenza da gestore locale	Audit periodici; tracciabilità completa; segregazione controlli; penali; clausole e exit checklist	☐ L ☐ M ☐ H
Servizi di ristorazione/mensa (degenti e personale)	UOC utilizzatrice (DA ACQUISIRE)	DEC; RUP; dietisti/referenti controllo	Controlli qualità attenuati o accettazione variazioni non motivate a favore dell'appaltatore	Reclami ricorrenti; controlli non documentati; penali assenti; proroghe	ORG: controlli non strutturati; TECH: check list non usate; REL: rapporto continuativo	Check list controlli; campionamenti; tracciabilità reclami; penali; audit su proroghe	☐ L ☐ M ☐ H

Macro-processo/ambito	UOC/Struttura	Ruoli/posizioni esposte	Evento rischioso (pantouflage)	Indicatori osservabili (red flags)	Fattori abilitanti (ORG/TECH/REL)	Misure (minimo ANAC / best practice)	Giudizio (RPCT)
Lavanderia/servizi tessili e sterilizzazione esterna (se appaltata)	UOC utilizzatrice / Tecnico (DA ACQUISIRE)	DEC; RUP; referenti reparto/sterilizzazione	Gestione 'morbida' di non conformità e proroghe/rinnovi a favore del fornitore	Non conformità ripetute; controlli non tracciati; proroghe seriali	ORG: presidio qualità debole; TECH: reporting assente; REL: dipendenza fornitore	Piano controlli; tracciabilità NC; penali; scadenziario contratti; controlli RPCT su proroghe	☐ L ☐ M ☐ H
Servizi di vigilanza/portierato	UOC utilizzatrice (DA ACQUISIRE)	DEC; RUP; referenti presidio	Deroghe operative e controlli attenuati per appaltatore (relazione territoriale) con ritorno post-cessazione	Turni non coperti; contestazioni non formalizzate; penali assenti	ORG: controlli su turni deboli; TECH: tracciabilità presenze non presidiata; REL: pressioni locali	Registro presenze/servizi; verifiche a campione; penali; audit; exit checklist ruoli esposti	☐ L ☐ M ☐ H
Trasporto sanitario/ambulanze e servizi logistici (se appaltati)	UOC utilizzatrice (DA ACQUISIRE)	DEC; RUP; responsabili turni	Gestione permissiva su SLA/penali e proroghe per consolidare appaltatore	SLA non misurati; reclami; proroghe seriali; poche alternative di mercato	ORG: misurazione SLA assente; TECH: dati non raccolti; REL: dipendenza territoriale	Definizione SLA misurabili; reporting; penali; scadenziario; campioni RPCT su proroghe	☐ L ☐ M ☐ H
Noleggi/leasing e contratti di disponibilità (automezzi, apparecchiature)	Provveditorato / UOC tecnica (DA ACQUISIRE)	RUP; istruttori; referenti tecnici	Condizioni economiche/tecniche orientate per provider con prospettiva di incarico futuro	Offerte poche; requisiti selettivi; rinnovi; lock-in	ORG: comparazioni deboli; TECH: assenza TCO; REL: relazione stabile con provider	Analisi TCO; benchmark; review indipendente; clausole; controlli su rinnovi	☐ L ☐ M ☐ H

Macro-processo/ambito	UOC/Struttura	Ruoli/posizioni esposte	Evento rischioso (pantouflage)	Indicatori osservabili (red flags)	Fattori abilitanti (ORG/TECH/REL)	Misure (minimo ANAC / best practice)	Giudizio (RPCT)
Manutenzione apparecchiature biomedicali (service e contratti full risk)	Ingegneria Clinica (DA ACQUISIRE)	Responsabile; DEC; tecnici	Accettazione interventi/varianti e rinnovi favorevoli a vendor in ottica post-cessazione	Interventi non tracciati; KPI non misurati; rinnovi; penali assenti	ORG: presidio KPI debole; TECH: CMMS/log non usati; REL: dipendenza vendor	CMMS e tracciabilità interventi; KPI; audit; penali; review rinnovi; exit checklist ruoli esposti	☐ L ☐ M ☐ H
Economato/magazzino: ordini diretti e gestione scorte	Economato/Logistica (DA ACQUISIRE)	Responsabile; addetti ordini; istruttori	Ordini ripetitivi o preferenze su fornitori per consolidare relazione in vista di impiego futuro	Ordini frazionati; fornitori ricorrenti; scorte anomale; urgenze	ORG: controlli rotazione deboli; TECH: report consumi assente; REL: prossimità fornitori	Report ordini ripetitivi; rotazione; motivazioni urgenze; controlli RPCT; clausole	☐ L ☐ M ☐ H

5. Sistema di misure (minimo ANAC / buone prassi)

5.1 Misure ex ante (durante il servizio)

1) Perimetrare la popolazione esposta: ruoli che esercitano poteri autoritativi o negoziali e che, in concreto, incidono su rapporti/posizioni di soggetti privati destinatari dell'attività ASP (es. RUP/DEC, DL/collaudatori, dirigenti e PO in ambiti sensibili, componenti di commissioni, referenti tecnici decisori).
2) Informativa periodica e dichiarazioni (annuali e ad evento) su: presa visione del divieto, eventuali contatti/relazioni rilevanti con operatori economici, incarichi esterni, proposte o trattative di lavoro/consulenza e potenziali conflitti, con tracciabilità e conservazione delle evidenze.
3) Clausole anti-pantouflage standard negli atti di gara e nei contratti, integrate nei modelli aziendali.
4) Registro contatti/relazioni (solo per aree ad alta esposizione): tracciabilità di incontri/call/riunioni con operatori economici.
5) Segregazione e controlli di 2° livello nelle fasi più sensibili (capitolati, valutazioni, varianti, penali, transazioni).

5.2 Misure in uscita (cessazione/trasferimento)

- Exit checklist HR obbligatoria per ruoli esposti: reminder sul periodo di raffreddamento, acquisizione dichiarazione, revoca accessi e, soprattutto, compilazione di una scheda di verifica dei presupposti (atti/rapporti rilevanti nel triennio e principali soggetti privati destinatari), da trasmettere al RPCT per il monitoraggio selettivo.
- Comunicazione formale al cessante (e, dove utile, al dirigente sovraordinato): perimetro del divieto, esempi pratici e canale RPCT per dubbi/segnalazioni.
- Gestione dei casi dubbi: valutazione motivata RPCT (presupposti e criteri di "concretezza"), eventuale richiesta di parere e attivazione tempestiva del canale segnalazioni/whistleblowing qualora emergano red flags.

5.3 Misure ex post (monitoraggi selettivi)

- Controlli a campione semestrali sui ruoli esposti cessati: verifica di incarichi/rapporti con operatori economici destinatari (anche tramite canali informativi interni).

- Incrocio cessazioni ruoli chiave - fornitori strategici (top per spesa/criticità) e attivazione istruttoria RPCT in caso di red flags.
- Flusso di escalation e gestione non conformità: azioni correttive e, ove necessario, valutazione di segnalazione all'ANAC.

6. Monitoraggio e auditabilità

- Numero di cessazioni/anno su ruoli esposti e percentuale exit checklist completate (target 100%).
- Percentuale di gare/contratti sensibili con clausola anti-pantouflage (target 100%).
- Numero di alert/segnalazioni pantouflage gestiti e tempi di risposta RPCT.
- Incrocio fornitori strategici (top 20) con cessazioni ruoli chiave (monitor trimestrale).

7. RACI (ruoli e responsabilità)

**RACI: Responsable, Accountable, Consulted, Informed*

Attività	RPCT	Direzione Strategica	HR	Provveditorato	Tecnico/Patrimonio	ICT	Legale/AA.GG.
Perimetro ruoli esposti	A	R	C	C	C	C	C
Informativa e dichiarazioni	A	C	R	C	C	C	C
Clausole in gara/contratti	C	A	I	R	R	R	C
Exit checklist	C	A	R	C	C	C	C
Monitoraggi ex post	R	A	C	C	C	C	C
Gestione alert/segnalazioni	R	A	I	C	C	C	C

ALLEGATI OPERATIVI

Allegato A - Procedura interna 'Pantouflage' (outline)

- Scopo e campo di applicazione (ruoli esposti).
- Definizioni operative (poteri autoritativi/negoziali; destinatari; periodo di raffreddamento).
- Presupposti applicativi: verifica puntuale delle tre condizioni (perimetro soggettivo; esercizio concreto ed effettivo di poteri autoritativi/negoziali nel triennio; destinatario e natura dell'incarico presso il privato).
- Ruoli e responsabilità (RACI).
- Misure ex ante (informativa, dichiarazioni, clausole, registro contatti).
- Gestione cessazione (exit checklist).
- Monitoraggi ex post e istruttoria RPCT (criteri e campionamento).
- Gestione non conformità, escalation e reporting (Direzione, OIV/Organi competenti).

Allegato B - Modulo 'Dichiarazione/Informativa pantouflage'

DICHIARAZIONE / PRESA VISIONE - PANTOUFLAGE (art. 53, co. 16-ter, D.Lgs. 165/2001)
☐ Ho preso visione del divieto e dei relativi effetti (nullità del contratto/incarico; divieto per il privato di contrattare con la PA per tre anni; restituzione dei compensi percepiti; ulteriori conseguenze per l'ASP e per i soggetti interessati).
☐ Negli ultimi tre anni di servizio ho esercitato poteri autoritativi o negoziali, per conto dell'ASP, nei confronti di soggetti privati destinatari della mia attività (operatori economici, privati accreditati/contrattualizzati, ecc.): ☐ No ☐ Sì (indicare soggetti e atti principali).
☐ Ho ricevuto proposte di lavoro/consulenza o avviato interlocuzioni con operatori economici/privati collegati ad attività ASP: ☐ No ☐ Sì (specificare).
Impegno a informare HR/RPCT in caso di offerte o trattative rilevanti nel periodo di raffreddamento.
Firma e data: _____

Allegato C - Exit checklist (cessazione/trasferimento)

Voce	Esito
Identificazione ruolo esposto (sì/no) e ambiti sensibili (gare, tecnico, ICT, farmaci/dispositivi, legale, ecc.)	☐ OK
Consegna informativa pantouflage e firma presa visione	☐ OK
Raccolta dichiarazione (Allegato B)	☐ OK
Revoca deleghe e disabilitazione credenziali/accessi; consegna device e badge	☐ OK
Consegna documentazione/hand-over su pratiche sensibili (se applicabile)	☐ OK
Comunicazione interna a RPCT per ruoli esposti (protocollazione riservata)	☐ OK
Verifica presupposti applicativi (parere ANAC): elenco soggetti privati destinatari e atti/rapporti rilevanti nel triennio; scheda inviata al RPCT.	☐ OK
Note/criticità riscontrate (se presenti)	_____

Allegato D - Clausole tipo

D1 - Clausola in lettera/contratto di incarico (dipendente/dirigente):

Il soggetto dichiara di conoscere e impegnarsi a rispettare il divieto di cui all'art. 53, comma 16-ter, D.Lgs. 165/2001 e prende atto delle conseguenze in caso di violazione. Il soggetto si impegna altresì a informare l'ASP in caso di offerte o trattative rilevanti nel periodo di raffreddamento.

D2 - Clausola in contratto con operatore economico/consulente:

L'operatore dichiara di non aver conferito incarichi in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, D.Lgs. 165/2001 e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali situazioni rilevanti emerse durante l'esecuzione, fermo restando quanto previsto dagli atti di gara e dal contratto

Allegato E - Red flags

- Assunzione/consulenza entro breve tempo dalla cessazione presso affidatario/fornitore strategico gestito direttamente.
- Intensificazione di contatti con un operatore economico poco prima della cessazione (riunioni, call, canali informali).
- Varianti/proroghe/rinnovi 'borderline' in prossimità di dimissioni o pensionamento.
- Penali e contestazioni sistematicamente non applicate o chiuse in modo non motivato.
- Incarichi post-cessazione formalmente 'commerciali' o 'relazioni istituzionali' presso soggetti che erano interlocutori dell'ASP.

Allegato F - Domande per intervista

1) Negli ultimi 24 mesi, su quali operatori economici/privati hai esercitato poteri negoziali (gare, esecuzione, varianti, transazioni)?
2) Hai gestito rapporti continuativi con gli stessi operatori (riunioni, call, canali diretti)? Dove resta traccia?
3) Chi valida davvero le tue decisioni nelle fasi sensibili (capitolati, varianti, penali, transazioni)?
4) Esiste una separazione tra chi negozia/decide e chi controlla (2° livello)? Dove è documentata?
5) Tracciate i contatti con OE nelle fasi sensibili? Esiste un registro o evidenze equivalenti?
6) In uscita, HR consegna una exit checklist pantouflage? È stata applicata in casi recenti?
7) Ci sono ambiti dove una sola persona concentra scelta tecnica, relazione con fornitore e controllo dell'esecuzione?
8) Quali sono le principali pressioni/sollecitazioni esterne che ricevi (territorio, OE, professionisti) e come le gestisci?
9) Hai ricevuto proposte di collaborazione da soggetti che hanno rapporti contrattuali con l'ASP?
10) Quali dati o accessi (ICT) potrebbero essere 'sensibili' e riutilizzabili all'esterno?

Checklist di conformità RPCT

☐ Ho mappato ruoli e processi esposti e li aggiorno almeno annualmente.

☐ Ho informativa, dichiarazioni e exit checklist operative (con evidenze).

☐ Applico il criterio di verifica "concreta ed effettiva" dei poteri e documento i presupposti applicativi (per evitare automatismi e sovra-inclusioni).

☐ Ho clausole anti-pantouflage nei modelli di gara e nei contratti sensibili.

☐ Ho monitoraggi ex post e un flusso di gestione alert/segnalazioni (con reporting).

☐ Posso esibire evidenze minime: verbali, determinazioni, check list, campionamenti, audit, comunicazioni.

ASP DI AGRIGENTO

REGOLAMENTO E PROCEDURA OPERATIVA

Inconferibilità e Incompatibilità degli incarichi (D.Lgs. 39/2013)

Parte integrante del PTPCT/PIAO 2026-2028 – Sottosezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza"

DOMANDE DI RACCOLTA DATI

Compilare preliminarmente (o in parallelo) per tarare Regolamento e procedura sull'assetto reale dell'ASP di Agrigento.

N.	Domanda (secca)	Ufficio/Fonte interna	Note / Evidenze attese
1	Qual è l'elenco ufficiale degli incarichi soggetti a verifica ex D.Lgs. 39/2013 (DG/DS/DA, dirigenti, incarichi di funzione, ecc.) e il relativo atto/strumento di conferimento?	UOC Risorse Umane / Affari Generali	Organigramma / funzionigramma / atti tipo; link intranet/Albo pretorio.
2	Qual è il workflow attuale di conferimento/nomina (chi istruisce, chi firma, quali pareri, quali controlli già svolti)?	UOC RU / Segreteria Direzione Strategica	Schema fasi / RACI esistente; eventuali modulistiche.
3	Esiste un registro (anche Excel) delle dichiarazioni ex art. 20 D.Lgs. 39/2013 e delle verifiche svolte? Dove è conservato e chi lo aggiorna?	RPCT / UOC RU	Template, repository, policy conservazione.
4	Quali banche dati/riscontri vengono utilizzati oggi per le verifiche (es. anagrafe incarichi, visure, Albo/Amministrazione Trasparente, casellario, ecc.)?	UOC RU / Ufficio Trasparenza / ICT	Elenco fonti e credenziali; tracciamento accessi.
5	Qual è la periodicità e modalità di raccolta delle dichiarazioni annuali di incompatibilità? (scadenze, solleciti, escalation)	RPCT / UOC RU	Calendario, mail standard, report ritardi.
6	Esistono casi pregressi (ultimi 5 anni) di contestazioni/decadenze/archiviazioni in materia D.Lgs. 39/2013 o conflitti di interesse analoghi?	RPCT / Affari Legali / UPD	Estratti atti (oscurati), lesson learned.
7	Quali ruoli sono più esposti (commissioni, RUP/DEC, rapporti con privati accreditati, ecc.) e come vengono oggi gestiti i cumuli di incarichi esterni?	RPCT / Provveditorato / UOC RU	Registro incarichi esterni; autorizzazioni ex art. 53 D.Lgs. 165/2001.
8	Dove e come vengono pubblicati gli atti e i dati su incarichi e dichiarazioni (Amministrazione Trasparente)? Chi effettua il controllo qualità dei dati?	Ufficio Trasparenza/URP	Mappa sezioni del sito; check di completezza; SLA.
9	Qual è l'assetto del RPCT (risorse, supporto, canali di segnalazione, protocollazione) e come si gestiscono le segnalazioni (whistleblowing/ordinario)?	RPCT / ICT / URP	Procedure; canali; tempi medi; registri.
10	Sono presenti enti/organismi controllati/partecipati/regolati/finanziati dall'ASP (o dal SSR) con cui ricorrono frequenti scambi di incarichi?	Direzione / Affari Generali	Elenco enti; natura rapporto; contratti/convenzioni.
11	Qual è il sistema documentale/protocollo e come si assicura la conservazione dell'audit trail (fascicolo incarico)?	Protocollo / ICT	Manuale gestione documentale; fascicolazione; conservazione.
12	Quali KPI/KRI anticorruzione sono già utilizzati in PIAO/PTPCT e con che frequenza sono rendicontati?	RPCT / OIV	Report precedenti; format; responsabilità.

Regolamento E Procedura Operativa, Inconferibilità E Incompatibilità Degli Incarichi

1. Premesse, finalità e riferimenti

Il presente Regolamento disciplina, nell'ambito dell'ASP di Agrigento, le misure organizzative e i processi di prevenzione, verifica e gestione delle cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi ai sensi del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, quale misura di prevenzione strutturale del rischio corruttivo e di maladministration.

Il Regolamento costituisce misura generale della Sottosezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza" del PTPCT/PIAO 2026-2028 e ne è parte integrante. Le modalità operative sono dettagliate nella Procedura allegata (Parte 2).

Il Regolamento si coordina con:

- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) vigente e relativi schemi/indirizzi applicativi sul D.Lgs. 39/2013 (PNA 2025 e Allegato "Schemi");
- indicazioni ANAC per la definizione della Sottosezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO (23 luglio 2025);
- Delibera ANAC n. 464 del 26 novembre 2025 (atto generale su vigilanza e accertamento ex D.Lgs. 39/2013) e ulteriori orientamenti/FAQ ANAC pertinenti;
- disciplina correlata su conflitto di interessi, trasparenza e incarichi (L. 190/2012, D.Lgs. 33/2013, D.Lgs. 165/2001, DPR 445/2000).

Nota di aggiornamento normativo e regolamentare
Il quadro del D.Lgs. 39/2013 (inconferibilità e incompatibilità degli incarichi) è stato interessato da recenti interventi normativi e da un aggiornamento degli indirizzi applicativi ANAC. Il presente Regolamento recepisce tali evoluzioni, con particolare attenzione alla tracciabilità istruttoria e alla tempestività dei flussi RPCT/ANAC.
• **L. 5 marzo 2024, n. 21 – art. 4:** riduzione del periodo di "raffreddamento" a 1 anno e previsione di specifiche esclusioni per incarichi/cariche/attività occasionali o prive di poteri esecutivi e di controllo; nei casi di esclusione l'ASP deve motivare e applicare presidi organizzativi e di trasparenza proporzionati (segregazione, astensione, limitazioni, pubblicità rafforzata).
• **Interventi 2025 – art. 7:** abrogazione, con effetti dal 24 agosto 2025 (restano ferme le verifiche sulle restanti fattispecie e la necessità di ricondurre correttamente il perimetro degli incarichi ai divieti residui).
• **D.L. 14 marzo 2025, n. 25, conv. L. 9 maggio 2025, n. 69 – art. 12:** introduzione del comma 4-bis (incompatibilità non applicabile ai dipendenti di ruolo con qualifica dirigenziale della medesima amministrazione/ente conferente, nei limiti previsti dalla norma).
• **Delibera ANAC n. 464 del 26 novembre 2025 – atto di carattere generale sull'esercizio dei poteri di vigilanza e accertamento:** chiarisce il modello "a due livelli" (vigilanza interna del RPCT e vigilanza esterna ANAC), la natura provvedimentale degli accertamenti dell'Autorità e gli adempimenti conseguenti in capo all'ASP.

Implicazioni operative:

- nessun conferimento/nomina senza fascicolo istruttorio completo e checklist verifiche;
- gestione distinta dei casi di inconferibilità (nullità dell'atto) e incompatibilità (opzione entro 15 giorni);
- attivazione delle comunicazioni ad ANAC e delle eventuali contestazioni sanzionatorie nei casi previsti;
- riesame annuale obbligatorio in sede di aggiornamento PIAO/PTPCT o al verificarsi di novità ANAC.

2. Definizioni operative e ambito di applicazione

Ai fini del presente Regolamento si intendono per:

(a) "inconferibilità": preclusione originaria al conferimento dell'incarico;
(b) "incompatibilità": impossibilità di mantenere contemporaneamente l'incarico e altre cariche/attività;
(c) "organo conferente": soggetto/organismo competente al conferimento/nomina;
(d) "RPCT": Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'ASP;
(e) "fascicolo dell'incarico": insieme degli atti e delle evidenze che documentano l'intero ciclo di vita dell'incarico.

Ambito soggettivo – Il Regolamento si applica a tutti gli incarichi rientranti nel perimetro del D.Lgs. 39/2013, ivi inclusi, per quanto compatibile con l'assetto dell'ASP di Agrigento: Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo; incarichi dirigenziali interni ed esterni; incarichi di direzione/responsabilità di strutture complesse e semplici; incarichi di funzione/posizione; incarichi in organi/commissioni quando integrano "incarichi amministrativi" ai sensi del decreto; ulteriori incarichi individuati dall'ASP (Allegato A10 – RACI/Perimetro).

Ambito oggettivo – Le verifiche riguardano:

- cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 39/2013, come interpretato da ANAC e dalla giurisprudenza;
- ulteriori situazioni rilevanti ai fini della corretta compilazione delle dichiarazioni ex art. 20 (es. cariche, incarichi, attività professionali, candidature).

Coordinamento con altre discipline – Restano fermi:

(a) obblighi in materia di conflitto di interessi e astensione (misure puntuali);

(b) disciplina su incarichi extraistituzionali e autorizzazioni (art. 53 D.Lgs. 165/2001);

(c) obblighi di pubblicazione (D.Lgs. 33/2013) e tracciabilità;

(d) eventuali regolamenti aziendali interni.

3. Ruoli, responsabilità e principio di segregazione

Organo conferente – È responsabile del corretto conferimento/nomina, della raccolta delle dichiarazioni e dell'acquisizione delle evidenze istruttorie, anche mediante accertamenti delegati agli uffici competenti. L'organo conferente non può limitarsi a recepire la sola dichiarazione dell'interessato.

UOC Risorse Umane / Affari Generali – Curano l'istruttoria tecnico-amministrativa, il fascicolo dell'incarico, i controlli documentali e i solleciti; assicurano la conservazione dell'audit trail e i flussi informativi verso RPCT.

RPCT – Esercita vigilanza e controllo sul rispetto delle disposizioni del D.Lgs. 39/2013; definisce in PIAO/PTPCT le fasi e competenze del processo ex art. 20; contesta le situazioni di inconferibilità/incompatibilità e avvia i procedimenti di accertamento; segnala ad ANAC le possibili violazioni emerse; supporta l'organo conferente per profili interpretativi e, se del caso, promuove richiesta di parere preventivo ad ANAC.

Ufficio Trasparenza – Cura pubblicazioni e aggiornamenti nella sezione "Amministrazione Trasparente" e il controllo qualità dei dati, secondo responsabilità e tempi fissati in SOP.

OIV/Nucleo di Valutazione – Collabora al monitoraggio degli indicatori e alla verifica dell'attuazione delle misure, nei limiti delle proprie funzioni.

Delibera ANAC n. 464/2025 – Riparto di funzioni e vincolatività degli accertamenti – In coerenza con gli artt. 15 e 16 del D.Lgs. 39/2013 e con gli indirizzi ANAC, l'assetto di controllo è "a due livelli":

(a) vigilanza interna, affidata al RPCT, orientata a prevenzione, verifiche, contestazioni e tracciabilità;

(b) vigilanza esterna, esercitata da ANAC, mediante attività ispettiva/istruttoria e provvedimenti di accertamento.

In tale cornice, ANAC può anche adottare misure cautelari (ad es. sospensione del procedimento di conferimento/nomina) per prevenire il perfezionamento di incarichi potenzialmente in violazione; l'ASP assicura immediata cooperazione istruttoria e conserva le evidenze richieste nel fascicolo dell'incarico.

A seguito di un accertamento ANAC, il RPCT cura l'esecuzione degli adempimenti conseguenti (comunicazioni, atti dichiarativi, proposte di revoca/decadenza o di nullità, segnalazioni e aggiornamenti in Amministrazione Trasparente), senza sovrapporre valutazioni discrezionali sul merito dell'accertamento. Nei casi dubbi o di particolare complessità, il RPCT può promuovere, d'intesa con la Direzione, richiesta di parere preventivo ad ANAC prima del conferimento.

4. Obblighi dichiarativi (art. 20 D.Lgs. 39/2013) e aggiornamenti

Dichiarazione al conferimento – Chiunque assuma un incarico soggetto al D.Lgs. 39/2013 rende, all'atto della nomina/conferimento, dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità (Modello A1).

Dichiarazione annuale – Il titolare dell'incarico rende annualmente dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità (Modello A2), entro il termine stabilito nella procedura.

Obbligo di comunicazione tempestiva ("trigger event") – Il titolare comunica entro 10 giorni ogni variazione rilevante (nuove cariche, incarichi, candidature, attività professionale rilevante, rapporti con enti regolati/finanziati, ecc.), utilizzando il Modello A3.

Responsabilità e conseguenze – Le dichiarazioni sono rese ai sensi del DPR 445/2000. In caso di dichiarazioni mendaci, si applicano le conseguenze di legge e quelle specifiche ex art. 20, comma 5, D.Lgs. 39/2013 (divieto quinquennale di incarichi).

Presidio minimo

Nessun incarico soggetto al D.Lgs. 39/2013 può essere conferito senza:

- dichiarazione A1 acquisita e protocollata;
- checklist istruttoria A4 completata;
- fascicolo incarico aperto e tracciabile.

In caso di urgenza, è ammesso solo "conferimento condizionato" (DA ACQUISIRE: previsione in atto di conferimento) con termine massimo di regolarizzazione e clausola risolutiva espressa.

5. Istruttoria pre-conferimento/nomina (controlli minimi obbligatori)

Avvio – L'istruttoria è avviata dalla struttura competente (UOC RU / Affari Generali) su input dell'organo conferente, con apertura del fascicolo dell'incarico.

Controlli minimi – Devono essere svolti i controlli indicati nella Checklist A4, includendo riscontri su: cariche/ruoli pregressi in enti regolati o finanziati; incarichi in enti in controllo pubblico; attività professionali regolate/finanziate; candidature in ambiti territoriali rilevanti; ulteriori cause specifiche per il SSR e per DG/DS/DA.

Esiti – L'istruttoria si conclude con:

(a) esito favorevole e proposta di conferimento;

(b) richiesta integrazioni;

(c) esito ostativo con proposta di non conferimento;

(d) richiesta di parere preventivo ad ANAC nei casi dubbi (DA ACQUISIRE: modello richiesta).

6. Monitoraggio in corso di incarico

Riconferma annuale – Il RPCT, con supporto UOC RU, assicura la raccolta e verifica delle dichiarazioni annuali di incompatibilità secondo SOP 2.

Controlli a campione – Sono effettuati controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni e sulla persistenza dei presupposti, con periodicità almeno annuale e campionamento motivato (DA ACQUISIRE: criterio campionamento).

Trigger event – La segnalazione di variazioni (Modello A3) attiva immediata istruttoria e, se del caso, procedimento di accertamento.

7. Gestione delle non conformità e procedimenti di accertamento

Principio – In caso di possibile inconferibilità/incompatibilità, il RPCT avvia procedimento di accertamento, garantendo contraddittorio e tracciabilità.

Inconferibilità – Se accertata la sussistenza di una causa di inconferibilità (preclusione originaria al conferimento):

- l'atto di conferimento/nomina è nullo ai sensi del D.Lgs. 39/2013 e deve essere rimosso senza ritardo;
- UOC Risorse Umane/Affari Generali cura gli atti conseguenti (presa d'atto, revoca, cessazione effetti, sostituzione) e l'aggiornamento del fascicolo;

- il RPCT dispone le comunicazioni dovute e, ove ricorrano i presupposti, attiva la contestazione sanzionatoria ex art. 18 nei confronti dell'organo conferente (valutando dolo/colpa) e la segnalazione ad ANAC secondo procedura 5.

Incompatibilità – Se emerge o sopravviene una situazione di incompatibilità: (i) il RPCT contesta formalmente all'interessato la situazione e assegna il termine perentorio di 15 giorni per esercitare l'opzione tra i due incarichi/cariche/attività incompatibili; (ii) se la causa è rimossa nei termini, si procede all'archiviazione motivata con evidenze nel fascicolo; (iii) in difetto di opzione/rimozione, l'ASP adotta l'atto dichiarativo della decadenza dall'incarico e attiva le comunicazioni e pubblicazioni conseguenti.

Misure organizzative – A fronte di criticità, l'organo conferente adotta misure correttive (es. revoca, sostituzione, rotazione, rimodulazione deleghe), coerenti con PIAO/PTPCT e con la gestione del rischio.

Sanzioni e responsabilità – Il RPCT valuta, in coordinamento con gli uffici competenti, i presupposti per l'attivazione delle sanzioni previste dal decreto:

(a) art. 18: interdizione temporanea dal conferimento di incarichi in capo all'organo conferente in caso di conferimento nullo, nei limiti della responsabilità accertata (dolo o colpa);

(b) art. 20, comma 5: divieto quinquennale di conferimento di incarichi in caso di dichiarazioni mendaci;

(c) ulteriori profili di responsabilità disciplinare, erariale o penale, se del caso, con trasmissione agli organi competenti.

Resta fermo l'obbligo di tracciabilità istruttoria e di conservazione dell'audit trail.

8. Flussi informativi, segnalazioni ad ANAC e trasparenza

Flussi interni – UOC RU/Affari Generali trasmettono al RPCT, con cadenza definita in SOP, lo stato delle dichiarazioni, esiti istruttori, anomalie e azioni correttive.

Segnalazioni ad ANAC – Il RPCT segnala ad ANAC i casi di possibile violazione emersi nell'ordinaria attività di vigilanza/controllo, nonché gli esiti dei procedimenti di accertamento interni di maggiore rilevanza. La segnalazione (Modello A9) contiene almeno:

- dati identificativi dell'incarico e del soggetto;

- organo conferente;
- cronologia essenziale;
- norme potenzialmente violate;
- esito istruttorio/atti adottati o proposti;
- evidenze minime (atto di conferimento/nomina, dichiarazioni A1/A2/A3, checklist A4, riscontri e note istruttorie).

Pubblicazione – L'Ufficio Trasparenza assicura gli obblighi di pubblicazione su incarichi e dichiarazioni nei termini previsti, con controllo qualità e audit trail (Procedura 6).

9. Formazione, comunicazione e consapevolezza

Piano formativo – Il RPCT inserisce annualmente nel Piano della formazione PIAO:

- modulo base per tutti i titolari di incarichi;
- modulo avanzato per organo conferente, UOC RU, Trasparenza;
- aggiornamento su novità normative/ANAC.

Tracciabilità – Presenze e materiali sono conservati come evidenza.

10. Monitoraggio, indicatori e riesame annuale

Reportistica – Il RPCT produce report periodici per la Direzione e OIV (trimestrale o semestrale: DA ACQUISIRE) su: tasso di compliance dichiarazioni, esiti controlli, criticità e azioni.

Indicatori – Almeno: % dichiarazioni acquisite entro scadenza; % fascicoli completi; n. controlli a campione; n. trigger event gestiti; tempi medi di chiusura procedimenti; n. pubblicazioni aggiornate e conformi; n. casi segnalati ad ANAC.

Riesame – Il presente Regolamento e la SOP sono riesaminati annualmente in occasione dell'aggiornamento PIAO/PTPCT o prima in caso di novità normative/ANAC.

11. Entrata in vigore, allegati e disposizioni finali

Entrata in vigore – Il Regolamento entra in vigore dalla data indicata nell'atto di adozione e si applica agli incarichi conferiti successivamente; per gli incarichi in corso si applica il monitoraggio e la raccolta dichiarazioni annuali secondo SOP.

Allegati – Costituiscono parte integrante: Parte 2 (procedura); Parte 3 (Allegati operativi); Parte 4 (Matrice cause-controlli-evidenze).

PARTE 2 – SOP / PROCEDURA OPERATIVA (workflow)

Le SOP sono strutturate per essere utilizzate "da scrivania" e per garantire tracciabilità, segregazione delle funzioni e auditabilità.

Le scadenze specifiche (date) vanno completate con "DA ACQUISIRE".

SOP 1 – Verifica pre-conferimento (istruttoria completa)

Fase	Attore (owner)	Input / Trigger	Attività operative (passo-passo)	Output / Atti	Tempi / Scadenze	Evidenze da conservare	Sistemi/Registri	Controlli (1°/2° livello)	Escalation
1. Avvio istruttoria	UOC RU / Affari Generali	Richiesta conferimento/nomina	Aprire fascicolo incarico; richiedere Modello A1; acquisire CV; verificare perimetro incarico (matrice Parte 4).	Fascicolo aperto; richiesta integrazioni	T0/2 gg	Protocollo; A1; CV	Protocollo/Documentale	Check RU; presa visione RPCT (2° liv.)	Se dubbio: RPCT
2. Verifiche minime	UOC RU / RU / supporto ICT/Trasparenza	A1 ricevuto	Eseguire controlli Checklist A4: riscontri su incarichi/cariche/attività; verificare pubblicazioni; acquisire evidenze; redigere nota istruttoria.	Checklist A4; nota istruttoria	T0/I0 gg	A4; evidenze; screenshot/visure	Registro verifiche A6	2° liv: RPCT campione/critici	Se criticità: RPCT
3. Esito istruttoria	Organo conferente	Nota istruttoria	Valutare esito: favorevole / ostativo / richiedere parere ANAC; inserire clausole in atto (condizione risolutiva).	Atto conferimento/nomina o diniego	Prima della firma	Atto; motivazione; pareri	Albo/Atti	Controllo legittimità interno (DA ACQUISIRE)	Se ostativo: Direzione / RPCT
4. Pubblicazione	Ufficio Trasparenza	Atto adottato	Aggiornare Amministrazione Trasparente; pubblicare dati/incarico secondo tabella SOP 6; comunicare completamento a RU/RPCT.	Pubblicazione conforme	Entro termini di legge (DA ACQUISIRE)	Link pubblicazione; log aggiornamento	CMS sito	Check qualità dati	Se anomalia: RPCT

SOP 2 – Aggiornamento / riconferma periodica dichiarazioni

Fase	Attore (owner)	Input / Trigger	Attività operative (passo-passo)	Output / Atti	Tempi / Scadenze	Evidenze da conservare	Sistemi/Registri	Controlli (1°/2° livello)	Escalation
1. Pianificazione	RPCT / UOC RU	Calendario annuale	Definire scadenza annuale dichiarazioni incompatibilità (A2); predisporre comunicazione massiva; aggiornare elenco destinatari.	Piano raccolta A2	Entro [•]/anno	Email/avvisi; elenco destinatari	Registro A6	RPCT valida elenco	Se criticità: Direzione
2. Raccolta	Titolare incarico	Richiesta A2	Compilare e trasmettere A2; indicare eventuali variazioni; firmare digitalmente (se previsto).	A2 protocollata	Entro [•]/anno	A2	Protocollo	RU verifica completezza	Sollecito RU
3. Solleciti/Escalation	UOC RU	Scadenza prossima/superata	Inviare 1° sollecito; 2° sollecito con copia RPCT; escalation a Direzione per inadempienze persistenti.	Solleciti tracciati	T/5/10 gg	PEC/mail; report ritardi	Registro A6	RPCT monitora	Direzione Strategica
4. Controlli a campione	RPCT	Campione definito	Effettuare controlli a campione su veridicità/coerenza; aprire ticket istruttorio se anomalia.	Verbale controllo; esito	Annuale	Verbale; evidenze	Registro controlli	2° livello	Se violazione: SOP 5

SOP 3 – Gestione variazioni sopravvenute (trigger event)

Fase	Attore (owner)	Input / Trigger	Attività operative (passo-passo)	Output / Atti	Tempi / Scadenze	Evidenze da conservare	Sistemi/Registri	Controlli (1°/2° livello)	Escalation
1. Ricezione variazione	UOC RU / RPCT	Modello A3 / segnalazione	Protocollare; classificare: potenziale incompatibilità vs inconferibilità (nuovo incarico); aprire istruttoria.	Fascicolo variazione	T0	A3; segnalazione	Registro A6	RPCT presa visione	Se grave: Direzione
2. Valutazione rapida	RPCT / RU	A3 protocollato	Valutare impatto con Matrice (Parte 4); richiedere integrazioni; se dubbio, valutare parere ANAC.	Nota valutazione	T0/7 gg	Nota; evidenze	Fascicolo incarico	2° livello RPCT	Parere ANAC
3. Esiti	Organo conferente	Nota valutazione	Disporre: archiviazione; richiesta rimozione incompatibilità; revoca/decadenza; segnalazione ANAC se violazione.	Provvedimento; comunicazioni	Secondo termini di legge	Atto; comunicazioni	Protocollo	RPCT monitoraggio	ANAC se dovuto

SOP 4 – Gestione segnalazioni interne/esterne

Fase	Attore (owner)	Input / Trigger	Attività operative (passo-passo)	Output / Atti	Tempi / Scadenze	Evidenze da conservare	Sistemi/Registri	Controlli (1°/2° livello)	Escalation
1. Ricezione	RPCT / URP / Protocollo	Segnalazione interna/esterna	Registrare; valutare canale (ordinario vs whistleblowing); assicurare riservatezza; classificare rischio.	Scheda segnalazione	T0	Segnalazione; log	Registro segnalazioni	RPCT	Se penale: Legale (DA ACQUISIRE)
2. Istruttoria	RPCT / RU	Scheda segnalazione	Acquisire atti; sentire interessati; verificare dichiarazioni; redigere proposta esito.	Relazione istruttoria	T0/30 gg (DA ACQUISIRE)	Relazione; evidenze	Fascicolo	2° livello Direzione (se previsto)	ANAC se violazione

SOP 5 – Contestazione e provvedimenti / comunicazioni obbligatorie

Fase	Attore (owner)	Input / Trigger	Attività operative (passo-passo)	Output / Atti	Tempi / Scadenze	Evidenze da conservare	Sistemi/Registri	Controlli (1°/2° livello)	Escalation
1. Avvio procedimento	RPCT	Evidenze di possibile violazione	Qualificare il caso (inconferibilità vs incompatibilità vs dichiarazioni mendaci). Redigere contestazione/comunicazione (A7) indicando fatti, norme e termine per controdeduzioni. In caso di incompatibilità: assegnare termine perentorio di 15 giorni per l'opzione. In caso di inconferibilità: notificare anche all'organo conferente e avviare valutazione sanzionatoria ex art. 18 (dolo/colpa), se del caso.	Contestazione notificata / avvio procedimento (A7) / eventuale richiesta opzione	T0 (immediato); 15 gg per opzione (incompatibilità)	A7; ricevute	Protocollo/PEC	Controllo formale RU	Direzione informata; Organo conferente (inconferibilità)
2. Contraddittorio	Interessato / RPCT	Controdeduzioni	Ricevere memorie/controdeduzioni; richiedere chiarimenti; eventuale audizione; aggiornare fascicolo. In caso di incompatibilità: acquisire comunicazione di opzione/rimozione causa entro il termine assegnato e verificare evidenze.	Verbale/nota	Entro termine assegnato; comunque nei 15 gg per l'opzione (incompatibilità)	Memorie; verbali	Fascicolo	RPCT	Se complesso: parere ANAC
3. Accertamento ed esito	RPCT → Organo conferente	Istruttoria chiusa	Formulare proposta di esito e predisporre atto (A8), distinguendo: (a) inconferibilità: proposta di presa d'atto della nullità	Proposta / Atto esito (A8) / comunicazioni/atti conseguenti	Secondo termini interni (DA ACQUISIRE); priorità alta nei	A8; relazione	Fascicolo	Controllo legittimità (DA ACQUISIRE)	ANAC

			dell'atto di conferimento/nomina e atti conseguenti (revoca/sostituzione); (b) incompatibilità: archiviazione se rimossa la causa nei termini, oppure atto dichiarativo di decadenza; (c) mendacio: attivazione conseguenze ex art. 20, co. 5 (divieto quinquennale) e valutazione ulteriori responsabilità. Valutare e, se dovuto, attivare la contestazione sanzionatoria ex art. 18.		casi con effetti sull'incarico				
4. Segnalazione ANAC	RPCT	Violazione accertata o probabile	Trasmettere segnalazione (A9) con evidenze minime e stato degli atti adottati/proposti; aggiornare registro; gestire eventuali richieste istruttorie ANAC e assicurare cooperazione documentale. In caso di provvedimenti ANAC: dare esecuzione agli adempimenti conseguenti e aggiornare fascicolo e pubblicazioni.	Segnalazione inviata	Immediato/entro [•] gg	A9; ricevuta invio	Registro A6	RPCT	—

SOP 6 – Pubblicazione in Amministrazione Trasparente e controllo qualità dati

Fase	Attore (owner)	Input / Trigger	Attività operative (passo-passo)	Output / Atti	Tempi / Scadenze	Evidenze da conservare	Sistemi/Registri	Controlli (1°/2° livello)	Escalation
1. Pubblicazioni iniziali	Ufficio Trasparenza	Atto conferimento/nomina	Pubblicare atto/dati incarico e CV; pubblicare dichiarazioni ove previsto; aggiornare sezione "Consulenti e collaboratori" / "Titolari di incarichi dirigenziali" (DA ACQUISIRE: sezione esatta).	Pagina aggiornata	Entro termini di legge	Link; screenshot; log	CMS	Check qualità dati	RPCT se anomalie
2. Aggiornamenti	Ufficio Trasparenza	Variazioni / cessazioni	Aggiornare dati; indicare cessazione; conservare storico; comunicare a RU/RPCT.	Aggiornamento	T0/5 gg	Log; comunicazioni	CMS	Controllo 2° liv RPCT a campione	Direzione se ritardi
3. Controllo qualità	RPCT / Trasparenza	Report mensile (DA ACQUISIRE)	Eseguire controlli su completezza/coerenza; aprire non conformità se mancano dati.	Verbale check	Mensile/trimestrale	Verbale	Registro controlli	2° livello	—

SOP 7 – Reportistica/monitoraggio per PIAO / riesame annuale

Fase	Attore (owner)	Input / Trigger	Attività operative (passo-passo)	Output / Atti	Tempi / Scadenze	Evidenze da conservare	Sistemi/Registri	Controlli (1°/2° livello)	Escalation
1. Raccolta dati	UOC RU / Trasparenza	Fine periodo	Estrarre KPI: tasso dichiarazioni; fascicoli completi; controlli; procedimenti; pubblicazioni.	Dataset KPI	Trimestrale/Semestrale	Report RU/Trasparenza	Excel/BI (DA ACQUISIRE)	RPCT valida	—
2. Reporting	RPCT	Dataset KPI	Redigere report sintetico per Direzione e OIV con criticità e azioni; aggiornare piano miglioramento.	Report RPCT	Entro 15 gg	Report firmato	Protocollo	OIV prende atto	Direzione
3. Riesame annuale	RPCT / Direzione	Aggiornamento PIAO	Riesame Regolamento/SOP; aggiornare matrice; aggiornare modulistica; programmare formazione.	Proposta aggiornamento	Annuale	Verbale riesame	Repository	Direzione approva	—

PARTE 3 – ALLEGATI OPERATIVI

A1) Dichiarazione insussistenza cause di inconferibilità (art. 20 D.Lgs. 39/2013) – incarico apicale (DG/DS/DA)

Il/La sottoscritto/a [NOME COGNOME], nato/a a [•] il [•], CF [•], con riferimento all'incarico di [DG/DS/DA] presso ASP di Agrigento, conferito con atto [•] del [•],

DICHIARA

☐ di non trovarsi in alcuna causa di inconferibilità prevista dal D.Lgs. 39/2013, per quanto applicabile all'incarico sopra indicato;

☐ di impegnarsi a comunicare entro 10 giorni ogni evento o variazione rilevante ai fini del D.Lgs. 39/2013;

☐ di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci e delle conseguenze ex art. 20, co. 5, D.Lgs. 39/2013.

Allega: ☐ CV aggiornato ☐ Documento identità ☐ [ALTRO: DA ACQUISIRE]

Data [•] Firma _____

A2) Dichiarazione annuale insussistenza cause di incompatibilità (art. 20 D.Lgs. 39/2013)

Il/La sottoscritto/a [NOME COGNOME], titolare dell'incarico [•],

DICHIARA (annualità [•])

☐ che, alla data odierna, non sussistono cause di incompatibilità ai sensi del D.Lgs. 39/2013;

☐ che sono intervenute le seguenti variazioni rilevanti (in tal caso compilare anche Modello A3): [•].

Data [•] Firma _____

A3) Comunicazione "trigger event"

Titolare incarico: [•] Struttura: [•] Data evento: [•]

Tipo variazione (barrare): ☐ Nuova carica elettiva ☐ Nuova carica in ente ☐ Nuovo incarico/consulenza ☐ Avvio/variazione attività professionale ☐ Candidatura ☐ Altro [•]

Descrizione sintetica: [•]

Ente/Organismo interessato: [•] Natura rapporto (regolato/finanziato/controllato): [•]

Allegati: ☐ atti/nomine ☐ documentazione supporto ☐ altro [•]

Data [•] Firma _____

A4) Checklist istruttoria pre-conferimento

Check	Controllo	Esito	Evidenza	Note
☐	A1 acquisita e protocollata	☐ OK ☐ KO	Prot. n. [•]	
☐	CV acquisito	☐ OK ☐ KO	CV del [•]	
☐	Verifica cariche/incarichi pregressi in enti regolati/finanziati (art. 4 e correlati)	☐ OK ☐ KO	Riscontri: [•]	
☐	Verifica attività professionale regolata/finanziata (articoli pertinenti)	☐ OK ☐ KO	Riscontri: [•]	
☐	Verifica candidature/elezioni in ambito territoriale rilevante per ASL (PNA 2025 schemi)	☐ OK ☐ KO	Riscontri: [•]	
☐	Verifica specifica DG/DS/DA (art. 14 e correlati)	☐ OK ☐ KO	Riscontri: [•]	
☐	Clausola di risoluzione/decadenza inserita nell'atto (DA ACQUISIRE)	☐ OK ☐ KO	Bozza atto	
☐	Pubblicazione programmata (SOP 6)	☐ OK ☐ KO	Checklist trasparenza	
☐	Valutazione necessità parere ANAC	☐ Sì ☐ No	Se sì: richiesta del [•]	

A5) Checklist monitoraggio periodico (annuale / a campione)

Check	Controllo	Campione/Target	Esito	Azioni
☐	A2 acquisita entro scadenza	Tutti / [•]	☐ OK ☐ KO	Sollecito/Escalation
☐	Controlli a campione su veridicità	n. [•]	☐ OK ☐ KO	Apri istruttoria
☐	Trigger event gestiti entro 7 gg	Tutti	☐ OK ☐ KO	Rimodula processi
☐	Pubblicazioni aggiornate	Tutti	☐ OK ☐ KO	Ticket Trasparenza

A6) Registro verifiche D.Lgs. 39/2013 (template)

ID	Incarico	Soggetto	Fase (ex ante/annuale/evento)	Data verifica	Esito	Evidenze	Follow-up	Responsabile	Note
[•]	[•]	[•]	[•]	[•]	☐ OK ☐ KO ☐ In istruttoria	[link/prot.]	[azione/termine]	[RU/RPCT]	

A7) Schema contestazione / avvio contraddittorio

Oggetto: Avvio procedimento di accertamento ex D.Lgs. 39/2013 – Contestazione possibile [inconferibilità/incompatibilità]

Con la presente, il RPCT dell'ASP di Agrigento, ai sensi dell'art. 15 D.Lgs. 39/2013 e del Regolamento interno,

CONTESTA

la possibile sussistenza della seguente fattispecie: [•] (riferimento normativo: art. [•] D.Lgs. 39/2013), sulla base dei fatti/evidenze: [•].

Si assegna termine di [•] giorni per presentare memorie e documenti. È facoltà richiedere audizione.

Si informa che, ove accertata la violazione, potranno derivare gli effetti di legge (nullità/decadenza) e le comunicazioni ad ANAC.

Data [•] Il RPCT _____

A8) Schema esito: archiviazione / decadenza

Esito procedimento ex D.Lgs. 39/2013 – [Archiviazione / Accertamento violazione e conseguenti determinazioni]

Premesso quanto emerso in istruttoria, si dispone: [•].

Motivazione sintetica e riferimenti: [•].

Comunicazioni: ☐ interessato ☐ organo conferente ☐ UOC RU ☐ Trasparenza ☐ ANAC (se dovuto).

A9) Schema segnalazione ad ANAC (quando dovuto)

Oggetto: Segnalazione possibile violazione D.Lgs. 39/2013 – ASP di Agrigento

Sintesi fatti: [•]

Incarico e soggetto: [•]

Norme rilevanti: art. [•] D.Lgs. 39/2013; ulteriori riferimenti: [•]

Azioni intraprese dall'ASP (procedimento, esito, provvedimenti): [•]

Evidenze allegate: ☐ atto conferimento ☐ dichiarazioni A1/A2 ☐ istruttoria ☐ altri allegati [•]

Data [•] Il RPCT _____

A10) Mini-manuale "Chi fa cosa" (RACI)

Processo	R (Responsible)	A (Accountable)	C (Consulted)	I (Informed)
Pre-conferimento (SOP 1)	UOC RU/Affari Generali	Organo conferente	RPCT; Trasparenza; Legale (DA ACQUISIRE)	Direzione; OIV
Riconferma annuale (SOP 2)	UOC RU	RPCT	Trasparenza; ICT	Direzione; OIV
Trigger event (SOP 3)	RPCT / RU	RPCT	Organo conferente	Direzione
Segnalazioni (SOP 4)	RPCT	RPCT	RU; Legale	Direzione; OIV
Contestazione/esito (SOP 5)	RPCT	Organo conferente (atti finali)	Legale; UPD (DA ACQUISIRE)	Trasparenza; ANAC (se dovuto)
Pubblicazione (SOP 6)	Trasparenza	Responsabile Trasparenza (DA ACQUISIRE)	RU; RPCT	Direzione
Reporting (SOP 7)	RPCT	RPCT	RU; Trasparenza; OIV	Direzione

PARTE 4 – MATRICE "CAUSE → CONTROLLI → EVIDENZE"

Rif. (D.Lgs 39/2013)	Tipo	Soggetti/Incarichi ASP impattati	Verifica richiesta (cosa accertare)	Evidenze minime	Ufficio responsabile	Frequenza	Esito/Azioni	Flussi RPCT/ANAC
Art. 3	Inconf.	Incarichi dirigenziali/vertice (DA ACQUISIRE)	Condanna (anche non definitiva) per reati contro la PA (capo I titolo II libro II c.p.).	Autodichiarazione; acquisizione casellario/riscontri (DA ACQUISIRE); provvedimenti giudiziari.	RU / RPCT	Ex ante / evento	Non conferire / nullità se conferito; avvio procedimento.	RPCT informa ANAC se violazione
Art. 4 (mod. L. 21/2024)	Inconf.	Incarichi in ASP e enti pubblici	Accertare se, nell'anno precedente (periodo di raffreddamento), il soggetto abbia svolto incarichi/cariche/attività professionali presso enti di diritto privato regolati o finanziati dall'ASP/SSR, o se abbia ricevuto incarichi/compensi rilevanti. Verificare l'eventuale applicabilità delle esclusioni per incarichi/cariche/attività occasionali o prive di poteri esecutivi e di controllo (art. 4, co. 1-bis): in tal caso, motivare l'esclusione e definire presidi organizzativi e di trasparenza proporzionati.	A1; CV; visure/atti; riscontri su contratti/finanziamenti/regolazione.	RU	Ex ante	Se causa sussiste: non conferire/nomina; se già conferito: presa d'atto della nullità / atti conseguenti / segnalazione ad ANAC. Se ricorre esclusione ex co. 1-bis: applicare presidi (segregazione/astensione, limitazioni deleghe/atti, rotazione ove possibile, trasparenza rafforzata) e tracciare motivazione nel fascicolo.	Flusso RU→RPCT su esito istruttoria; RPCT valuta parere ANAC nei casi dubbi; segnalazione ANAC se violazione accertata/probabile.
Artt. 5-6	Inconf./ Incomp.	Dirigenti/vertice	Incarichi presso enti regolati/finanziati e attività professionale	A1/A2; A3; elenco enti; dichiarazioni attività; riscontri su rapporti economici.	RU / RPCT	Ex ante / annuale / evento	Rimozione incompatibilità / revoca / decadenza.	RPCT

			regolata/finanziata (incl. SSR).					
Art. 8-11	Inconf./ Incomp.	Casi istituzionali (Stato/Parlamento) – normalmente N.A. per ASP	Verificare solo se applicabile al caso concreto (DA ACQUISIRE).	Dichiarazione; riscontri.	RU	Ex ante	N.A./Non conferire se ricorre.	RPCT se caso
Art. 10 (candidature – schemi ANAC PNA 2025)	Inconf.	DG/DS/DA e dirigenti apicali (quando rilevante per territorio ASL)	Candidatura in elezioni in collegi che comprendono territorio ASL (secondo schemi ANAC).	A1; autodichiarazione candidature; riscontri pubblici.	RU	Ex ante / evento	Non conferire / valutare incompatibilità.	RPCT
Art. 11	Incomp.	Organi di indirizzo	Componente organo di indirizzo nella stessa amministrazione conferente.	Dichiarazione; atti nomina.	Affari Generali	Ex ante / evento	Rimozione / decadenza.	RPCT
Art. 12 (mod. 2025)	Incomp.	Dirigenti interni/esterni	Accertare la presenza di cariche/ruoli/posizioni che determinano incompatibilità ai sensi dell'art. 12, come modificato nel 2025. Verificare l'applicabilità del comma 4-bis (incompatibilità non applicabile ai dipendenti di ruolo con qualifica dirigenziale della medesima amministrazione/ente conferente, nei limiti previsti dalla norma) e	A2; visure; atti nomina; riscontri.	RU	Ex ante / annuale / evento	Contestazione e opzione entro 15 giorni; se causa rimossa: archiviazione motivata; se non rimossa: atto di decadenza dall'incarico e comunicazioni conseguenti.	Report RU→RPCT su esiti e tempi; segnalazione ANAC nei casi rilevanti o in caso di violazioni/provvedimenti.

			documentare l'esito nel fascicolo.					
Art. 13	Incomp.	Incarichi amministrativi di vertice	Cumuli/ cariche incompatibili con incarichi di vertice.	A2; atti; riscontri.	RU / Affari Generali	Ex ante / annuale	Rimozione/decadenza.	RPCT
Art. 14	Incomp.	DG/DS/DA	Incompatibilità specifiche DG/DS/DA nelle ASL (incl. SSR).	A2; riscontri su cariche/enti/rapporti.	RU / Direzione	Ex ante / annuale / evento	Rimozione/decadenza.	RPCT → ANAC se violazione
Artt. 15-16	Vigilanza	RPCT/ANAC	Assicurare un sistema di vigilanza "a due livelli": RPCT (vigilanza interna) e ANAC (vigilanza esterna), secondo artt. 15-16 e Delibera ANAC n. 464/2025. Garantire: canali di segnalazione, registri verifiche/procedimenti, cooperazione istruttoria, esecuzione dei provvedimenti ANAC e aggiornamento del fascicolo/incarico.	SOP; registro verifiche; report.	RPCT	Continuo	Adeguamento processi e registri; gestione tempestiva di richieste ispettive/istruttorie; esecuzione degli adempimenti conseguenti a provvedimenti ANAC; riesame annuale e aggiornamento PIAO/PTPCT.	Flussi periodici verso RPCT; segnalazioni ad ANAC (Modello A9) con evidenze minime; gestione richieste ANAC; evidenza di avvenuta esecuzione degli esiti.
Art. 17	Effetti	Organo conferente	Nullità atti di conferimento adottati in violazione (inconferibilità).	Atto; istruttoria; provvedimento.	Direzione/Organo conferente	Evento	Annullamento/nullità; sostituzione.	RPCT → ANAC
Art. 18	Sanzioni	Organo conferente / interessato	Valutare presupposti sanzionatori (dolo/colpa) in caso di violazione.	Istruttoria completa; evidenze su conoscibilità.	RPCT / Legale (DA ACQUISIRE)	Evento	Attivazione procedimento sanzionatorio; segnalazione.	RPCT → ANAC

Art. 19	Incomp	Titolare incarico	Rimozione incompatibilità entro termini (scelta).	Comunicazione rimozione; atti rinuncia.	RU	Evento	Decadenza se non rimossa.	RPCT
Art. 20	Dichiarazione	Tutti i titolari incarico	Acquisizione dichiarazioni (al conferimento e annuale); controlli veridicità; sanzione quinquennale per mendacio (co. 5).	A1/A2; controlli; verbali.	RU / RPCT	Ex ante / annuale	Inadempienza: solleciti/escalation; mendacio: segnalazione.	RPCT → ANAC

RIFERIMENTI NORMATIVI E REGOLATORI

• D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 – Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico (testo vigente).

• L. 5 marzo 2024, n. 21 – Modifiche al D.Lgs. 39/2013 (art. 4).

• D.L. 14 marzo 2025, n. 25, conv. L. 9 maggio 2025, n. 69 – Modifiche al D.Lgs. 39/2013 (art. 12).

• L. n. 122/2025 – Abrogazione dell'art. 7 del D.Lgs. 39/2013 (effetti dal 24 agosto 2025).

• Corte costituzionale, sentenza n. 98/2024 – profili di legittimità costituzionale in materia di art. 7 (rilevante ai fini ricostruttivi).

• ANAC – Delibera n. 464 del 26 novembre 2025: Delibera di carattere generale sull'esercizio del potere di vigilanza e accertamento, da parte del RPCT e dell'ANAC, in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi (D.Lgs. 39/2013).

• ANAC – Indicazioni per la definizione della Sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO (Documento 23 luglio 2025).

• ANAC – Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022 – Aggiornamento 2023 (Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023).

• ANAC – Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022 – Aggiornamento 2024 (Delibera n. 31 del 30 gennaio 2025).

• ANAC – PNA 2025 e Allegato 1 "Schemi del D.Lgs. 39/2013" (testo vigente).

ASP DI AGRIGENTO

Regolamento e Procedura Operativa

Gestione del Conflitto di Interessi (CdI/COI)

Parte integrante del PTPCT 2026-2028 e del PIAO 2026 – Sottosezione 2.3

REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI (CDI/COI)

Regolamento interno adottato dall'ASP di Agrigento per prevenire e gestire le situazioni di conflitto di interessi, in coerenza con le misure del PTPCT/PIAO 2026 e con gli indirizzi ANAC (PNA 2022 e aggiornamenti; PNA 2025)

Art. 1 – Oggetto e finalità

Il presente Regolamento disciplina le regole minime e immediatamente applicabili per: (a) identificare, (b) dichiarare, (c) valutare e (d) gestire il conflitto di interessi nei processi dell'ASP di Agrigento, con particolare riferimento alle aree a maggior rischio corruttivo e ai procedimenti amministrativi e di gara.

Finalità: tutela dell'imparzialità e buon andamento; riduzione del rischio corruttivo; tracciabilità delle scelte; garanzia di continuità operativa, con approccio graduale.

Art. 2 – Ambito di applicazione

Il Regolamento si applica a: dipendenti, dirigenti, titolari di incarichi dirigenziali, componenti di commissioni (gara/concorsi), RUP/DEC e figure equivalenti, personale con funzioni sensibili, nonché (per quanto compatibile) a consulenti/collaboratori che operano per conto dell'ASP.

Ambito oggettivo: procedimenti amministrativi e sanitari con discrezionalità, gestione di risorse pubbliche, rapporti con operatori economici/utenza, attività di controllo e verifica.

Art. 3 – Definizioni operative (reale/potenziale/apparente)

Per "conflitto di interessi" si intende ogni situazione in cui un interesse privato (finanziario, economico o personale), diretto o indiretto, possa interferire con l'imparzialità del soggetto nell'esercizio delle funzioni. Si distinguono:

1) **Conflitto reale**: l'interesse privato incide concretamente su una decisione/attività.
2) **Conflitto potenziale**: la situazione può evolvere e incidere in futuro, anche a breve.
3) **Conflitto apparente**: la situazione può essere percepita all'esterno come minaccia all'imparzialità, pur senza evidenza di influenza effettiva.

Per "misure di mitigazione" si intendono presidi organizzativi (segregazione compiti, doppia verifica, rotazione pratiche, controlli a campione) che riducono il rischio senza ricorrere automaticamente all'astensione.

Per "astensione" si intende l'obbligo di non partecipare a decisioni o attività in caso di conflitto, secondo le norme applicabili (ex art. 6-bis L. 241/1990; DPR 62/2013).

Art. 4 – Principi di applicazione

- **Proporzionalità e gradualità**: nel primo anno si avviano presidi "minimi vitali" e si estende nel secondo anno.
- **Tracciabilità e motivazione**: ogni valutazione (L/M/H) e ogni scelta (mitigazione/astensione) è motivata e registrata.
- **Neutralità e non imputabilità**: il CdI/COI è presidio di integrità, non sanzione.
- **Continuità assistenziale e carenza di personale**: nel primo anno si privilegiano mitigazioni; astensione/sostituzione solo per casi ad elevata criticità.

Art. 5 – Aree e posizioni sensibili

In fase di avvio l'ASP applica prioritariamente il Regolamento alle seguenti aree/ruoli, tipiche della sanità pubblica (da aggiornare in base all'organizzazione interna):

- **Contratti pubblici**: Provveditorato/Appalti; RUP/DEC; commissioni di gara; gestione albo fornitori; esecuzione e varianti.
- **Farmacia/Dispositivi/Inventari**: gestione fabbisogni; valutazione forniture; rapporti con operatori economici; sponsorizzazioni e formazione.
- **Economico-finanziario**: liquidazioni, mandati/pagamenti, variazioni IBAN, recupero crediti, casse/POS.
- **Risorse Umane**: concorsi, incarichi, progressioni, presenze, autorizzazioni incarichi extra-istituzionali.
- **Patrimonio/tecnico**: manutenzioni, dismissioni, concessioni/locazioni, perizie e stime.
- **Liste d'attesa/CUP/ALPI**: discrezionalità su priorità/agenda, rapporti con utenza.

Art. 6 – Obblighi dichiarativi e di comunicazione

Obbligo di dichiarare e comunicare tempestivamente le situazioni di CdI al proprio Responsabile di processo/struttura, utilizzando il Modulo di cui all'Allegato 1, nei seguenti casi minimi:

1) All'atto di assegnazione a ufficio/struttura o a funzione sensibile (dichiarazione iniziale).
2) Prima di assumere ruoli in commissioni (gara/concorsi) o incarichi di RUP/DEC o equivalenti.
3) Ogniqualvolta sopravvengano variazioni rilevanti (rapporti con privati, interessi economici, relazioni familiari/affini, etc.).
4) Con periodicità almeno annuale per i soggetti in ruoli sensibili (semplificata: conferma/aggiornamento).

Art. 7 – Gestione: triage L/M/H e misure conseguenti

Il CdI è gestito con un triage operativo (Allegato 3) che classifica il caso come Basso/Medio/Alto sulla base di: (1) grado di discrezionalità, (2) intensità del rapporto/interesse, (3) possibilità di influenzare l'esito, (4) esposizione reputazionale.

Livello	Regola	Misure tipiche (starter)	Evidenza minima
BASSO	Si prosegue con mitigazioni leggere	Segregazione compiti; doppia verifica su atti; rotazione pratiche; supervisione campione	Modulo CdI + nota mitigazione
MEDIO	Si prosegue con mitigazioni rafforzate	Doppia firma; revisione più frequente; limitazione contatti; esclusione da step critici	Modulo CdI + decisione responsabile + registro
ALTO	Astensione obbligatoria + sostituzione	Riassegnazione pratica/ruolo; sostituto; eventuale rimozione da commissione/RUP/DEC	Provvedimento motivato + registro

Art. 8 – Conflitto di interessi nei contratti pubblici

Per le procedure di gara e di esecuzione, si applicano le regole del conflitto di interessi previste dal Codice dei contratti (D.Lgs. 36/2023, art.16), con particolare attenzione a RUP/DEC, componenti commissioni e personale con compiti funzionali nella procedura.

Obblighi minimi: dichiarazione preventiva; gestione immediata di eventuali conflitti; tracciabilità della decisione; sostituzione nei casi Alti. Le evidenze confluiscono nel fascicolo di gara/esecuzione.

Art. 9 – Tracciabilità, registro e riservatezza

È istituito un Registro riservato dei casi di CdI (Allegato 4) tenuto da HR/Referente CdI

Accesso limitato:	
Archiviazione nel fascicolo:	
Finalità esclusiva di prevenzione:	
Gestione dati personali (secondo normativa privacy):	
Tempi di conservazione:	

Art. 10 – Ruoli e responsabilità

Ruolo	Responsabilità operative minime
Direzione Strategica (DG/DA/DS)	Adozione; decisione casi "Alti"; nomina/referenti; assicurare continuità.
RPCT	Inserimento misura nel PTPCT/PIAO; monitoraggio KPI/KRI; formazione; audit di sistema.
UOC Risorse Umane / Referente CdI	Registro; supporto triage; modulistica; archiviazione.
Responsabili di processo/UOC	Triage preliminare; mitigazioni L/M; proposta per casi H.
RUP/DEC / Commissioni	Dichiarazione preventiva; segnalazione variazioni; osservanza astensione nei casi H.
OIV/Controllo interno (se presente)	Ricezione reporting; supporto controlli.

Art. 11 – Formazione e comunicazione

- **Formazione minima**: micro-modulo 60' per ruoli sensibili + *refresh* annuale 20'.

- **Comunicazione interna**: dichiarare/astenersi tutela dipendente ed Ente; canale riservato; nessuna "colpevolizzazione".

Art. 12 – Monitoraggio e riesame

- Report **trimestrale** a RPCT e Direzione.

- Riesame **annuale** nel ciclo PTPCT/PIAO e aggiornamento a seguito di novità ANAC/normative o casi interni rilevanti.

Art. 13 – Entrata in vigore

Entrata in vigore con provvedimento della Direzione. Il Regolamento è pubblicato in intranet e richiamato nelle procedure di appalto/HR/processi sensibili.

Art. 14 –Fonti normative di riferimento

- PNA 2022 – Delibera ANAC n. 7 del 17.01.2023 (incl. allegati).
- Aggiornamento 2024 PNA 2022 – Delibera ANAC n. 31 del 30.01.2025.
- PNA 2025 – comunicazione approvazione e pubblicazione
- Pagina ANAC – Conflitto di interessi (richiami e orientamenti).
- L. 241/1990, art. 6-bis (conflitto di interessi e obbligo di astensione).
- D.P.R. 62/2013 – Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (obblighi dichiarativi e astensione).
- D.Lgs. 165/2001, art. 53 (incompatibilità, cumulo impieghi e incarichi).
- D.Lgs. 39/2013 (inconferibilità e incompatibilità di incarichi).
- D.Lgs. 36/2023, art. 16 (conflitto di interessi in contratti pubblici)

PROCEDURA OPERATIVA

Step	Contenuto operativo
STEP 1 – Emersione/auto-check	Rilevazione tramite checklist (All.2) o in occasione di assegnazione a pratica/ruolo.
STEP 2 – Comunicazione interna	Compilazione All.1 e invio a Responsabile processo (cc HR/Referente).
STEP 3 – Triage preliminare	Responsabile processo e HR applicano All.3 (Basso/Medio/Alto).
STEP 4 – Misure	L/M: mitigazioni (All.5). H: astensione/sostituzione (All.6) con decisione motivata.
STEP 5 – Registrazione	Aggiornamento All.4 e archiviazione evidenze nel fascicolo.
STEP 6 – Reporting	Trimestralmente: al RPCT e Direzione; eventuali azioni correttive.

CHECKLIST

1) Segnalante: red flag -> All.1 -> invio a Responsabile (cc HR).
2) Responsabile processo: triage con HR -> L/M (mitigazioni) oppure H (proposta astensione).
3) Direzione: decisione su H -> sostituzione/riassegnazione.

Responsabilità:

HR: registro e fascicolo; supporto organizzativo.

RPCT: report; formazione/audit mirati.

Compilazione All.1	Segnalante	Responsabile processo	HR	RPCT
Triage L/M	Responsabile processo	Responsabile processo	HR	Direzione
Decisione H	Direzione	Direzione	HR + Responsabile	RPCT
Registro All.4	HR	HR	Responsabile	RPCT
Reporting	HR	RPCT	Direzione	OIV

ALLEGATI

Allegato 1 – Modulo "Dichiarazione/Comunicazione CdI"

DICHIARAZIONE/COMUNICAZIONE CONFLITTO DI INTERESSI – ASP AGRIGENTO	
Soggetto dichiarante (Nome/Cognome – Matricola)	Struttura/UOC – Ruolo/Funzione sensibile
Procedimento/Pratica/Gara/Commissione (ID/OGGETTO)	Data emersione: Data invio:
Descrizione sintetica della situazione (max 5 righe) (includere soggetti coinvolti e natura del rapporto/interesse)	
Tipologia: ☐ reale ☐ potenziale ☐ apparente **Ambito**:	
Interessi/rapporti: ☐ interessi economici ☐ rapporti professionali ☐ familiari/affini ☐ altri: **Periodo**:	
Proposta: ☐ nessuna ☐ mitigazioni (All.5) ☐ astensione (caso alto)	
Valutazione (All.3): ☐ Basso ☐ Medio ☐ Alto **Misure adottate**:	
Firma dichiarante	Firma Responsabile processo / HR (e, in caso di "Alto/H", Direzione)

Allegato 2 – Checklist "Red flags"

Check	Red flag (se SÌ, compilare All.1)	Processi tipici
☐	Rapporto professionale retribuito (attuale o ultimi 3 anni) con operatore economico coinvolto	Appalti, farmaceutica, patrimonio
☐	Partecipazioni/quote o interessi economici (diretti/indiretti) in soggetti interessati	Appalti, forniture, servizi
☐	Parente/affine/convivente con ruoli in soggetti interessati	Appalti, concorsi, patrimonio
☐	Ricezione di utilità, regali o ospitalità non consentite	Tutte, soprattutto fornitori
☐	Contatti informali frequenti con fornitore/utenza oltre canali istituzionali	Appalti, liste attesa/ALPI
☐	Intervento su atti che incidono su soggetti con cui esiste rapporto personale stretto	HR, appalti, patrimonio
☐	Ruolo in commissione con candidato/offerente conosciuto per legami rilevanti	Concorsi, gare
☐	Pressioni per accelerare/indirizzare esiti o derogare a regole standard	Appalti, finanza, liste
☐	Attività extra-istituzionali potenzialmente interferenti (art. 53 D.Lgs 165/2001)	Tutte
☐	Gestione variazioni IBAN/pagamenti verso soggetti "vicini" o segnalati	Economico-finanziario
☐	Sperimentazioni/*grants*/ sponsorizzazioni con soggetti con rapporti pregressi	Ricerca, formazione
☐	Ruolo di controllo/validazione su pratiche "proprie" o di colleghi con legami	Controlli, verifiche

Allegato 3 – Matrice decisionale L/M/H

Criterio	Basso	Medio	Alto	Azione standard
Capacità di influenzare l'esito	Marginale	Parziale	Elevata/decisiva	L/M: mitigazioni; H: astensione/ sostituzione
Intensità/interesse privato	Occasionale	Ricorrente/relazione significativa	Interesse economico diretto o legame stretto	Decisione motivata e registrata (All.4)
Discrezionalità del ruolo	Bassa	Media	Alta	Per H coinvolgere Direzione
Esposizione reputazionale	Limitata	Media	Alta	Comunicazione interna riservata; fascicolo

Allegato 4 – Registro riservato CdI

ID	Data	Processo/ UOC	Ruolo	Oggetto (sintesi)	Livello (L/M/H)	Misura	Decisione (chi)	Esito/ Note	Riesame (data)

Allegato 5 – Misure di mitigazione standard

Misura	Quando	Come	Responsabile	Evidenza minima
Segregazione compiti	Casi Bassi/Medî	Separare istruttoria e decisione/validazione; evitare che la stessa persona faccia end-to-end	Responsabile processo	Assegnazione pratica + nota organizzativa
Doppia verifica / doppia firma	Casi Medî	Seconda firma su atti chiave (aggiudicazione, liquidazione, autorizzazione)	Responsabile processo	Firma/controfirma + *check-in* fascicolo
Rotazione pratiche	Casi Bassi/Medî o carenza personale	Distribuzione pratiche sensibili a turnazione; limite su "pratiche ripetute" allo stesso operatore	Responsabile processo	Registro assegnazioni / *log*
Controllo a campione	Casi Bassi/Medî	Campioni mensili/trimestrali su atti o pratiche dell'area	Controllo interno / Responsabile	Verbale *check* + esiti
Limitazione contatti esterni	Casi Medî	Centralizzare comunicazioni con operatore economico/utenza via canale istituzionale e tracciato	Responsabile processo	E-mail/PEC protocollate

Allegato 6 – Fac-simile "Astensione e sostituzione" (casi Alti)

PROVVEDIMENTO/VERBALE DI ASTENSIONE E SOSTITUZIONE (CASO ALTO)	
Soggetto astenuto	[Nome/Cognome – Ruolo – UOC]
Procedimento/Gara/Commissione	[ID/OGGETTO]
Motivazione sintetica	[CdI "Alto" (All.3) – descrizione]
Misura adottata	Astensione immediata + sostituzione/riassegnazione a: [Nome/Cognome/ruolo]
Decorrenza e durata	[Data/periodo – DA VERIFICARE]
Firme	Dichiarante/Responsabile processo/HR/Direzione

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

Codice di Comportamento Aziendale (Regolamento Interno)

Approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. __ del

[gg/mm/2026]

INDICE

Preambolo, Finalità e Ambito di Applicazione 1

Finalità 1

Ambito Soggettivo di Applicazione 1

Ambito Oggettivo di Applicazione 2

Definizioni 2

Parte I – Principi e Doveri Generali 4

Art. 1 – Principi Etici e di Legalità 4

Art. 2 – Doveri di Integrità, Imparzialità e Servizio 5

Art. 3 – Obbligo di Riservatezza e Protezione dei Dati 6

Art. 4 – Comportamento nei Rapporti Privati e Libertà di adesione 7

Art. 5 – Condotta e Dignità nell'Ambiente di Lavoro 8

Art. 6 – Obblighi Particolari per Dirigenti e Posizioni Apicali 10

Parte II – Regole Operative per Aree a Rischio 12

Art. 7 – Prevenzione dei Conflitti di Interesse 12

Art. 8 – Regali, Compensi e Altre Utilità 13

Art. 9 – Contratti Pubblici, Appalti e Atti Negoziali 16

Art. 10 – Sponsorizzazioni, Donazioni e Finanziamenti 18

Art. 11 – Liste di Attesa e Attività Libero-Professionale Intramuraria (ALPI) 20

Art. 12 – Sperimentazioni Cliniche e Ricerca 22

Art. 13 – Trasparenza Amministrativa e Integrità dei Documenti 24

Art. 14 – Uso dei Beni Aziendali e Risorse Pubbliche 26

Art. 15 – Utilizzo delle Tecnologie Informatiche e della Posta Elettronica 28

Art. 16 – Utilizzo dei Social Media e Rapporti con i Media 30

Art. 18 – Orario di Lavoro, Assenze e Permessi 33

Art. 19 – Rapporti con l'Utenza e Qualità dei Servizi 34

Art. 20 – Selezione del Personale e Nepotismo 36

Art. 21 – Vigilanza, Controlli e Obbligo di Segnalazione Illeciti 38

Art. 23 – Salute, Sicurezza e Prevenzione dei Rischi 40

Parte III – Attuazione, Controlli e Sanzioni 42
Art. 24 – Diffusione, Formazione e Attuazione del Codice 42
Art. 25 – Monitoraggio, Vigilanza e Aggiornamento 43
Art. 26 – Violazioni, Sanzioni Disciplinari e Responsabilità 44
Allegati Operativi 46
Allegato 1 – Modulo di Comunicazione di Conflitto di Interessi 46
Allegato 2 – Registro dei Regali e delle Utilità 46
Allegato 3 – Matrice di Coerenza PIAO 2026 Sez. 2.3 46
Allegato 4 - Log Incontri con Industria / Fornitori / Operatori Economici 46
Allegato 5 - Checklist - Condotte Vietate nelle Aree Sensibili 46
Allegato 6 - Presa Visione e Impegno al Rispetto del Codice di Comportamento 46
Allegato 7 - Procedura Attuativa Del Codice Di Comportamento 46
Allegato 8 - Richiesta di Autorizzazione per Incarichi Esterni 46

Preambolo, Finalità e Ambito di Applicazione

L'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Agrigento adotta il presente *Codice di Comportamento Aziendale* in conformità alle normative vigenti in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione e integrità dei dipendenti pubblici. Esso dà attuazione all'art. 54 del D.Lgs. 165/2001, come modificato dalla L. 190/2012, ed è redatto nel rispetto del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 (Codice di comportamento generale dei dipendenti pubblici) e delle sue modifiche introdotte con D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81. Il Codice tiene conto delle *Linee Guida ANAC* approvate con Delibera n. 177/2020 e si inserisce nel quadro del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022–2025 e del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026, in particolare nella Sottosezione 2.3 relativa ai valori etici e di comportamento.

Finalità

Il Codice ha lo scopo di assicurare che i comportamenti di tutto il personale dell'ASP di Agrigento siano improntati a criteri di legalità, trasparenza, integrità e buon andamento, tutelando così l'interesse pubblico, la qualità dei servizi sanitari e la fiducia dei cittadini nell'istituzione. Esso costituisce uno strumento prescrittivo volto a prevenire fenomeni di corruzione o cattiva amministrazione, indicando regole concrete di condotta e fornendo esempi pratici di situazioni a rischio tipiche in ambito sanitario. Le disposizioni del presente Codice integrano e specificano i doveri già previsti dalle leggi e dai contratti collettivi, senza sovrapporsi ad essi, e sono coerenti con le misure del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) dell'Azienda.

Ambito Soggettivo di Applicazione

I destinatari del Codice sono tutti i dipendenti dell'ASP di Agrigento, senza eccezioni, indipendentemente dal ruolo ricoperto o dal tipo di contratto (tempo indeterminato, determinato, full-time o part-time). Sono tenuti al rispetto delle presenti norme anche i dirigenti, i titolari di incarichi apicali e di organi istituzionali dell'ASP, nonché il personale convenzionato o comandato presso l'Azienda. Le disposizioni si applicano inoltre, per quanto compatibile, a collaboratori esterni, consulenti, tirocinanti e fornitori che operano per l'ASP o all'interno delle sue strutture, tramite apposite clausole contrattuali e atti d'impegno. Tutti i soggetti menzionati sono tenuti a conoscere il Codice, rispettarne le prescrizioni e adottare comportamenti coerenti con i principi in esso contenuti durante lo svolgimento di qualsiasi attività legata all'ASP di Agrigento. In nessun caso l'ignoranza delle norme del Codice può giustificarne la violazione.

Ambito Oggettivo di Applicazione

Il Codice si applica a tutte le attività e i procedimenti di competenza dell'ASP di Agrigento, sia amministrativi che clinico-sanitari, ivi incluse le attività svolte all'esterno delle sedi aziendali quando correlate al ruolo di dipendente pubblico. I principi e le regole di comportamento valgono nell'esercizio delle funzioni ufficiali e, ove compatibili, anche al di fuori del servizio quando la condotta possa riflettersi sull'immagine o sull'affidabilità dell'Azienda. Resta fermo che i dipendenti pubblici devono sempre anteporre il perseguimento dell'interesse pubblico alle proprie convenienze private, evitando ogni situazione che possa generare anche solo l'apparenza di un conflitto di interessi o di un comportamento improprio.

Definizioni

Ai fini di questo Codice di Comportamento, si applicano le seguenti definizioni operative:

- **"Dipendente"**: ogni persona che presta attività lavorativa presso l'ASP di Agrigento a qualsiasi titolo (inclusi dirigenti, personale del comparto sanitario, tecnico o amministrativo, personale a convenzione, etc.).
- **"Azienda"**: l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, intesa in tutte le sue articolazioni organizzative (Dipartimenti, Distretti, Presidi Ospedalieri, Uffici amministrativi, ecc.).
- **"Codice"**: il presente Codice di Comportamento aziendale, che costituisce regolamento interno adottato ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs. 165/2001.
- **"Regalo o utilità"**: qualsiasi beneficio a favore del dipendente o di terzi a lui collegati, a titolo esemplificativo denaro, beni mobili o immobili, servizi, prestazioni, sconti, favoreggiamenti, inviti, viaggi, ospitalità, sponsorizzazioni, promesse di impiego o altre utilità di qualunque natura. Sono esclusi dalla nozione di regalo gli oggetti d'uso di modico valore scambiati occasionalmente in segno di cortesia entro i limiti stabiliti dal presente Codice.
- **"Modico valore"**: valore economico massimo entro cui un regalo o altra utilità possono considerarsi accettabili come eccezione al divieto generale. Salvo diversa indicazione normativa, in questo Codice si definisce modico un valore non superiore a €25,00 per singolo dono e comunque con un tetto annuo di €100,00 complessivi per benefici provenienti dal medesimo soggetto. Eventuali aggiornamenti normativi o disposizioni ANAC più restrittive prevarranno su tali soglie.
- **"Conflitto di interessi"**: situazione in cui un dipendente, nell'esercizio delle sue funzioni, ha un interesse privato (personale o di persone a lui legate) idoneo a compromettere la sua imparzialità e obiettività. L'interesse privato può essere di natura finanziaria, familiare, associativa o di altra natura e riguarda il dipendente

stesso, il coniuge, convivente, parenti entro il II grado, affini entro il I grado, o soggetti con cui il dipendente abbia rapporti di frequentazione abituale, società o enti di cui egli (o i predetti soggetti) facciano parte. Anche il solo rischio percepito di compromissione dell'imparzialità costituisce conflitto di interessi da evitare. Si distinguono conflitti reali (già in atto), potenziali (situazioni che potrebbero evolvere in conflitto) e apparenti (circostanze tali da ingenerare nell'utenza il dubbio di un conflitto, pur senza un interesse privato effettivamente coinvolto).

- **"Whistleblowing":** la segnalazione, effettuata da un dipendente o collaboratore, di condotte illecite o irregolarità di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro. Il segnalante (whistleblower) è tutelato dal D.Lgs. 24/2023 contro ogni forma di ritorsione o discriminazione conseguente alla segnalazione. Il Canale di segnalazione interno è lo strumento aziendale predisposto per raccogliere e gestire in via riservata tali segnalazioni (vedi Parte III e Allegato C).
- **"Dati personali":** qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile, trattata nell'ambito delle attività aziendali. Si distinguono i dati comuni, i dati particolari (sensibili, sanitari, genetici, biometrici) e i dati giudiziari, secondo le definizioni del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 s.m.i. (Codice Privacy).

Altre definizioni specifiche eventualmente presenti nei singoli articoli (es. ALPI, sponsor, etc.) sono riportate in forma contestuale per facilitarne la comprensione. In caso di dubbi interpretativi, prevale il significato conforme alle norme di legge richiamate nel presente Codice e alle finalità di prevenzione e integrità dell'azione amministrativa.

Parte I – Principi e Doveri Generali

Art. 1 – Principi Etici e di Legalità

Osservanza della legge e delle disposizioni – Il dipendente svolge le proprie funzioni nel pieno rispetto della Costituzione e delle leggi, perseguendo esclusivamente le finalità pubbliche affidategli. Egli osserva le norme di legge, i regolamenti, le disposizioni interne dell'ASP e le direttive dei superiori gerarchici, purché legittime. In nessun caso il perseguimento dell'interesse aziendale può giustificare un'azione contraria all'ordinamento o ai principi di questo Codice.

Diligenza, lealtà e buona condotta – Il dipendente adempie ai propri compiti con diligenza e rigore professionale, improntando la condotta a lealtà verso l'istituzione e a spirito di servizio verso i cittadini. È fatto obbligo di evitare comportamenti che possano nuocere agli interessi o all'immagine dell'Azienda. Ciascun dipendente contribuisce attivamente, per quanto di competenza, alla missione pubblica dell'ASP assicurando qualità, efficienza e tempestività nelle prestazioni.

Servizio esclusivo e interesse pubblico – In conformità all'art. 98 Cost. e all'art. 1, comma 2, del D.P.R. 62/2013, il dipendente impiega il proprio potere e la propria posizione unicamente per scopi istituzionali, evitando ogni uso privatistico o vantaggio personale. Egli ha il dovere costituzionale di adempiere le funzioni con disciplina ed onore, ponendo l'interesse pubblico al di sopra di qualunque altro interesse e astenendosi da qualsiasi atto che possa configurare anche solo un abuso o una deviazione dai fini dell'ufficio.

Onestà e integrità morale – Il dipendente impronta la propria condotta ai più alti standard di onestà e integrità. Non assume impegni né fa promesse che non sia in grado di mantenere. Rifiuta e condanna ogni forma di corruzione, concussione, comportamento collusivo o illecito. Mantiene un comportamento personale irreprensibile anche al di fuori del servizio, evitando situazioni o modi di agire che possano incidere sulla propria reputazione di pubblico dipendente integerrimo o ledere il prestigio dell'Azienda. In particolare, non commette reati né dentro né fuori dall'ambiente di lavoro; qualora sia sottoposto a procedimenti penali che possano interferire con il rapporto di impiego (es. per reati contro la Pubblica Amministrazione), informa tempestivamente l'amministrazione, fatti salvi gli obblighi di legge.

Art. 2 – Doveri di Integrità, Imparzialità e Servizio

Imparzialità e parità di trattamento – Il dipendente agisce con obiettività e imparzialità, evitando favoritismi, discriminazioni arbitrarie o indebite pressioni. Nella trattazione degli affari e nell'adozione di decisioni si basa esclusivamente su elementi fattuali e normativi pertinenti, senza lasciarsi influenzare da interessi personali, pressioni politiche, opinioni preconcette o sollecitazioni esterne di qualunque tipo. Garantisce parità di trattamento agli utenti e ai soggetti coinvolti nei procedimenti, astenendosi da qualsiasi discriminazione basata su sesso, età, lingua, religione, origine etnica, opinioni politiche, orientamento sessuale, condizione sociale o di salute, o su altri fattori non attinenti al merito delle questioni.

Cortesia e rispetto verso gli utenti – Nell'erogare servizi sanitari e amministrativi, il personale mantiene un atteggiamento di cortesia, disponibilità e rispetto verso gli utenti, i pazienti e i loro familiari. Le comunicazioni sono fornite in modo chiaro e comprensibile, utilizzando, se possibile, un linguaggio semplice e adatto al contesto (senza eccessivo gergo tecnico). Eventuali situazioni di tensione o disagio vengono gestite con professionalità e calma, cercando soluzioni nel rispetto delle regole. Il dipendente favorisce il diritto all'informazione dell'utenza sulle modalità di erogazione dei servizi e sui livelli di qualità garantiti, anche rinviando, se del caso, alle apposite *Carte dei Servizi*. In ogni caso, il personale dell'ASP assicura la continuità del servizio pubblico evitando interruzioni arbitrarie o ingiustificate delle prestazioni.

Neutralità e astensione in caso di dubbio – Il dipendente svolge i propri compiti in modo neutrale, senza lasciar trasparire preferenze partitiche o interessi personali. Qualora nutra anche solo il dubbio di non poter essere imparziale in una data circostanza, ne informa il superiore e si astiene dall'adottare decisioni o compiere atti in quella specifica situazione, in attesa di istruzioni.

Decisioni motivate e trasparenti – Ogni provvedimento o atto aziendale di cui il dipendente è responsabile deve essere legittimo, chiaro e motivato. Il dipendente segue le procedure previste e documenta adeguatamente la propria attività, in modo da consentire in ogni momento la tracciabilità delle decisioni e il controllo successivo. Nei limiti consentiti dalla legge, fornisce agli interessati le ragioni delle proprie decisioni e li informa delle eventuali possibilità di tutela (ad es. strumenti di ricorso, Ufficio Relazioni con il Pubblico per l'accesso, etc.).

Qualità e miglioramento del servizio – Ciascun dipendente contribuisce al miglioramento continuo dell'organizzazione e dei servizi dell'ASP. Segnala ai propri superiori o agli uffici competenti eventuali disfunzioni, sprechi, inefficienze o ostacoli che compromettono il buon

andamento, proponendo se possibile soluzioni migliorative. Partecipa con spirito costruttivo alle iniziative di formazione, ai progetti di innovazione e ai processi di digitalizzazione e semplificazione promossi dall'Azienda, consapevole che la cura dell'interesse pubblico richiede impegno nell'aggiornamento e nell'adeguamento ai cambiamenti normativi e tecnologici.

Art. 3 – Obbligo di Riservatezza e Protezione dei Dati

Segreto d'ufficio – Il dipendente è tenuto al segreto d'ufficio su tutte le informazioni non destinate alla pubblica divulgazione acquisite durante il servizio. Non divulga, comunica o diffonde notizie d'ufficio, atti o documenti amministrativi di cui venga a conoscenza, se non nei modi e nei limiti previsti dalle norme sull'accesso agli atti e sulla trasparenza amministrativa. In particolare, è tenuto a non rivelare fatti o circostanze coperte da segretezza per disposizioni di legge, regolamenti interni o specifiche direttive. Qualora riceva richieste di informazioni riservate da soggetti non autorizzati, il dipendente spiega cortesemente i motivi per cui non può fornirle, indirizzando l'istante agli strumenti formali di accesso previsti. Se la richiesta rientra nell'accesso civico o documentale e non è di sua competenza decidere, il dipendente provvede a trasmetterla senza ritardo all'Ufficio competente (ad esempio, l'U.R.P. o l'Ufficio Trasparenza) secondo le procedure interne.

Tutela dei dati personali – Nello svolgimento delle proprie mansioni, il dipendente rispetta rigorosamente la normativa in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 – GDPR, D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.) e le istruzioni operative impartite dall'ASP (Regolamenti interni Privacy, disposizioni del Responsabile Protezione Dati – RPD, ecc.).

In particolare:

a. tratta i dati personali (inclusi quelli dei pazienti, utenti e colleghi) solo se autorizzato e per le finalità istituzionali previste, evitando ogni utilizzo eccedente o incompatibile con i compiti d'ufficio;
b. adotta la dovuta diligenza nel custodire documenti cartacei e supporti informatici contenenti dati personali o informazioni sensibili: evita di lasciarli incustoditi su scrivanie o in luoghi accessibili a persone non autorizzate e utilizza armadi chiusi a chiave o strumenti di cifratura secondo le policy aziendali;
c. non comunica né diffonde dati personali a soggetti terzi, interni o esterni all'amministrazione, se non in presenza di una base giuridica legittima e dell'autorizzazione prevista
d. in caso di dubbi sul trattamento (ad es. sulla legittimità di una richiesta di dati o sulle misure di sicurezza da applicare), consulta il proprio superiore o il Referente Privacy aziendale prima di procedere;

e. segnala immediatamente al Responsabile Privacy o tramite le procedure interne qualunque incidente o violazione di dati (data breach) di cui venga a conoscenza, collaborando per mitigarne gli effetti.

Divieto di uso privato delle informazioni – Il dipendente non utilizza informazioni acquisite nell'esercizio delle sue funzioni per ottenere vantaggi privati, propri o altrui. In particolare, non sfrutta a fini personali dati riservati su pazienti (es. condizioni di salute), su gare o contratti, su decisioni amministrative non ancora pubbliche, su esiti di controlli o ispezioni, ecc. Qualsiasi informazione appresa per ragioni d'ufficio può essere utilizzata solo per lo svolgimento dei compiti istituzionali assegnati. Anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro, il dipendente ha il dovere di mantenere la riservatezza su informazioni di cui è venuto a conoscenza durante l'impiego, nei limiti consentiti dalla legge.

Trasparenza e open data – Fermi restando gli obblighi di riservatezza sopra esposti, il personale osserva pienamente i doveri di trasparenza amministrativa previsti dal D.Lgs. 33/2013 e normative collegate. In particolare, ciascun responsabile di procedimento o detentore di informazioni soggette a pubblicazione obbligatoria fornisce con accuratezza e tempestività i dati e i documenti richiesti per la pubblicazione sul sito istituzionale nella sezione *Amministrazione Trasparente*. Nessun dipendente ostacola l'accesso civico generalizzato o semplice da parte degli aventi diritto; al contrario, favorisce la massima accessibilità alle informazioni pubbliche, secondo le procedure di legge, e collabora attivamente con l'Ufficio Trasparenza e con l'RPCT nel garantire il rispetto degli obblighi di pubblicazione.

Art. 4 – Comportamento nei Rapporti Privati e Libertà di adesione

Equilibrio e moderazione nella vita privata – Anche al di fuori del contesto lavorativo, il dipendente adotta uno stile di condotta che non comprometta la dignità delle proprie funzioni. Evita comportamenti socialmente scorretti o attività che, se rese note pubblicamente, potrebbero minare la fiducia dell'utenza nella sua onorabilità o nell'immagine dell'ASP. Pur nel pieno rispetto della sfera personale e delle libertà di ciascuno, si richiede al personale un comportamento sobrio e responsabile, in linea con il decoro richiesto a chi ricopre ruoli di pubblica cura e con il ruolo di esempio che i professionisti della sanità rivestono nella comunità.

Partecipazione ad associazioni e organizzazioni – Il dipendente ha diritto di aderire ad associazioni, comitati, organizzazioni di natura sia privata che pubblica (partiti politici, sindacati, associazioni scientifiche, culturali, di volontariato, ecc.), purché tale adesione non generi situazioni di conflitto con i doveri d'ufficio e non interferisca con l'imparzialità delle decisioni. In particolare, il dipendente che riveste cariche direttive o di amministrazione in

associazioni od organizzazioni anche non riconosciute deve darne comunicazione all'amministrazione se tali enti hanno interessi in settori che possano interferire con l'attività dell'ASP. È comunque fatto divieto di svolgere all'interno dell'orario di lavoro attività riferibili a dette organizzazioni (ad es. propaganda, raccolta fondi, riunioni non autorizzate in ufficio).

Neutralità rispetto alla politica e alle confessioni – Nell'ambiente di lavoro, il dipendente mantiene una posizione di neutralità politica e religiosa. Non sfrutta la propria posizione per fare propaganda politica o proselitismo religioso verso colleghi o utenti. In prossimità di consultazioni elettorali, si astiene da comportamenti che possano far apparire l'ASP come schierata a favore di una parte. Il dipendente che ricopre cariche politiche elettive o incarichi pubblici al di fuori dell'Azienda informa l'amministrazione e si attiene a quanto previsto dalle norme in tema di aspettativa, incompatibilità o obblighi di astensione quando tratta affari che coinvolgono l'ente presso cui svolge il mandato.

Divieto di indebite pressioni – Il dipendente non deve mai sfruttare rapporti di amicizia, colleganza o gerarchia per coartare la libertà di altri dipendenti nell'aderire o meno ad associazioni, organizzazioni sindacali o politiche, né per orientarne il voto o le scelte personali. Ogni forma di molestia o pressione psicologica in tal senso costituisce grave violazione del presente Codice. Parimenti, il dipendente non accetta di subire pressioni indebite da colleghi, superiori o soggetti esterni finalizzate a promuovere interessi privati a scapito dell'interesse pubblico: eventuali situazioni del genere vanno immediatamente segnalate ai dirigenti competenti o all'RPCT (vedi Parte II, art. 22).

Art. 5 – Condotta e Dignità nell'Ambiente di Lavoro

Rapporti con colleghi improntati al rispetto – Il dipendente tratta con educazione e rispetto i propri colleghi, collaboratori e superiori. Sono vietate espressioni offensive, denigratorie o atteggiamenti aggressivi. Anche in presenza di divergenze professionali o personali, il confronto deve mantenersi entro i limiti di una corretta dialettica, senza degenerare in conflittualità nocive per il clima di lavoro. Ciascuno è tenuto a contribuire a un ambiente lavorativo sereno e cooperativo, nel quale prevalgano spirito di squadra, reciproca collaborazione e condivisione degli obiettivi istituzionali.

Contrasto alle molestie e alle discriminazioni – L'ASP di Agrigento non tollera alcuna forma di mobbing, molestia sessuale, discriminazione o violenza nei luoghi di lavoro.

Il dipendente:

- si astiene rigorosamente da qualunque comportamento che possa configurarsi come molestia sessuale (avances indesiderate, allusioni offensive, contatto fisico non

richiesto, etc.) o come intimidazione e vessazione morale verso colleghi di qualunque livello;

- evita espressioni o atti discriminatori verso altri lavoratori basati su genere, orientamento sessuale, etnia, fede religiosa, opinioni o altre condizioni personali;
- adotta una comunicazione interna inclusiva e rispettosa delle differenze;
- qualora sia destinatario o testimone di condotte moleste o discriminatorie, è incoraggiato a segnalarle tempestivamente alle strutture competenti (es. Ufficio Personale, Comitato Unico di Garanzia – CUG, RSPP se rileva profili di sicurezza, o direttamente all'RPCT se rileva profili corruttivi), senza timore di ritorsioni.

L'Azienda attiverà le dovute verifiche e misure di tutela.

Tutela della salute nei luoghi di lavoro – Ogni dipendente è tenuto a osservare scrupolosamente le disposizioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro (D.Lgs. 81/2008 e norme correlate). In particolare: utilizza correttamente i dispositivi di protezione individuale (DPI) forniti, segue le procedure di sicurezza previste per la specifica attività (ad es. procedure asepsi in ambiente sanitario, norme antincendio, smaltimento rifiuti sanitari, etc.), partecipa ai corsi di formazione obbligatori su sicurezza e primo soccorso, sottoponendosi alle previste visite mediche di sorveglianza sanitaria. Segnala immediatamente al proprio responsabile e all'RSPP eventuali situazioni di pericolo, incidenti, mancati incidenti (near miss) o infortuni verificatisi, collaborando alla redazione delle segnalazioni e relazioni necessarie. È fatto assoluto divieto di assumere sostanze alcoliche o stupefacenti durante l'orario di lavoro e in ogni caso di prestare servizio in condizioni psicofisiche alterate che possano mettere a rischio la propria o altrui incolumità.

Uso corretto delle risorse comuni – Il dipendente rispetta gli ambienti, gli arredi e le attrezzature del luogo di lavoro, consapevole che sono beni pubblici destinati alla collettività. Ne fa un uso appropriato evitando sprechi (es. di materiale di cancelleria, energia elettrica, acqua) e tenendo comportamenti ecosostenibili (ad esempio riducendo, ove possibile, l'uso di materiali monouso e favorendo la raccolta differenziata). In spazi condivisi (uffici open space, reparti, sale ristoro) mantiene un livello decoroso di ordine e pulizia e adotta accorgimenti per non recare disturbo ai colleghi (contiene il tono di voce, limita l'uso del cellulare a fini privati, ecc.).

Collaborazione e spirito di squadra – Ciascun dipendente, nel rispetto delle proprie competenze e responsabilità, collabora attivamente con gli altri membri dell'organizzazione per il raggiungimento degli obiettivi comuni. Condivide le informazioni utili, fornisce supporto ai colleghi in caso di bisogno, soprattutto ai nuovi assunti o ai meno esperti, favorendo il trasferimento di conoscenze e competenze. I superiori gerarchici incoraggiano il lavoro di gruppo e valorizzano i contributi di ciascuno, mentre i collaboratori eseguono le

disposizioni ricevute con impegno e spirito propositivo, segnalando eventuali criticità in modo costruttivo.

Art. 6 – Obblighi Particolari per Dirigenti e Posizioni Apicali

Esemplarità e responsabilità – I dirigenti e in generale i titolari di posizioni organizzative di vertice hanno il dovere aggiuntivo di dare il buon esempio. La loro condotta deve costituire un modello di riferimento per i collaboratori: correttezza, professionalità, trasparenza e rispetto delle regole devono essere particolarmente evidenti nell'operato di chi riveste ruoli di direzione. Il dirigente promuove attivamente la cultura etica e la legalità all'interno dell'ufficio o reparto di cui è responsabile.

Gestione imparziale delle risorse umane – Il dirigente assegna i compiti e gli incarichi al personale in carico secondo criteri di equità, trasparenza e valorizzazione del merito. Ripartisce il carico di lavoro tenendo conto delle capacità, delle attitudini e della professionalità di ciascuno, evitando favoritismi o, al contrario, pregiudizi. Egli riconosce i risultati raggiunti dai collaboratori e motiva il personale, contrastando sul nascere eventuali disparità di trattamento ingiustificate. Nell'attribuire incarichi aggiuntivi o progetti speciali, il dirigente adotta possibilmente la rotazione tra il personale qualificato, al fine di prevenire consolidamenti eccessivi su posizioni "sensibili" e favorire la crescita professionale diffusa.

Valutazione obiettiva e meritocratica – Il dirigente valuta le prestazioni dei propri collaboratori in modo obiettivo e documentabile, sulla base dei risultati conseguiti e dei comportamenti organizzativi attesi, evitando criteri arbitrari o influenzati da simpatie/antipatie personali. Tiene conto, ai fini della valutazione, anche del grado di osservanza del presente Codice da parte del dipendente: la dimostrata diligenza nel rispettare le regole etiche costituisce elemento di merito. Al contrario, eventuali violazioni incideranno negativamente, ferma restando l'attivazione delle procedure disciplinari.

Contrasto a incompatibilità e doppi lavori – I titolari di posizione dirigenziale vigilano affinché i dipendenti assegnati all'unità operativa non svolgano attività incompatibili o non autorizzate ai sensi di legge. In particolare, monitorano che il personale non incorra in situazioni di conflitto di interessi, di cumulo illecito di impieghi o incarichi esterni retribuiti non autorizzati. Prestano attenzione a segnali di possibile "doppio lavoro" clandestino (ad es. assenze anomale, affaticamento, riferimenti a impieghi esterni) e, ove ne vengano a conoscenza, intraprendono con tempestività le iniziative necessarie: invitano il dipendente a regolarizzare la propria posizione o, se del caso, propongono l'attivazione del procedimento disciplinare e informano l'ufficio competente per le verifiche del caso.

Vigilanza e azione disciplinare – Il dirigente ha l'obbligo di vigilare sul rispetto del Codice di Comportamento da parte dei propri collaboratori. Se riscontra o riceve notizia di un

illecito o di una violazione delle regole etiche, attiva senza indugio le procedure previste: se rientra nelle sue competenze, promuove e conclude il relativo procedimento disciplinare; se non è competente direttamente, segnala tempestivamente l'illecito all'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) o al superiore gerarchico, fornendo piena collaborazione e tutte le informazioni utili. In ogni caso, qualora abbia notizia di fatti rilevanti sotto il profilo penale o erariale, il dirigente procede a inoltrare immediata denuncia all'Autorità giudiziaria o segnalazione alla Corte dei Conti, rispettivamente per i profili penali o contabili, per il tramite delle strutture aziendali preposte.

Tutela del segnalante – Qualora un dipendente effettui una segnalazione di illecito (whistleblowing) riguardante l'ufficio, il dirigente adotta ogni cautela prevista dalla legge affinché l'identità del segnalante rimanga riservata e sia prevenuta qualsivoglia forma di ritorsione o penalizzazione nei suoi confronti. In particolare, durante eventuali procedimenti disciplinari originati da segnalazione, il dirigente e l'UPD assicurano che l'identità del segnalante non sia rivelata senza il suo consenso, come disposto dall'art. 54-bis D.Lgs. 165/2001 e dal D.Lgs. 24/2023. Ogni violazione della riservatezza o comportamento discriminatorio verso un whistleblower costituisce grave infrazione.

Diffusione della cultura etica – Il dirigente favorisce la circolazione delle informazioni e la condivisione della cultura della legalità: promuove momenti formativi e di aggiornamento in tema di integrità e anticorruzione per il personale, anche con il supporto degli uffici competenti. Accoglie e incoraggia le differenze di genere, di età, di competenza e provenienza tra i collaboratori, valorizzandole come un arricchimento per l'organizzazione. Contrasta eventuali atteggiamenti discriminatori all'interno del team e si adopera per creare un clima inclusivo e motivante, in cui ogni membro si senta parte attiva del perseguimento dei fini istituzionali.

Parte II – Regole Operative per Aree a Rischio

Art. 7 – Prevenzione dei Conflitti di Interesse

Dovere di astensione e segnalazione – Il dipendente deve astenersi dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti al proprio ufficio in tutte le ipotesi in cui i suoi interessi privati possano interferire, anche solo potenzialmente o apparentemente, con l'imparzialità dovuta. In particolare, quando egli o un suo familiare/affine fino al 2° grado (o altro soggetto a lui legato da significativi rapporti personali o economici) ha un interesse finanziario o di altra natura in un procedimento o affare trattato dall'ufficio, segnala immediatamente la situazione di possibile conflitto al proprio superiore e all'RPCT, e si astiene da ogni ulteriore coinvolgimento nell'attività in questione. L'astensione e la segnalazione sono doverose anche se il conflitto riguarda interessi di persone o enti con cui il dipendente ha rapporti di frequentazione abituale, collaborazione o pendenze economiche.

Obbligo di comunicazione degli interessi – All'atto dell'assegnazione ad una posizione, all'avvio di un procedimento rilevante o su specifica richiesta dell'Amministrazione, il dipendente compila una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi (vedi *Allegato A* – Modulo).

In tale dichiarazione egli comunica:

- eventuali partecipazioni azionarie o quote di proprietà in società che abbiano rapporti con l'ASP;
- eventuali incarichi esterni o attività professionali che sta svolgendo al di fuori dell'Azienda (se autorizzati);
- ogni altra situazione personale che, alla luce dei compiti affidatigli, potrebbe originare conflitti di interesse (ad es. parentela con titolari di imprese fornitrici, rapporti di collaborazione pregressi con soggetti ora coinvolti in procedimenti di competenza, etc.).

Tale comunicazione va tenuta aggiornata: il dipendente è tenuto a segnalare senza ritardo ogni variazione significativa (nuovi incarichi, mutamenti nei rapporti personali, sopravvenienze di interesse) che possa far emergere un conflitto prima inesistente. Le informazioni rese sono trattate nel rispetto della riservatezza e al solo fine di applicare correttamente le misure di prevenzione.

Gestione delle situazioni di conflitto – Spetta ai dirigenti e ai responsabili competenti, ricevuta la segnalazione o riscontrata d'ufficio una situazione a rischio, adottare misure organizzative per eliminare il conflitto o attenuarne l'impatto. Tali misure possono consistere, ad esempio, nella sostituzione del dipendente nel procedimento specifico, nella

rotazione temporanea di mansioni, nell'astensione da atti deliberativi riguardanti la situazione confliggente, o in altre soluzioni idonee. Il dipendente è tenuto a collaborare con le soluzioni individuate. Qualora la situazione di conflitto non sia transitoria né gestibile con misure organizzative (ad es. rapporti economici con soggetti controllati dall'ASP, cariche in enti vigilati, ecc.), l'Amministrazione valuterà l'adozione di provvedimenti per rimuovere l'incompatibilità, come previsto dalle norme vigenti (D.Lgs. 39/2013, ecc.).

Divieto di interferenze esterne – Il dipendente non deve permettere ad altri (colleghi, superiori, autorità politiche o amministrative esterne all'ASP, ecc.) di interferire indebitamente nello svolgimento di attività d'ufficio. Eventuali ordini di servizio o pressioni che gli giungano in forma scorretta e mirino a favorire interessi privati vanno comunicati ai superiori gerarchici o, se opportuno, all'RPCT. In particolare, se un dipendente riceve indicazioni di trattare con favore un determinato soggetto (ad es. nell'aggiudicazione di un appalto, nell'assunzione di un candidato, nell'assegnazione di un incarico o nel controllo su un esercizio convenzionato) per ragioni non attinenti al merito, egli è tenuto a non aderire a tali indicazioni e a segnalare il fatto ai vertici aziendali.

Trasparenza nei processi decisionali – Nei procedimenti a elevato rischio di conflitto di interessi (come appalti, concessioni, accreditamenti, selezioni del personale, attribuzione di benefici economici), l'ASP garantisce la massima trasparenza e tracciabilità: vengono formalizzati per iscritto i criteri di scelta, i verbali delle riunioni e le motivazioni delle decisioni. Il dipendente che partecipa a organi collegiali di valutazione o commissioni deve dichiarare all'atto dell'insediamento l'assenza di conflitti personali rispetto ai candidati o alle offerte in esame, astenendosi se ciò non fosse garantito.

Evidenze minime: registro delle dichiarazioni annuali di assenza/presenza di conflitti d'interesse; modulistica di astensione compilata in caso di conflitto; tracciatura nelle deliberazioni delle eventuali astensioni per conflitto; verbali di commissione con dichiarazione di imparzialità dei membri. Documentazione di ogni segnalazione di interferenze illecite trasmessa all'RPCT.

Art. 8 – Regali, Compensi e Altre Utilità

Divieto generale – Il dipendente non chiede né sollecita per sé o per altri, a qualsiasi titolo, regali, favori, compensi, benefici o altre utilità da soggetti (persone, enti, aziende) con cui entra in contatto per ragioni d'ufficio. Inoltre, non accetta regali o altre utilità, nemmeno in occasione di festività o ricorrenze, da tali soggetti, salvo quanto specificato al comma 2 in tema di modico valore. Questo divieto si estende non solo ai regali offerti direttamente al dipendente, ma anche a quelli indirizzati ai suoi familiari o a persone con cui abbia stretti rapporti, qualora il dono sia evidentemente effettuato in ragione del suo ufficio.

Eccezione per il modico valore – Fanno eccezione al divieto di cui sopra i soli regali d'uso di modico valore, cioè quelli che, singolarmente, non eccedano indicativamente i €25,00 e complessivamente, da uno stesso offerente nell'anno solare, non superino i €100,00. Si tratta tipicamente di oggetti promozionali di scarso valore (agende, penne, calendari), piccoli omaggi alimentari in quantità simbolica, o analoghe cortesie di prassi in specifiche circostanze (ad esempio, un mazzo di fiori o una scatola di cioccolatini al termine di un ricovero). Anche tali regali, comunque, non devono in alcun modo influenzare l'operato imparziale del dipendente. Il dipendente è tenuto a dare comunicazione scritta al proprio dirigente di ogni regalo ricevuto che rientri in questa categoria di modico valore (specie se ripetuto nel tempo), affinché l'Azienda possa monitorare il rispetto delle soglie.

Rifiuto di regali non consentiti – Nel caso in cui al dipendente siano offerti o recapitati regali, compensi o utilità eccedenti la modicità, egli rifiuta con fermezza e cortesia l'offerta, spiegando che le norme interne non consentono di accettare. Se l'offerta indebita avviene pubblicamente (ad es. davanti a utenti), il rifiuto va manifestato in modo educato ma chiaro, per dare un segnale esemplare. Qualora un dono non consentito pervenga senza possibilità di rifiuto immediato (ad es. pacco per posta, fiori recapitati, etc.), il dipendente entro 5 giorni lavorativi lo consegna all'Amministrazione (di norma al proprio dirigente o all'URP), che provvede a restituirlo al mittente o, se ciò non è possibile, a destinarlo a fini istituzionali o benefici. In ogni caso, il dipendente redige una relazione scritta (breve memo) indirizzata al proprio dirigente e all'RPCT, in cui descrive la circostanza, il mittente e il presumibile valore dell'omaggio rifiutato/consegnato. Questa procedura tutela sia il dipendente sia l'Azienda da possibili tentativi di corruzione mascherati da regali.

Benefici indiretti e altre utilità – Le regole sul divieto di accettare vantaggi si applicano anche a utilità diverse dai regali materiali. Ad esempio: un dipendente non può accettare che un'azienda fornitrice paghi le spese di viaggio e alloggio per partecipare a un congresso, a meno che ciò avvenga nell'ambito di programmi di sponsorizzazione formalmente autorizzati dall'ASP (si veda art. 10). Parimenti, non può farsi offrire pranzi o cene costosi durante trattative o incontri di lavoro (al di là di eventuali coffee break o colazioni di lavoro di modesta entità nel normale ambito relazionale). Non può accettare prestiti di denaro o agevolazioni finanziarie personali da utenti o fornitori. Qualsiasi promessa o elargizione atipica (es. servizi gratuiti, sconti non disponibili al pubblico, ammissione a circoli esclusivi, etc.) deve essere equiparata a un regalo e quindi rifiutata, se proveniente da soggetti in rapporto con l'attività dell'ASP.

Regali tra colleghi – Scambi di modesti regali tra colleghi in occasioni consuete (festività natalizie, pensionamenti, ricorrenze personali) sono consentiti purché spontanei e di valore contenuto, e non legati in alcun modo a rapporti gerarchici (il superiore deve evitare di fare

o ricevere regali costosi dai subordinati, per non creare obblighi). È comunque vietata qualsiasi colletta forzosa o pressione sul personale per contribuire a doni di valore eccessivo a superiori o altre figure.

Regali da pazienti e utenti – Spesso i pazienti o i loro familiari manifestano gratitudine offrendo piccoli doni. Oltre al limite di modicità sopra definito, il personale sanitario ha cura di far comprendere all'utenza che il miglior ringraziamento consiste nel feedback positivo e nella fiducia verso il servizio. Qualora un paziente insista per donare una somma di denaro a beneficio del reparto o della struttura, lo si indirizza formalmente verso le procedure di donazione liberale all'Azienda (che prevedono atti ufficiali di accettazione da parte dell'ASP), scoraggiando qualunque consegna informale di denaro in reparto.

Compensi per attività estranee – Il dipendente non accetta compensi o pagamenti da soggetti privati per attività che ricadono nei suoi compiti d'ufficio. Esempio: un tecnico amministrativo non può ricevere denaro da un utente per "sveltire" una pratica; un medico non può farsi pagare privatamente per prestazioni che deve rendere nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (fuori dai canali ALPI). Qualora pervenga indebitamente un'offerta di denaro o altra utilità come corrispettivo di un atto dovuto o come prezzo per un atto contrario ai doveri, il dipendente ha l'obbligo di rifiutare e segnalare immediatamente il fatto come tentativo di corruzione (vedi anche art. 22 sulle segnalazioni illeciti).

Tracciabilità e registro dei regali – L'ASP istituisce un Registro dei regali, compensi e utilità (vedi *Allegato 2*) in cui vengono annotati: i regali rifiutati/consegnati e quelli eccezionalmente accettati perché di modico valore. Ogni dipendente che abbia fatto rapporto di un'offerta di regalo compilerà o farà compilare al proprio dirigente la relativa voce nel registro, indicando data, mittente, descrizione e destino del dono. Tale registro è soggetto a verifica periodica da parte dell'RPCT e del C.d. Controllo Interno per monitorare eventuali criticità.

Evidenze minime: Registro aziendale dei regali e utilità aggiornato; copie di comunicazioni di rifiuto/regalo consegnato, con indicazione di mittente e destinazione; modulistica interna per segnalare all'ente eventuali offerte ricevute; archivio delle dichiarazioni annuali dei dipendenti sull'assenza di regali oltre soglia; eventuali delibere di accettazione di donazioni liberali formalizzate.

Art. 9 – Contratti Pubblici, Appalti e Atti Negoziali

Correttezza nelle procedure di gara – I dipendenti coinvolti a qualsiasi titolo in procedure di appalto, concessione o acquisto di beni e servizi (dalla programmazione alla predisposizione di atti di gara, dalla partecipazione a commissioni di aggiudicazione fino alla gestione ed esecuzione del contratto) devono attenersi a rigorosi criteri di legalità, trasparenza e libera concorrenza.

In particolare:

a. si astengono in presenza di situazioni di conflitto di interessi anche potenziale, secondo quanto stabilito dall'art. 7 del presente Codice;
b. rispettano i principi di imparzialità e par condicio tra tutti i concorrenti: la documentazione di gara è predisposta con requisiti proporzionati e non discriminatori;
c. eventuali richieste di chiarimenti da parte degli operatori economici vengono pubblicate e soddisfatte con trasparenza;
d. non vengono fornite a singoli concorrenti informazioni privilegiate;
e. assicurano la tracciabilità delle comunicazioni e delle fasi di valutazione: ogni fase negoziale o di confronto concorrenziale avviene secondo le forme prescritte (piattaforme telematiche, sedute pubbliche se previste, verbali dettagliati delle commissioni di gara);
f. i plichi cartacei eventualmente pervenuti sono custoditi con cura e aperti nei tempi e modi regolamentari;
   proteggono la riservatezza delle offerte e delle informazioni sensibili delle imprese durante l'iter di gara, evitando fughe di notizie e garantendo pari accesso agli atti solo nei modi previsti dalla legge;
g. non sollecitano né accettano da parte di aziende partecipanti promesse o impegni che esulino dalla gara (sponsorizzazioni occulte, forniture gratuite in cambio di favori, etc.);
h. collaborano con l'ANAC e gli organi di vigilanza fornendo tempestivamente i dati e le comunicazioni obbligatorie (ad es. schede simog, comunicazioni ex art. 1 L.190/2012) e segnalando eventuali tentativi di turbativa d'asta o anomalie significative nelle offerte.

Gestione dei contratti e rapporti con fornitori – Durante la fase di esecuzione dei contratti, i dipendenti preposti (direttori dell'esecuzione, responsabili unici del procedimento – RUP, collaudatori, ecc.) agiscono con efficacia e rigore per tutelare l'interesse dell'ASP:

a. sorvegliano che il contraente adempia esattamente alle obbligazioni (rispetto delle tempistiche, standard di qualità, condizioni economiche pattuite);
b. contestano senza ritardo eventuali inadempimenti, difformità o ritardi, applicando se del caso le penali previste o proponendo le necessarie azioni in conformità al Codice dei Contratti Pubblici;
c. evitano relazioni confidenziali o promiscue con i referenti delle ditte appaltatrici: i rapporti si mantengono su un piano ufficiale e documentato, limitato agli aspetti contrattuali. Incontri tecnici o sopralluoghi sono sempre formalizzati in verbali o report interni;
d. rifiutano qualsiasi tentativo da parte dell'appaltatore di eludere le regole contrattuali offrendo vantaggi extra (si rinvia all'art. 8 sul divieto di regali e utilità);
e. nel caso emergano necessità di varianti, proroghe, rinnovi contrattuali, etc., agiscono secondo le procedure di legge, motivando analiticamente le ragioni tecniche o economiche e sottoponendole alle autorizzazioni prescritte, senza frazionare artificiosamente le prestazioni né aggirare la concorrenza;
f. assicurano la tracciabilità finanziaria dei pagamenti: verificano che l'appaltatore comunichi gli estremi dei conti dedicati ai pagamenti pubblici e usi tali conti, segnalando eventuali irregolarità ai sensi della L. 136/2010.

Contratti attivi, convenzioni e accordi – Le regole di correttezza si applicano anche quando l'ASP è parte "attiva" di accordi (es. convenzioni con altre aziende sanitarie, protocolli d'intesa con enti pubblici, contratti di comodato, sponsorizzazioni attive). I dipendenti istruiscono tali atti negoziali perseguendo il massimo vantaggio pubblico e prevenendo condizioni svantaggiose o squilibrate per l'Azienda. Evitano di avallare clausole che possano generare indebiti vantaggi per controparte in cambio di benefici personali (ciò costituirebbe condotta illecita). Tutte le fasi negoziali sono improntate a trasparenza: se si tratta di partenariati o convenzioni non soggette a gara, i presupposti e le ragioni della scelta del partner sono ben evidenziati negli atti deliberativi.

Incarichi professionali e consulenze – L'affidamento di incarichi a professionisti esterni (legali, ingegneri, medici convenzionati, consulenti vari) deve avvenire nel rispetto delle normative sulla selezione comparativa e sulla pubblicità. Il dipendente che cura tali procedure deve garantire: la predisposizione di avvisi o inviti chiari sui requisiti; la valutazione imparziale dei curricula; la stipula di un contratto scritto dettagliato; il controllo dell'attività svolta e dei risultati prodotti dal consulente. È fatto divieto di ricorrere a consulenze esterne per materie che possano essere svolte con competenze interne, salvo motivate eccezioni deliberate, come da legislazione vigente. Anche nel conferire incarichi spot (es. docenze, commissioni esaminatrici, collaudi) va evitato di favorire

sistematicamente i medesimi nomi senza rotazione, salvo si tratti di soggetti scelti da albi ufficiali o per specifiche competenze uniche.

Integrità degli atti contrattuali – Il dipendente non altera, contraffà o postdata documenti relativi a contratti o gare. Ogni comunicazione, offerta, verbale e provvedimento viene formato con data certa, sottoscritto digitalmente dove richiesto, e conservato secondo normativa. In particolare, è assolutamente proibito sottrarre dal fascicolo di gara documenti originali o inserirne di nuovi ex post. Qualsiasi anomalia documentale riscontrata va immediatamente segnalata al RUP e all'Autorità competente.

Formazione in materia di contratti – Considerata la delicatezza dell'area, l'ASP promuove corsi di formazione specifica per il personale che opera negli appalti, sia amministrativo che tecnico, sui temi del nuovo Codice dei Contratti Pubblici (D.Lgs. 36/2023), anticorruzione negli appalti, gestione delle gare telematiche, ecc. Il dipendente è tenuto a partecipare a tali percorsi formativi e ad aggiornare costantemente le proprie competenze, consapevole che la professionalità è un baluardo contro errori e tentativi di infiltrazione corruttiva.

Evidenze minime: verbali delle commissioni di gara completi e firmati da tutti i membri; dichiarazioni di assenza conflitti firmate dai commissari; registro delle astensioni per conflitto in ambito contratti; delibere di approvazione atti di gara con motivazioni; documentazione integrale di gare e contratti conservata a norma; registro dei contratti e pubblicazione obbligatoria dei dati di gara (legge 190/2012); schede di monitoraggio ANAC e SIMOG trasmesse; attestazioni di rotazione incarichi e verifiche su varianti; report annuale RPCT su controlli in materia di contratti pubblici.

Art. 10 – Sponsorizzazioni, Donazioni e Finanziamenti

Accettazione di sponsorizzazioni – La sponsorizzazione consiste in un contributo in denaro, beni o servizi offerto da soggetti privati all'ASP per sostenere specifiche attività (es. eventi scientifici, campagne di prevenzione, acquisto di apparecchiature, manutenzione di reparti, etc.), in cambio di ritorno di immagine (es. citazione del brand). Il dipendente non può autonomamente accettare offerte di sponsorizzazione riguardanti attività aziendali: ogni proposta va sottoposta ai competenti organi dell'ASP e formalizzata tramite apposita convenzione o contratto approvato con provvedimento amministrativo. In particolare, per eventi formativi ECM o congressuali patrocinati da questa ASP, l'accettazione di contributi da aziende farmaceutiche o fornitrici deve avvenire secondo le normative vigenti (es. regolamenti regionali sulle sponsorizzazioni in sanità) e con massima trasparenza: indicazione chiara dello sponsor, importo o valore del contributo, modalità di erogazione (pagamenti diretti, fornitura di materiali, supporto logistico), assenza di condizioni che possano interferire con i contenuti scientifici.

Divieto di sponsorizzazioni occulte – Il dipendente non deve in alcun modo ricevere benefici personali indiretti da sponsorizzazioni. Ad esempio, se un'azienda farmaceutica sponsorizza un convegno organizzato dall'ASP, eventuali spese di viaggio e soggiorno per dipendenti invitati come relatori devono essere regolate nell'ambito della sponsorizzazione ufficiale e contabilizzate dall'ente, non offerte "a latere" al singolo. È vietato accettare che una ditta finanzi direttamente la partecipazione di un dipendente a corsi di formazione, master o congressi, salvo nei casi di borse di studio o contributi assegnati all'ASP che poi designa il beneficiario secondo criteri imparziali.

Donazioni liberali – Le donazioni di denaro o beni da parte di privati a favore dell'Azienda (es. lasciti testamentari, donazioni di attrezzature da associazioni di beneficenza, elargizioni di ex pazienti riconoscenti) sono regolate dal Codice civile e dalle norme contabili pubbliche. Il dipendente che venga informato di una intenzione di donazione indirizza il potenziale donante agli uffici competenti (Direzione Generale o Ufficio Affari Generali) per formalizzare l'offerta. Ogni donazione deve essere accettata con Deliberazione del competente organo (Commissario/Direttore Generale), previa verifica che non condizioni l'autonomia aziendale né crei conflitti d'interesse (ad esempio, se il donante è anche fornitore, si valuta se l'oggetto della donazione possa generare aspettative di corsia preferenziale). È vietato trasformare ex post in "donazione" ciò che originariamente era un pagamento dovuto per un servizio pubblico. Le donazioni in denaro sono tracciate in bilancio; quelle in beni sono inventariate e destinate all'uso indicato se compatibile con l'interesse pubblico.

Finanziamenti e contributi esterni – Nel caso l'ASP partecipi a progetti finanziati da enti terzi (es. UE, Ministero, Regione) o riceva contributi finalizzati (es. 5 per mille, fondi di ricerca), i dipendenti responsabili ne curano la gestione trasparente e corretta. Rendicontano puntualmente le spese sostenute secondo le regole del finanziatore e si astengono da qualsiasi utilizzo deviato dei fondi (es. impiegarli per spese non attinenti al progetto). Anche l'affidamento di incarichi o acquisti nell'ambito di tali finanziamenti segue le normali regole di imparzialità e, se del caso, le procedure di evidenza pubblica.

Pubblicità degli accordi di sponsorizzazione – Tutti gli accordi di sponsorizzazione o donazione sottoscritti dall'ASP sono resi pubblici nella sezione Amministrazione Trasparente, in adempimento degli obblighi di cui al D.Lgs. 33/2013 e linee guida ANAC. Il dipendente preposto assicura che siano pubblicati almeno gli elementi essenziali: oggetto, sponsor/donante, valore economico stimato, durata, obblighi reciproci, responsabile del procedimento. Ciò per prevenire qualsiasi percezione di opacità o scambio occulto di favori.

Integrità nelle relazioni con sponsor – Il dipendente che interagisce con potenziali sponsor o donatori mantiene un comportamento imparziale: non deve dare l'impressione che una

donazione garantisca trattamenti di favore. Eventuali ringraziamenti ufficiali e citazioni pubbliche dello sponsor (es. targhe, attestati) sono ammesse secondo le prassi, ma non devono sconfinare in forme di pubblicità indebita dentro le strutture aziendali che possano confondere l'utenza (ad es., non si appongono loghi commerciali su strumenti sanitari in uso ai pazienti, fuori dai casi disciplinati).

Evidenze minime: elenco delle sponsorizzazioni ricevute annualmente con importi e sponsor; copie delle delibere di accettazione sponsorizzazioni/donazioni; convenzioni di sponsorizzazione firmate; registro pubblicato dei contributi da privati (es. adempimento L.33/2013); bilancio con capitoli entrate sponsorizzazioni; documentazione di eventi sponsorizzati (programma con logo sponsor, ecc.) e relative rendicontazioni; dichiarazioni dei dipendenti inviati a convegni se spesati da esterni (autorizzazioni preventive); modulistica per proposta di sponsorizzazione e iter interno di valutazione.

Art. 11 – Liste di Attesa e Attività Libero-Professionale Intramuraria (ALPI)

Centralità della lista d'attesa – Il dipendente sanitario o amministrativo coinvolto nella gestione delle prenotazioni e liste d'attesa per visite, esami e interventi assicura il rigoroso rispetto dell'ordine cronologico e delle classi di priorità clinica stabilite. Qualsiasi variazione o precedenza deve avvenire esclusivamente per giustificate motivazioni cliniche (ad es. aggravamento delle condizioni del paziente, indicazioni di urgenza da parte del medico curante secondo i protocolli) e deve essere debitamente registrata e tracciabile. È fatto assoluto divieto di alterare o manipolare le liste d'attesa per favorire indebitamente qualcuno.

Separazione pubblico/privato – L'*Attività Libero-Professionale Intramuraria (ALPI)*, svolta dai medici dell'ASP al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale e dietro compenso a carico dell'utente, è consentita dalla legge e dai contratti collettivi, ma deve rimanere nettamente separata dal canale pubblico.

In particolare:

- Nessun medico o operatore deve indurre o sollecitare un paziente a scegliere la via privata prospettandogli vantaggi (ad es. tempi più brevi) rispetto al percorso istituzionale. Il paziente deve decidere liberamente e sulla base di informazioni trasparenti.
- È vietato condizionare la qualità o la tempestività delle cure nel sistema pubblico in base al fatto che il paziente abbia optato o meno per prestazioni a pagamento. Ogni paziente nel percorso SSN ha diritto alla stessa attenzione e cura.
- I tempi di attesa dell'attività istituzionale non possono essere volutamente dilatati o gestiti in modo inefficiente per creare artificiosamente domanda verso l'ALPI. I

dirigenti sanitari monitorano gli indicatori di attesa ed eventuali anomale divergenze tra tempi pubblici e privati, adottando correttivi organizzativi se necessario.

- I medici che svolgono ALPI operano nel rispetto dei limiti orari e quantitativi previsti: l'attività privata non deve interferire con i compiti di servizio né generare conflitti di interesse. Ad esempio, un medico che segue in ALPI un paziente non deve poi essere il responsabile del controllo pubblico dello stesso caso se ciò mette in discussione la sua obiettività (in tal caso si valuta di assegnare altro specialista per la parte istituzionale).

Trasparenza e tariffe – Le prestazioni erogate in ALPI seguono un tariffario aziendale approvato e pubblicato. Il dipendente non applica tariffe difformi né richiede pagamenti extra non dovuti al paziente. I pagamenti devono transitare tramite le casse aziendali o i sistemi di riscossione previsti (mai direttamente al professionista). Il personale amministrativo che gestisce le prenotazioni ALPI fornisce sempre all'utente un preventivo scritto o indicazione chiara del costo e delle modalità di pagamento.

Utilizzo di risorse e locali – L'ALPI si svolge di norma nei locali dell'ASP e con attrezzature aziendali, secondo orari e modalità autorizzate. Il professionista che la esegue è tenuto a riconoscere all'ASP la quota percentuale stabilita per l'uso delle strutture. È vietato utilizzare spazi o strumenti pubblici fuori dagli accordi (es. fare visite private in studio pubblico senza averle prenotate come ALPI, o utilizzare personale dell'ASP durante l'orario di lavoro per assistenza in ALPI). Qualunque violazione in tal senso costituisce uso indebito di risorse pubbliche. I coordinatori e direttori vigilano su questo aspetto (ad es. verificando che dopo l'orario di ambulatorio pubblico, il successivo slot ALPI sia stato regolarmente prenotato e tracciato).

Tracciabilità e monitoraggio – L'ASP adotta un sistema di prenotazione e gestione integrata delle agende che consenta la tracciabilità di ogni prestazione, istituzionale o ALPI. I dipendenti addetti rispettano scrupolosamente le istruzioni su come registrare le prestazioni e su come tenere separate le agende. Periodicamente vengono effettuati controlli incrociati (ad es. sulla proporzione tra numero di prestazioni istituzionali e ALPI per singolo professionista, su eventuali sovrapposizioni orarie improprie) e i risultati sono analizzati dall'Organismo Interno di Valutazione e dall'RPCT come misura di prevenzione della corruzione.

Conflitto di interessi in ALPI – Il medico che svolge ALPI deve considerare potenziale conflitto di interessi il fatto di seguire privatamente pazienti che potrebbe gestire in regime SSN. Pertanto, agisce con la massima cautela: fornisce all'utente tutte le informazioni per scegliere consapevolmente; se ha in carico nel pubblico un paziente che chiede di passare in ALPI, lascia traccia scritta di tale richiesta spontanea; non può in alcun modo "dirottare"

pazienti dal pubblico al privato per proprio tornaconto. Chiunque (operatore o utente) abbia il sospetto di tali pratiche può segnalarlo anonimamente o attraverso il canale whistleblowing per le verifiche del caso.

Evidenze minime: registro delle agende di prenotazione con codifica delle prestazioni SSN vs ALPI; report periodici su volumi ALPI e tempi d'attesa SSN per branca; verbali di monitoraggio PNA area "liste d'attesa e ALPI"; modulistica per consenso informato del paziente informato sulle alternative SSN/ALPI; eventuali audit interni su casi segnalati di deviazione utenti; registro dei versamenti ALPI dei medici con controllo incassi vs prestazioni eseguite.

Art. 12 – Sperimentazioni Cliniche e Ricerca

Autorizzazione e valutazione etica – Qualsiasi sperimentazione clinica su farmaci, dispositivi medici o nuove procedure che coinvolga strutture o pazienti dell'ASP di Agrigento deve essere preventivamente autorizzata e sottoposta al parere vincolante del Comitato Etico competente, secondo la normativa vigente (D.Lgs. 52/2019 e regolamenti UE applicabili).

Il dipendente (medico o altro professionista sanitario) che intenda promuovere o partecipare a uno studio clinico:

1) prima di avviare qualunque attività sperimentale, presenta apposita richiesta all'Ufficio Ricerca e al Comitato Etico tramite i canali ufficiali, fornendo il protocollo completo dello studio e la documentazione richiesta (schede informative per il paziente, consenso informato, polizze assicurative, etc.);
2) attende l'approvazione formale da parte del Comitato Etico e l'autorizzazione della Direzione aziendale prima di arruolare pazienti o iniziare interventi nell'ambito dello studio;
3) rispetta integralmente le condizioni e prescrizioni eventualmente indicate dal Comitato Etico nel parere (ad es. criteri di inclusione/esclusione dei pazienti, modifiche al modulo di consenso, requisiti di monitoraggio).

Ogni deviazione non autorizzata dal protocollo approvato costituisce violazione deontologica e disciplinare grave.

Trasparenza nei rapporti con gli sponsor – Molti studi clinici sono finanziati o promossi da aziende (es. case farmaceutiche) o da enti di ricerca.

Il dipendente coinvolto deve assicurare massima trasparenza nella gestione di tali rapporti:

- tutti i finanziamenti ricevuti per lo studio (grant di ricerca, forniture gratuite di farmaci o dispositivi, compensi per il centro sperimentale, rimborsi spese per

ricercatori) devono essere dettagliati nella convenzione stipulata tra lo sponsor e l'ASP, approvata con Delibera. Il dipendente non può accettare pagamenti diretti sul proprio conto o beni in regalo dallo sponsor al di fuori di quanto convenzionato con l'ente;

- le somme erogate dallo sponsor all'ASP devono essere tracciate su appositi centri di costo e utilizzate esclusivamente per le attività relative alla sperimentazione (compresi eventuali compensi per gli sperimentatori previsti dalla convenzione, che saranno liquidati dall'ASP in busta paga o come da accordi);
- eventuali conflitti di interessi del ricercatore verso lo sponsor (ad es. partecipazioni finanziarie nella ditta promotrice, consulenze pagate dallo sponsor) vanno dichiarati sia al Comitato Etico sia all'amministrazione. In caso di conflitto significativo, l'ASP valuta misure mitigative (es. affiancare un coinvestigator indipendente) o la non fattibilità della sperimentazione presso la propria struttura.

Integrità scientifica e tutela del paziente – Il dipendente coinvolto in ricerca clinica opera con rigore scientifico e rispetto della persona:

- garantisce che ogni potenziale partecipante sia informato in modo chiaro, completo e comprensibile riguardo allo studio, e che la partecipazione avvenga solo previa sottoscrizione del consenso informato da parte del paziente (o avente diritto) – nessuna procedura sperimentale può essere eseguita senza tale presupposto;
- monitora attentamente la sicurezza dei partecipanti: eventuali eventi avversi o reazioni indesiderate vengono registrati e comunicati tempestivamente allo sponsor e al Comitato Etico secondo le normative (obbligo di segnalazione delle Serious Adverse Events, ecc.);
- non falsifica, altera o omette dati nella compilazione delle schede raccolta dati (CRF) e nella documentazione dello studio: i dati clinici devono essere raccolti accuratamente e in modo verificabile;
- si rende disponibile ad audit e ispezioni sia interne sia da parte di autorità regolatorie, fornendo accesso a tutti i documenti dello studio (purché nel rispetto della riservatezza dei pazienti).

Pubblicazione e diffusione risultati – I risultati delle ricerche condotte in ASP Agrigento devono poter essere diffusi liberamente nella comunità scientifica, fatti salvi i diritti dello sponsor (ad es. tutela brevettuale). Il dipendente concorda con l'ente promotore le modalità di pubblicazione, ma in ogni caso evita di sottostare a clausole che impediscano ingiustificatamente la diffusione di risultati negativi o scomodi. La trasparenza nella ricerca è fondamentale per l'etica e la credibilità scientifica. Inoltre, qualora il dipendente partecipi

a convegni o pubblichi articoli riferendo di studi sponsorizzati, dichiara sempre i conflitti di interesse o i finanziamenti ricevuti, in linea con le best practice internazionali.

Sperimentazioni no profit e studi osservazionali – Anche le ricerche promosse internamente (no profit) o gli studi osservazionali retrospettivi necessitano di autorizzazione se coinvolgono dati sanitari o pazienti. Il dipendente rispetta le procedure aziendali per tali studi, compresa la valutazione del Comitato Etico quando prevista, e l'ottemperanza al GDPR (es. pseudonimizzazione dei dati, consenso all'uso secondario di dati sanitari, etc.).

Evidenze minime: archivio delle convenzioni di sperimentazione con indicazione di finanziamenti; pareri del Comitato Etico per ogni studio; elenco aggiornato degli studi attivi con rispettivi sponsor e principal investigator; registro segnalazioni eventi avversi inviato al CE; modulistica consensi informati archiviata; verbali di monitoraggio o audit su studi; elenco pubblicazioni scientifiche derivanti da ricerche ASP con indicazione sponsor se presente.

Art. 13 – Trasparenza Amministrativa e Integrità dei Documenti

Obblighi di pubblicazione – I dipendenti assicurano l'adempimento puntuale degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 33/2013 (Trasparenza). Ogni atto soggetto a pubblicazione (delibere, determine, bandi, bilanci, dati su concorsi, incarichi, consulenze, etc.) viene trasmesso all'Ufficio competente in formato completo e nei tempi richiesti. In particolare, i responsabili della trasmissione dei dati previsti dall'art. 14 (dati patrimoniali di dirigenti), dall'art. 15 (incarichi e compensi), art. 22 (enti controllati), art. 26 (sovvenzioni e contributi) ecc. curano che le informazioni siano esatte, aggiornate e pubblicate sul sito istituzionale nelle sezioni appropriate. La trasparenza è intesa come strumento di prevenzione della corruzione: ogni dipendente collabora affinché l'accesso civico della cittadinanza agli atti dell'ASP sia effettivo.

Integrità e conservazione dei documenti – Il dipendente gestisce la documentazione amministrativa (cartacea e digitale) con cura e onestà:

- non falsifica, altera o distrugge indebitamente documenti ufficiali. Qualunque correzione o integrazione necessaria su un atto viene eseguita con metodi legittimi (annullamento dell'atto viziato e adozione di nuovo atto rettificato, correzione di errori materiali secondo le procedure, etc.) e mai in modo surrettizio;
- non postdata o predata registrazioni di protocollo o altri atti: ogni operazione documentale avviene in tempo reale rispetto al momento effettivo;
- adotta i sistemi di firma elettronica e di gestione documentale previsti, senza eludere le misure di sicurezza (es.: non delega mai l'uso della propria firma digitale a terzi,

non lascia incustodite smart card o credenziali di accesso ai sistemi di protocollo informatico).

- per i documenti cartacei, rispetta le procedure di archiviazione e conservazione: non sottrae dall'archivio pratiche senza tracciatura, non accumula sulla propria scrivania fascicoli senza restituirli agli archivi competenti, segue le indicazioni per il versamento di fascicoli di fine anno agli archivi di deposito e per l'eventuale scarto documentale autorizzato.

Accesso ai documenti amministrativi – Nell'istruire richieste di accesso agli atti da parte di cittadini o altri enti (ai sensi della L. 241/1990 o dell'accesso civico generalizzato), il dipendente incaricato agisce con spirito di apertura e favor verso il richiedente, nei limiti stabiliti dalla legge. Fornisce le informazioni e i documenti richiesti se detenuti e non coperti da segreto o privacy; se l'istanza è troppo generica, aiuta il richiedente a precisarla; se riguarda atti di altro ufficio, la trasmette a chi di dovere. In caso di diniego o differimento dell'accesso per motivi giustificati (es. tutela di dati personali di terzi, segreto investigativo, ecc.), redige formale provvedimento motivato e informa il richiedente delle possibilità di riesame o ricorso. Non oppone ostacoli pretestuosi all'accesso.

Relazioni con gli Organi di controllo – I dipendenti forniscono piena collaborazione e dati veritieri agli Organi di controllo interno (OIV, Collegio Sindacale, RPCT) e agli organi esterni (Corte dei Conti, ANAC, Ministeri vigilanti) quando questi richiedano documenti o informazioni. Ogni comunicazione verso tali organi avviene in modo tempestivo e completo. È vietato occultare o manipolare dati destinati a ispezioni o audit: ad esempio, non si alterano indicatori nelle relazioni periodiche al MEF (monitoraggio spesa personale) o al Ministero Salute (adempimenti LEA), né si celano agli ispettori elementi critici. L'onestà nei confronti dei controllori è parte integrante della correttezza amministrativa.

Segnalazione di illeciti documentali – Qualora un dipendente venga a conoscenza di falsificazioni, manomissioni o soppressioni di atti d'ufficio effettuate da colleghi o superiori, ha il dovere di attivarsi: se possibile, cerca di impedire l'alterazione (ad es. rifiutandosi di firmare atti retrodatati o di distruggere documenti), e in ogni caso effettua una segnalazione riservata tramite i canali interni (RPCT/whistleblowing) o esterni (ANAC, autorità giudiziaria) per permettere la verifica e tutela della legalità. Rientrano in questa categoria anche eventuali pressioni per "aggiustare" dati di bilancio, elenchi di attesa, esiti di audit: il dipendente retto non vi cede e denuncia tali richieste improprie.

Evidenze minime: registro di protocollo informatico con marcatura temporale; log di accesso ai sistemi documentali; evidenza di pubblicazione aggiornata dati su Amministrazione Trasparente (con eventuali attestazioni OIV); elenco richieste accesso agli atti evase con tempi; verbali di organi di controllo (es. verbale Collegio Sindacale) attestanti

la collaborazione ottenuta; segnalazioni ricevute di presunti falsi documentali e atti conseguenti (esiti ispezioni).

Art. 14 – Uso dei Beni Aziendali e Risorse Pubbliche

Utilizzo esclusivamente per fini d'ufficio – Il dipendente ha in dotazione e accesso a beni pubblici (uffici, mobili, strumenti informatici, telefoni, veicoli di servizio, dispositivi di protezione, ecc.) che devono essere utilizzati solo per ragioni di servizio. È vietato l'uso personale o per terzi di tali beni, salvo modeste e occasionali tollerate dall'Azienda (es. telefonata urgente personale dal telefono fisso se non abusiva, breve consultazione internet per necessità personali durante la pausa).

In particolare:

- i veicoli aziendali possono essere condotti esclusivamente per attività istituzionali (trasporti sanitari, spostamenti per sopralluoghi, servizio veterinario, etc.) da personale autorizzato e munito di patente valida. Non si utilizzano automezzi pubblici per tragitti casa-lavoro o altri spostamenti privati. Ogni uscita è registrata nei fogli di viaggio o strumenti telematici;
- le dotazioni informatiche (computer, stampanti, cellulari di servizio) non vanno impiegate per attività estranee al lavoro: è vietato installare software privati non autorizzati, salvare archivi personali sul computer aziendale, fare stampe massive per fini non lavorativi, utilizzare il telefono d'ufficio per lunghe chiamate private. I cellulari aziendali assegnati ad alcune posizioni vanno usati limitatamente alle esigenze di reperibilità e contatto di lavoro;
- i locali aziendali (uffici, sale riunioni) non possono ospitare riunioni o eventi a carattere privato non attinenti all'attività dell'ASP, se non previa autorizzazione specifica e fuori dall'orario di servizio, secondo regolamenti.

Cura e custodia dei beni – Il dipendente è tenuto ad aver cura dei beni affidati o comunque utilizzati. Evita comportamenti che possano deteriorarli o diminuirne il valore (es.: non mangiare/bevere vicino ad apparecchiature elettroniche sensibili, non lasciare esposti all'intemperie macchinari, ecc.). In caso di guasti o malfunzionamenti, dà immediata comunicazione agli uffici preposti (ICT, manutenzione) per gli interventi necessari, senza attendere che il problema peggiori. Se gli sono consegnati beni in uso esclusivo (es. portatile, telefono, badge di accesso), ne è direttamente responsabile: ne previene il furto o smarrimento custodendoli con attenzione; se ciò accade, informa subito la struttura competente (ad es. se perde il badge, per bloccarlo; se subisce il furto del laptop, per avvisare anche la funzione IT per sicurezza dei dati).

Economia e lotta agli sprechi – Nell'utilizzo delle risorse pubbliche, il dipendente adotta un comportamento orientato alla economicità:

- limita i consumi di materiali di cancelleria, stampando documenti solo quando necessario e preferendo l'archiviazione digitale;
- spegne le apparecchiature elettriche quando non servono (computer, luci, climatizzatori negli ambienti non occupati), contribuendo a ridurre i costi energetici;
- gestisce i magazzini e le scorte sanitarie con criterio FIFO (primo dentro, primo fuori) per evitare scadenze inutilizzate, e segnala se rileva forniture eccessive o inutili;
- in caso di missioni o trasferte, organizza gli spostamenti scegliendo opzioni di trasporto e alloggio più economiche compatibilmente col servizio (ad es. uso di auto aziendale condivisa se possibile, oppure treno in 2ª classe, pernottamenti in strutture convenzionate).

Divieto di utilizzare manodopera o servizi dell'ente per scopi privati – Il dipendente non può avvalersi di altri colleghi, subalterni o ditte appaltatrici dell'ASP per scopi personali. Ad esempio, non chiede agli operatori tecnici di fare lavori a casa propria durante l'orario di servizio; non approfitta di un autista dell'ente per farsi accompagnare in luoghi non di servizio; non utilizza i fornitori dell'ASP (es. ditte di manutenzione) per riparazioni a titolo privato durante orario e con mezzi dell'ente. Ogni tale condotta costituisce abuso di posizione.

Controlli interni – L'ASP può adottare sistemi di controllo sull'utilizzo delle risorse aziendali, nel rispetto della normativa (Statuto dei lavoratori, privacy). Ad esempio: estrazione di report sul traffico telefonico eccedente, log di utilizzo di internet per siti non lavorativi, controllo GPS dei veicoli per verificare percorsi autorizzati. Tali controlli, se attuati, vengono portati a conoscenza dei dipendenti nelle forme previste. Lo scopo è prevenire e, se del caso, reprimere condotte di uso indebito o eccessivo delle risorse pubbliche.

Evidenze minime: registro assegnazione beni in uso (es. asset inventory IT con firma consegna laptop e policy utilizzo); report di consumi anomali (bollette telefoniche, carburante) con eventuali giustificativi; registro uscite automezzi con destinazione; verbali di consegna e restituzione apparecchiature; documentazione di richiami o sanzioni per uso improprio (per evidenziare che si è intervenuti); bollettini segnalazione guasti e tempi di riparazione; modulistica missioni con indicate modalità viaggio ed eventuale comparazione costi.

Art. 15 – Utilizzo delle Tecnologie Informatiche e della Posta Elettronica

Sicurezza informatica – Ogni dipendente è tenuto a rispettare le misure di sicurezza informatica stabilite dall'ASP e dai regolamenti ICT.

In particolare:

- custodisce con cura le proprie credenziali di accesso ai sistemi (username, password, badge, token): non le comunica a nessuno (nemmeno colleghi o superiori) e non le annota in luoghi accessibili. Le password devono essere robuste e cambiate con la frequenza prevista;
- utilizza esclusivamente i software autorizzati installati dall'Area ICT: è vietato installare programmi non approvati o copie pirata, per evitare malware e violazioni di licenza;
- collega alle reti aziendali solo dispositivi USB o supporti esterni forniti o consentiti dall'ente, dopo averli verificati con antivirus; non collega dispositivi personali se non espressamente autorizzato (ad es. smartphone per tethering, ecc.);
- segnala immediatamente all'Help Desk eventuali virus, email sospette, comportamenti anomali del PC o possibili incidenti di sicurezza (es: smarrimento di un laptop aziendale, come da art. 14 comma 2);
- non altera le configurazioni di sicurezza dei dispositivi (es. disabilitare antivirus, firewall o copiare dati su cloud esterni non autorizzati);
- rispetta la normativa sul licenziamento delle postazioni: quando si allontana, blocca il computer (CTRL+ALT+CANC / tasto Windows+L) per impedire accessi non autorizzati; al termine del servizio si disconnette e spegne secondo le linee guida.

Uso corretto di Internet e e-mail – L'accesso a Internet e la posta elettronica aziendale sono strumenti di lavoro. Il dipendente ne fa un uso appropriato:

- evita di navigare su siti non attinenti all'attività lavorativa, in particolare su siti pericolosi o dal contenuto inappropriato (pornografico, gioco d'azzardo, pirateria, hate speech, ecc.), il che è tassativamente proibito. Un uso limitato per consultazioni personali (es. notizie, home banking) è tollerato purché sporadico e in momenti di pausa, ma la navigazione deve comunque avvenire in siti sicuri e non occupare banda a scapito dei servizi;
- non utilizza la email aziendale per iscriversi a servizi online estranei al lavoro o per inoltrare catene di Sant'Antonio, messaggi politici, propaganda o materiale offensivo. I messaggi di posta elettronica vanno redatti con la stessa cura di una lettera formale dell'ASP, evitando espressioni sconvenienti o confidenziali quando si comunica con l'esterno;

- prima di inviare allegati o link via email, verifica che non contengano dati sensibili non protetti (nel caso, utilizza strumenti di cifratura o condivisione sicura forniti dall'ASP);
- non invia email massive a tutti i dipendenti o a liste non necessarie, se non per motivi di servizio autorizzati (lo spam interno sovraccarica i sistemi);
- ricorre con preferenza agli strumenti di condivisione file interni per trasferire grossi documenti, anziché inviarli per email, così da non intasare le caselle.

Divieto di uso per fini illeciti – È rigorosamente vietato utilizzare la connessione aziendale o gli strumenti ICT dell'ASP per commettere azioni illecite: per esempio, scaricare o condividere materiale protetto da copyright in violazione di legge, accedere indebitamente a sistemi informatici di terzi, diffondere virus intenzionalmente, consultare archivi riservati altrui senza autorizzazione. Tali condotte, oltre a costituire reati informatici perseguibili, sono cause di grave sanzione disciplinare.

Rispetto della privacy e della policy – Nell'uso degli strumenti ICT, il dipendente è consapevole che l'Azienda, in qualità di datore di lavoro e titolare dei sistemi, può effettuare controlli nel rispetto delle normative. L'ASP adotta una ICT policy e una policy di posta elettronica e internet che definiscono in dettaglio i comportamenti consentiti e quelli vietati. Il dipendente deve leggere e sottoscrivere tali policy (anche online) e uniformarsi alle relative regole. Ogni uso delle risorse informatiche comporta l'accettazione di possibili verifiche sulle attività svolte, per fini di sicurezza o disciplinari, sempre rispettando le garanzie di legge (informativa privacy, accordi sindacali se previsti, ecc.).

Formazione digitale – Per prevenire errori e incidenti, l'ASP organizza periodici corsi di formazione o moduli e-learning sull'utilizzo degli applicativi aziendali, sulla sicurezza informatica (es. riconoscere phishing) e sulla protezione dei dati. Il dipendente partecipa con impegno, tenendosi aggiornato sulle minacce cibernetiche emergenti e sulle best practice. Un utente informatico consapevole è il primo baluardo contro attacchi esterni (come ransomware) e disservizi.

Evidenze minime: log di accesso ai sistemi e report utilizzo internet (nel rispetto privacy); registro consegna credenziali e abilitazioni utenti; documentazione di adesione utenti alle policy ICT; registro incidenti di sicurezza informatica e relative azioni correttive; attestati partecipazione del personale a corsi sicurezza informatica; statistiche su aggiornamento password e audit conformità password policy; elenco controlli periodici su licenze software installate.

Art. 16 – Utilizzo dei Social Media e Rapporti con i Media

Distinzione tra posizione personale e istituzionale – Il dipendente, quando utilizza social network, blog, forum online o altri mezzi di comunicazione pubblica a titolo personale, deve comunque astenersi dal divulgare informazioni riservate o da assumere posizioni che possano ledere l'immagine dell'ASP. Egli è libero di esprimere le proprie opinioni, ma deve evitare di presentarsi come portavoce dell'Azienda se non autorizzato. Sui profili social personali, qualora siano noti anche come dipendente pubblico, occorre mantenere un tono corretto e mai denigratorio verso l'ente, i colleghi o l'utenza.

Divieto di diffondere dati riservati e immagini – Il dipendente non pubblica online (su Facebook, Twitter, Instagram, WhatsApp, YouTube, TikTok o altri canali) informazioni o immagini riguardanti luoghi di lavoro, pazienti, cartelle cliniche, documenti d'ufficio, riunioni riservate, etc., salvo si tratti di contenuti già ufficialmente divulgati dall'Azienda attraverso i propri canali istituzionali. In particolare, sono rigorosamente vietati: foto o video scattati all'interno di ospedali o uffici con pazienti riconoscibili o dati sensibili visibili; commenti su casi clinici specifici incontrati sul lavoro; condivisione di documenti interni (circolari, email, statistiche non pubbliche). Anche dopo l'orario di lavoro, il dovere di riservatezza permane. La violazione di queste regole può costituire anche infrazione alla normativa privacy e dar luogo a responsabilità disciplinare.

Rispetto e decoro nelle comunicazioni pubbliche – Quando il dipendente partecipa a discussioni online o rilascia dichiarazioni pubbliche identificandosi come dipendente ASP (ad esempio su forum professionali, gruppi social di settore, interviste in qualità di esperto, etc.), è tenuto ad adottare un linguaggio consono e rispettoso. Non deve usare espressioni ingiuriose o oscene, né fare affermazioni che possano gravemente compromettere il decoro e la credibilità dell'ASP. Le critiche eventualmente mosse all'organizzazione (se fatte in contesti pubblici) dovrebbero essere costruttive e rispettare il principio di lealtà: i problemi interni vanno preferibilmente segnalati nelle sedi appropriate (direzioni, RPCT) anziché esposti in piazza mediatica.

Rapporti con organi di stampa – La comunicazione ufficiale con la stampa e i media spetta di norma agli organi apicali (Direzione Generale, URP, Ufficio Stampa). Il dipendente che venisse contattato da giornalisti per commenti o informazioni attinenti all'attività aziendale indirizza gli stessi all'Ufficio Stampa o al portavoce autorizzato. Se per ragioni di ruolo partecipa a conferenze stampa o rilascia interviste (ad esempio un primario che illustra un progetto, un responsabile di servizio convocato come esperto), deve limitarsi ai fatti e dati autorizzati, evitando di divulgare elementi non confermati o interni. In ogni caso mantiene un atteggiamento positivo e professionale, rappresentando degnamente l'istituzione.

Uso dei social a fini istituzionali – L'ASP può dotarsi di pagine o account social ufficiali gestiti dall'URP/Ufficio Comunicazione per diffondere notizie di pubblico interesse (campagne di prevenzione, orari servizi, avvisi importanti). I dipendenti incaricati di gestire tali canali devono farlo con puntualità, accuratezza delle informazioni e moderazione dei commenti se prevista, evitando ogni tono polemico. Gli altri dipendenti dovrebbero sostenere tali contenuti condividendoli responsabilmente ma evitando di rispondere a nome dell'ente su domande del pubblico non indirizzate a loro.

Divieto di divulgare notizie false o allarmistiche – Il dipendente evita di condividere, anche su profili privati, fake news o informazioni allarmistiche riguardanti la sanità o l'ASP, soprattutto se prive di fondamento. Come operatore pubblico ha una responsabilità implicita nel non diffondere disinformazione che potrebbe creare panico o sfiducia (ad esempio su epidemie, trattamenti, ecc.).

Evidenze minime: linee guida interne sull'uso dei social da parte del personale; eventuale policy social media aziendale sottoscritta dai dipendenti; registro degli incaricati alla comunicazione esterna; rassegna stampa con dichiarazioni autorizzate; monitoraggio (anche tramite segnalazioni esterne) di violazioni su social e relative azioni intraprese; modulo di formazione/avviso consegnato ai neo-assunti su utilizzo dei social.

Art. 17 – Tutela della Privacy e Segreto d'Ufficio

Riservatezza dei dati sanitari – I dipendenti che trattano dati sanitari personali (informazioni sulla salute di pazienti, referti, diagnosi, cartelle cliniche) sono vincolati al più stretto riserbo.

In particolare:

- accedono ai dati sanitari esclusivamente su base need-to-know, cioè solo se e quanto necessario per lo svolgimento dello specifico compito di cura o amministrativo. È vietata la consultazione di fascicoli clinici senza motivo di servizio (es: curiosità su un personaggio famoso ricoverato, su un collega in malattia, ecc.); i sistemi informatici registrano gli accessi e tali log possono essere verificati;
- comunicano informazioni sullo stato di salute del paziente solo ai soggetti legittimati (il paziente stesso o persone da lui delegate, altri sanitari coinvolti nella cura). Nel rispondere a telefonate o richieste verbali, verificano l'identità dell'interlocutore e la sua autorizzazione a conoscere i dati prima di rivelare notizie cliniche;
- adottano cautele pratiche: non discutono di casi clinici in luoghi o in orari in cui possono essere uditi da estranei; conservano i referti cartacei in buste chiuse quando li trasmettono; sui monitor ambulatoriali non lasciano aperte schermate con dati di

un paziente quando ne ricevono un altro; negli uffici, posizionano fascicoli e PC in modo che il pubblico non possa leggere accidentalmente.

Privacy dei dipendenti e degli utenti – Chiunque tratti dati personali di colleghi o utenti (ad esempio uffici risorse umane per dati di personale, uffici ticket per dati anagrafici utenti, ecc.) ne garantisce la riservatezza e li utilizza solo per scopi istituzionali. Non diffonde elenchi di contatti personali (indirizzi, email, numeri di telefono) di dipendenti se non strettamente necessario e conforme a norme (ad es. non pubblica una lista di cellulari privati del personale). Le informazioni particolari (come stati di salute di dipendenti, provvedimenti disciplinari, valutazioni) sono gestite come confidenziali e accessibili solo ai soggetti autorizzati.

Segreto professionale – Alcune figure (medici, psicologi, assistenti sociali) sono tenute al segreto professionale per normativa di settore. Il presente Codice ribadisce l'importanza di tale obbligo: confidare ad estranei quanto appreso nel rapporto professionale con un paziente costituisce violazione gravissima. Solo in casi previsti dalla legge (es. referto all'Autorità giudiziaria per reati perseguibili d'ufficio, o con consenso dell'interessato per fini di cura) si può derogare. Il personale amministrativo che supporta tali attività (es. segreterie di reparto) deve parimenti mantenere segrete le informazioni di cui venga a conoscenza.

Conservazione documenti riservati – Documenti contenenti dati sensibili (es. cartelle cliniche, verbali con dati sulla salute, atti con dati giudiziari) devono essere custoditi in archivi chiusi a chiave o armadi riservati quando non in uso. L'accesso a tali archivi è controllato. In fase di scarto o distruzione di documenti riservati, il personale segue le procedure di triturazione o conferimento a ditte specializzate, per evitare dispersione di informazioni.

Comunicazione istituzionale dei dati – Qualora sia necessario comunicare dati personali a terzi per obbligo di legge o compiti di interesse pubblico (es. trasmissione di elenchi di vaccinati alla Regione, invio di dati di malattie infettive all'ISS, comunicazione di dati stipendiali a Ministeri, ecc.), il dipendente lo fa secondo le modalità previste e si assicura di trasmettere al destinatario istituzionale corretto, utilizzando canali sicuri (PEC, protocollo). Non invia mai dati personali o sensibili via canali insicuri (es: email non cifrata a casella privata) se non in emergenza e sotto istruzione specifica.

Evidenze minime: log di accesso a cartelle cliniche elettroniche con verifica su base campione; registro consensi informati in cartella; segnalazioni/data breach notificati al Garante se accaduti; verbali formazione privacy firmati dai dipendenti; report di audit su

conformità GDPR; armadi ignifughi e registro accessi archivi sensibili; modulistica aggiornamento informative privacy consegnate a utenti/dipendenti.

Art. 18 – Orario di Lavoro, Assenze e Permessi

Rispetto dell'orario di servizio – Il dipendente rispetta l'orario di lavoro stabilito dal proprio contratto e dall'organizzazione interna (turnazioni, orari di ufficio). Egli prende servizio con puntualità all'inizio dell'orario e non si allontana prima del termine senza autorizzazione. L'eventuale flessibilità in entrata/uscita concessa dai regolamenti aziendali va utilizzata nei limiti e modalità previsti, evitando abusi.

Rilevazione delle presenze – Il dipendente utilizza correttamente i sistemi di timbratura o registrazione delle presenze (badge elettronico, firma su registro, sistemi biometrici dove installati): timbra in ingresso appena arriva e in uscita appena termina la prestazione, includendo eventuali uscite intermedie se previste (pausa pranzo, missioni esterne, ecc.) secondo le procedure. È severamente vietato falsificare le timbrature, ad esempio scambiando il badge con un collega o registrando presenza in assenza fisica. Tali condotte costituiscono truffa ai danni dell'Ente. Ugualmente, non è consentito alterare i dati sulle ore lavorate nei sistemi informatici. In caso di dimenticanza del badge o errore, il dipendente segue la procedura per la regolarizzazione (comunicazione immediata al responsabile con giustificazione).

Assenze programmate e permessi – Il dipendente che necessita di usufruire di permessi, congedi o ferie li richiede con il dovuto anticipo, compatibilmente con le esigenze di servizio, e attende l'autorizzazione del responsabile. Usa i permessi per le finalità previste: ad esempio, i permessi legge 104/1992 per assistenza a familiari disabili devono essere effettivamente impiegati a tal fine. Qualsiasi uso diverso (es. per attività personali non coerenti) costituisce abuso. Lo stesso per i permessi per diritto allo studio o per motivi personali: vanno rispettate le normative e eventualmente fornita idonea documentazione a supporto se richiesta.

Malattia e infortuni – In caso di assenza per malattia, il dipendente deve: informare tempestivamente l'ufficio (secondo le modalità interne, di solito entro l'inizio del turno) della sua indisponibilità; inviare il certificato medico telematico (assicurandosi che il medico curante lo trasmetta correttamente all'INPS) appena possibile e comunque nei termini di legge; rendersi reperibile durante le fasce orarie di controllo per eventuale visita fiscale (salvo cause di esenzione documentate). Non svolge alcuna attività incompatibile con lo stato di malattia durante l'assenza (ad esempio lavoro altrove, sforzi fisici se in infortunio, etc.). Ogni simulazione di malattia o aggravamento costituisce grave infrazione disciplinare

e potenziale reato. In caso di infortunio sul lavoro, compila immediatamente la modulistica prevista e collabora con l'ufficio prevenzione per la denuncia all'INAIL.

Missioni e spostamenti – Se il dipendente è inviato in missione o comunque fuori sede per servizio, deve attenersi alle istruzioni: compilare l'ordine di missione prima della partenza, rispettare gli orari e i compiti assegnati durante la trasferta, e presentare al rientro in maniera veritiera la richiesta di rimborso spese con gli allegati giustificativi (biglietti, ricevute). Non gonfia le spese né chiede rimborsi per costi non sostenuti. Qualora la missione comporti orari di lavoro particolari, concorda col dirigente il recupero o straordinario secondo CCNL, ma sempre documentando l'effettiva permanenza in servizio.

Straordinario e banca ore – Il dipendente lavora oltre l'orario solo se autorizzato preventivamente (salvo emergenze) e comunque registrando il tempo extra secondo le regole (timbro uscita posticipata, annotazione fogli firma, etc.). Lo straordinario dev'essere occasionale e motivato da esigenze di servizio; accumulare ore non autorizzate per poi chiederne il pagamento non è consentito. In regime di banca ore, le ore lavorate in eccedenza devono essere veritiere: niente timbrature fittizie per creare credito orario. Il dirigente controlla e convalida periodicamente le timbrature e può chiedere spiegazioni su anomalie (troppi straordinari, uscite anticipate etc.).

Dovere di comunicazione – Il dipendente informa l'ufficio di eventuali mutamenti che incidano sul rapporto di lavoro (ad es. cambio di residenza, aggiornamento stato civile, ottenimento di benefici INPS, cause di precedenza, ecc.). In particolare, se si verifica una causa di incompatibilità sopravvenuta (es. elezione a carica politica che richiede aspettativa, assunzione di altro ruolo pubblico), lo comunica immediatamente per concordare i passi necessari, in ossequio alle norme.

Evidenze minime: sistema di rilevazione presenze con report di anomalie (assenze non giustificate, timbrature fuori orario); verbali nuclei di controllo anti-assenteismo se istituiti; cartellini presenza mensili firmati dai dirigenti; registro permessi L.104 con verifiche a campione sull'effettivo utilizzo (es. incrocio con attestati di presenza presso la persona assistita); fascicoli personali con certificati medici e rispetto invio INPS; banca dati assenze per malattia con percentuali di visite fiscali; eventuali procedimenti disciplinari per assenza ingiustificata; report straordinari autorizzati per unità operativa.

Art. 19 – Rapporti con l'Utenza e Qualità dei Servizi

Centralità del cittadino-paziente – Ogni dipendente orienta la propria azione all'interesse dell'utente: il paziente, i suoi familiari e in generale i cittadini fruitori dei servizi dell'ASP. La cortesia, la comprensione e la disponibilità sono elementi essenziali del servizio pubblico sanitario. I bisogni della persona assistita – dalla necessità di cura alla richiesta di

informazioni – devono essere accolti con empatia e professionalità, nel rispetto della dignità umana e del particolare stato di vulnerabilità in cui spesso si trovano gli utenti della sanità.

Informazioni chiare e complete – Il dipendente fornisce informazioni accurate all'utenza riguardo a procedure, orari, adempimenti, costi (ticket) e ogni altro aspetto rilevante. Evita gergo tecnico incomprensibile per il cittadino medio, preferendo un linguaggio semplice o, se necessario, traducendo i termini specialistici. Se l'utente pone quesiti che esulano dalle proprie competenze, il dipendente lo indirizza alla struttura o persona in grado di rispondere, evitando rimpalli: ad es., se uno sportello CUP riceve domande cliniche, indirizzerà al medico curante o a un appuntamento informativo; se un reparto riceve richieste di esenzione ticket, indirizzerà all'URP o ufficio competente, magari fornendo il recapito.

Uguaglianza di trattamento – Tutti gli utenti sono trattati con imparzialità e senza discriminazioni. Non si attuano preferenze indebite per conoscenze personali, ceto sociale o altri motivi arbitrari. Ad esempio, nell'ordine di accesso a uno sportello si rispetta il ticket eliminacode; in reparto, la lista interventi segue criteri medici e cronologici, non conoscenze influenti. Particolare riguardo viene però riservato alle persone fragili: disabili, anziani soli, soggetti non italofoni (cui se possibile si fornisce mediazione linguistica), minori, pazienti psichiatrici, detenuti. L'equità significa dare a ciascuno ciò di cui ha bisogno per fruire del servizio in modo sostanzialmente paritario.

Ascolto e gestione reclami – Il dipendente accoglie con disponibilità eventuali reclami, segnalazioni o lamentele degli utenti sui disservizi. Se di propria competenza, cerca di rimediare immediatamente (ad es., un'attesa troppo lunga in ambulatorio: informa e si scusa con il pubblico in attesa, fornisce stime realistiche dei tempi restanti). Se il reclamo è formale (scritto o presso l'URP), collabora fornendo all'ufficio addetto tutti gli elementi necessari per la risposta e per le azioni correttive. Non assume atteggiamento difensivo o di chiusura, ma vede il reclamo come opportunità di migliorare. Ovviamente, nel caso di utenti aggressivi o molesti, mantiene la calma e – se la situazione degenera – coinvolge i superiori o la vigilanza, ma senza rispondere in modo maleducato o perdere la professionalità.

Qualità tecnica e umana delle prestazioni – Il personale sanitario garantisce prestazioni appropriate secondo linee guida e buone pratiche cliniche, aggiornando costantemente le proprie conoscenze. Il personale tecnico e amministrativo garantisce accuratezza e tempestività nelle pratiche. Ma la "qualità" percepita dall'utente si compone anche di elementi relazionali: un infermiere che spiega con gentilezza una procedura dolorosa, un impiegato che aiuta a compilare un modulo difficile, fanno la differenza. Questi comportamenti sono parte integrante dei doveri professionali.

Trasparenza sulle procedure e sui diritti – Il dipendente informa gli utenti dei propri diritti: diritto alla privacy (vedi consegna di informative), diritto al consenso informato sulle cure (i medici illustrano rischi e benefici delle terapie e registrano il consenso), diritto all'accesso agli atti (fornisce indicazioni per richiedere copie di cartelle cliniche), diritto alla presenza di un familiare (dove consentito), etc. Non occulta eventuali errori o disguidi occorsi, ma con tatto e onestà li comunica ai referenti (es. se viene smarrito un documento del paziente, lo si informa scusandosi e si attiva subito per rimediare). La fiducia del cittadino si mantiene con la trasparenza e l'assunzione di responsabilità.

Evidenze minime: risultati di questionari di customer satisfaction (soddisfazione utenti) e misure adottate per migliorarli; registro dei reclami URP con tempi di risposta e soluzioni implementate; attestazioni di formazione del personale sull'accoglienza e comunicazione (specie in aree critiche come emergenza); segnaletica e materiali informativi visibili all'utenza (carta servizi, diritti e doveri del paziente); monitoraggio tempi d'attesa al front office e in ambulatori con eventuali piani di miglioramento; numero di eventi avversi segnalati e gestione trasparente con gli interessati (open disclosure policy).

Art. 20 – Selezione del Personale e Nepotismo

Selezioni e concorsi imparziali – I dipendenti coinvolti in procedure di reclutamento, mobilità, progressioni di carriera o conferimento di incarichi assicurano il rigoroso rispetto dei principi di merito, trasparenza e pari opportunità.

In particolare, i membri di commissioni esaminatrici:

- dichiarano preventivamente l'assenza di relazioni di parentela, affinità entro il 4° grado o rapporti di frequentazione/cointeressenze con i candidati noti; in caso contrario, si astengono dal far parte della commissione;
- valutano i candidati esclusivamente sui requisiti e sulle prove, attenendosi ai criteri predeterminati nel bando. Non tengono conto di segnalazioni esterne, pressioni o "raccomandazioni": ogni interferenza viene respinta e possibilmente segnalata all'RPCT;
- mantengono riservati gli atti concorsuali fino alla loro pubblicazione ufficiale. Non discutono con estranei (né con i candidati stessi, fuori dalle sedi stabilite) l'andamento delle prove o le preferenze in corso di valutazione;
- sottoscrivono verbali veritieri e dettagliati, a tutela della trasparenza.

Parentele in ambito lavorativo – Qualora all'interno della stessa struttura dell'ASP vengano a trovarsi in rapporto diretto di subordinazione parenti o affini (es: moglie e marito nello stesso ufficio con uno capo dell'altro, padre e figlio nello stesso reparto), i dirigenti valutano misure organizzative per prevenire favoritismi o situazioni imbarazzanti. Il dipendente che

si trovi a dover valutare ai fini di progressione economica o disciplinare un parente comunica la circostanza all'Ufficio personale per una differente assegnazione della pratica. In generale, si promuove la rotazione del personale negli uffici amministrativi per evitare consolidamenti di "dinastie" e percezioni di nepotismo.

Segnalazioni di nepotismo – Il dipendente che venga a conoscenza di pratiche di favoritismo parentale (ad es. un responsabile che seleziona sempre per progetti retribuiti i medesimi collaboratori legati da vincoli amicali o parentali, senza rotazione) può segnalarlo all'RPCT, garantito dall'anonimato se tramite canale whistleblowing. L'Azienda esaminerà la segnalazione e, se confermata, adotterà correttivi organizzativi e, nei casi più gravi, avvierà procedimenti disciplinari.

Conferimento incarichi interni – Anche nell'assegnazione di incarichi interni (posizioni organizzative, funzioni di coordinamento, primariati a termine, progetti con incentivi, ecc.) il dirigente responsabile si attiene a criteri oggettivi e comparativi, evitando scelte arbitrarie fondate su simpatia personale. Quando previsto, espleta avvisi interni o colloqui con più candidati. La motivazione dell'incarico deve emergere in modo chiaro (curriculum, esperienze, risultati conseguiti). Ciò previene malcontento e sospetti di nepotismo.

Astensione in procedimenti riguardanti conoscenti – Oltre ai casi di parentela stretta normati per legge, il dipendente valuta di astenersi anche in situazioni non codificate ma potenzialmente opportune: ad esempio, se in una commissione di mobilità esterna si presenta un caro amico o un ex collega stretto, pur non essendo parente, è opportuno valutare di dichiarare il rapporto e lasciare decidere alla direzione se sostituirlo per quel concorso, a garanzia di assoluta terzietà.

Non richiesta di raccomandazioni – Il dipendente che partecipa a concorsi o selezioni (in altra amministrazione o per progressione interna) non deve sollecitare interventi da parte di superiori, politici, sindacalisti o terzi al fine di favorire la propria candidatura. Tale comportamento costituisce violazione etica. Ciascuno deve affidarsi esclusivamente alle proprie competenze e titoli. Simmetricamente, chi ricevesse richieste di "mettere una buona parola" per un candidato, è tenuto a ignorarle e mantenere la correttezza procedurale.

Evidenze minime: verbali delle commissioni di concorso con dichiarazioni di assenza conflitti/parentela; statistiche sul personale con analisi di eventuali concentrazioni familiari per U.O.; elenco casi di astensione per parentela registrati; procedure comparative interne (conservazione di avvisi, curricula valutati, punteggi assegnati per incarichi); segnalazioni su presunti favoritismi e risultanze di eventuali audit su di essi; modulistica utilizzata per valutazioni oggettive (griglie di valutazione).

Art. 21 – Vigilanza, Controlli e Obbligo di Segnalazione Illeciti

Collaborazione ai controlli interni ed esterni – Il dipendente collabora pienamente con gli organi di controllo interno (Organismo Indipendente di Valutazione, Collegio Sindacale, Ufficio Auditing, RPCT) e con quelli esterni (ANAC, Corte dei Conti, Ministeri, NAS, etc.) qualora effettuino verifiche, ispezioni o indagini sull'operato dell'ASP. Mette a disposizione documenti, dati e informazioni richiesti in modo accurato e tempestivo. Non ostacola in alcun modo le attività ispettive: ad es., non ritarda volutamente la consegna di fascicoli, non tenta di influenzare testimoni interni, non fornisce dichiarazioni false. Anche in caso di indagini giudiziarie, ogni dipendente deve assicurare la massima lealtà verso lo Stato, contribuendo all'accertamento della verità (nei limiti delle garanzie personali di legge).

Ruolo del RPCT– Il *Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)* dell'ASP ha il compito di vigilare sull'applicazione del presente Codice e delle misure anticorruzione.

Tutti i dipendenti:

- rispettano le indicazioni e richieste di informazioni provenienti dall'RPCT, fornendo i dati necessari per il monitoraggio (es. sullo stato di attuazione del codice, su specifiche aree di rischio);
- segnalano all'RPCT eventuali situazioni di non attuazione o difficoltà nell'applicazione delle misure del PTPCT;
- partecipano alle iniziative formative e ai questionari/monitoraggi organizzati dall'RPCT.

Obbligo di segnalazione degli illeciti (whistleblowing) – Il dipendente che venga a conoscenza di comportamenti illeciti, irregolarità o fenomeni di cattiva gestione all'interno dell'ASP ha il dovere morale e giuridico di segnalarli tempestivamente, al fine di consentire la loro emersione e correzione. In particolare, ai sensi del D.Lgs. 24/2023, sono oggetto di segnalazione gli atti o omissioni che violino disposizioni normative nazionali o UE, compresi: condotte di corruzione, frode, peculato, abuso d'ufficio, gravi violazioni in materia di salute e sicurezza, frodi nelle procedure pubbliche, sprechi e gravi inefficienze dolose, etc.

La segnalazione può essere effettuata: preferibilmente attraverso il Canale di segnalazione interno, messo a disposizione dall'ASP in modalità riservata (piattaforma informatica dedicata, indirizzo di posta elettronica protetto, etc.). Restano sempre salva la facoltà di denuncia all'Autorità giudiziaria o contabile nei casi di reato o danno erariale. Il segnalante non deve esibire prove complete: è sufficiente che indichi i fatti in suo possesso in modo chiaro e in buona fede.

Tutela del segnalante – Ogni segnalazione è gestita con la massima riservatezza. L'identità del whistleblower è protetta in tutte le fasi: i suoi dati personali non saranno rivelati senza consenso (a meno di obbligo di legge in fase giudiziaria). È assolutamente vietata qualsiasi forma di rappresaglia o discriminazione verso chi effettua una segnalazione, sia essa interna che esterna. Ad esempio: non si può trasferire, demansionare, licenziare, mobbizzare o negativamente valutare un dipendente per il fatto di aver segnalato. Chiunque, in posizione apicale o meno, si rendesse autore di ritorsioni verrà sanzionato. Il segnalante che dovesse percepire atteggiamenti ritorsivi lo comunica immediatamente all'RPCT e, se necessario, ad ANAC. La tutela è garantita anche al segnalante anonimo (nei limiti di non poter agire disciplinarmente contro ignoti) e, in caso di divulgazione pubblica (whistleblowing esterno a media), è prevista solo in condizioni residuali di interesse pubblico prevalente come da D.Lgs.24/2023.

Responsabilità del segnalante e del segnalato – Il segnalante deve agire con senso di responsabilità: le segnalazioni devono essere circostanziate e veritiere per quanto nelle sue conoscenze. La segnalazione in mala fede, basata su accuse false e infondate fatte allo scopo di danneggiare colleghi o superiori, costituisce grave illecito disciplinare (oltre che eventualmente reato di calunnia/diffamazione). L'ASP tutela quindi da un lato chi segnala correttamente, ma dall'altro sanziona gli abusi dello strumento. Dal punto di vista del segnalato, vige il principio della presunzione di innocenza: l'apertura di un'istruttoria su segnalazione non implica colpevolezza, e il segnalato avrà modo di difendersi nelle sedi opportune se emergono accuse concrete. In ogni caso, l'identità del segnalato è mantenuta riservata durante l'istruttoria, divulgandola solo a chi strettamente necessario.

Protezione dati e archiviazione – Tutte le segnalazioni sono conservate in archivi protetti accessibili solo al RPCT e al personale a ciò autorizzato. I dati personali eventualmente contenuti sono trattati nel rispetto del GDPR e delle normative specifiche, con conservazione per il tempo necessario alle verifiche e poi eliminazione secondo le policy interne.

Interventi conseguenti alle segnalazioni – A fronte di segnalazioni ritenute attendibili, l'ASP adotta con celerità le misure correttive: approfondimenti ispettivi, audit mirati, attivazione dell'Ufficio Disciplinare per eventuali infrazioni, denuncia all'Autorità giudiziaria se emergono ipotesi di reato. Il segnalante (se identificato) viene, se possibile, informato dell'esito finale delle sue segnalazioni. L'RPCT riferisce annualmente in forma aggregata sul numero e sull'esito delle segnalazioni ricevute, nell'ottica di trasparenza del sistema di prevenzione.

Evidenze minime: registro (anche anonimo) delle segnalazioni ricevute con esiti; report annuale RPCT; presenza e funzionamento piattaforma whistleblowing (log di utilizzo, statistiche); evidenze di attività formative interne sul whistleblowing; eventuali

provvedimenti organizzativi a tutela segnalanti (es. cambio ufficio su richiesta); atti di accertamento derivati da segnalazione (disciplinari, denunce); policy aziendale su whistleblowing pubblicata e diffusa.

Art. 23 – Salute, Sicurezza e Prevenzione dei Rischi

Rispetto delle norme di sicurezza – Ogni dipendente è responsabile, nell'ambito delle proprie attività, di contribuire alla tutela della sicurezza propria e altrui sui luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/2008).

Egli:

- adotta diligentemente le misure di prevenzione prescritte: indossa i DPI obbligatori (es. camice, guanti, mascherine, occhiali, scarpe antinfortunistiche) secondo i rischi specifici; utilizza correttamente macchinari e attrezzature seguendo le procedure operative; non rimuove dispositivi di sicurezza o segnali di pericolo;
- partecipa ai corsi di formazione obbligatoria in materia di sicurezza e a quelli ulteriori previsti per il proprio ruolo (antincendio, primo soccorso, radioprotezione, ecc.), mettendo in pratica le istruzioni apprese;
- segnala immediatamente al proprio preposto o al Servizio di Prevenzione (RSPP) eventuali condizioni di rischio che rileva (es: presenza di liquidi sul pavimento che possono far scivolare, cavo elettrico deteriorato, comportamento pericoloso di un collega, etc.), al fine di permettere di intervenire prevenendo infortuni;
- in caso di emergenza (incendio, evacuazione, allarme sanitario) segue scrupolosamente i piani di emergenza aziendali: non agisce autonomamente in modo scoordinato ma coopera con i responsabili dell'emergenza (addetti antincendio/evacuazione) attenendosi alle procedure (es: raggiunge il punto di raccolta, aiuta i pazienti se ne ha in carico, etc.);
- si sottopone ai controlli sanitari previsti dal medico competente (visite periodiche, esami) e fornisce allo stesso informazioni veritiere sul proprio stato di salute in relazione ai rischi lavorativi, così da permettere la valutazione di idoneità;
- non svolge mansioni per cui sia stato dichiarato temporaneamente o permanentemente non idoneo dal medico competente, se non nei limiti e con gli adattamenti eventualmente indicati (ad es. divieto di sollevare carichi per un periodo).

Divieto di comportamenti a rischio – È vietato introdurre o assumere sul luogo di lavoro sostanze che possano compromettere la lucidità e la sicurezza: alcol, droghe o altre sostanze psicotrope (fatti salvi medicinali prescritti). Il dipendente non guida veicoli di servizio né utilizza macchinari pericolosi se è in condizioni psicofisiche alterate (ad es. perché sotto

effetti di farmaci pesanti): in tal caso ne informa il superiore e si astiene finché non torna idoneo, eventualmente ricorrendo a malattia se opportuno. È altresì vietato fumare nelle aree in cui vige il divieto (ambienti chiusi e spazi aperti sanitari secondo normative).

Coinvolgimento attivo – Ciascun lavoratore partecipa attivamente al processo di miglioramento della sicurezza: può rivolgersi ai propri Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) per segnalare problemi o proporre soluzioni; risponde a eventuali questionari di valutazione percepita del rischio; collabora con il SPP durante le verifiche sui dispositivi e ambienti. Un ambiente di lavoro sicuro si crea con l'impegno di tutti.

Protezione dell'ambiente e smaltimento rifiuti – Nel suo lavoro, il dipendente rispetta anche le norme di tutela ambientale: smaltisce correttamente i rifiuti, specialmente se pericolosi (rifiuti sanitari taglienti/pungenti nei contenitori appositi, rifiuti biologici negli appositi sacchi, materiali riciclabili negli appositi contenitori per carta/plastica, etc.). Non disperde sostanze inquinanti (come reagenti chimici) negli scarichi comuni se esistono procedure di raccolta dedicate. Un esempio: un tecnico di laboratorio segue il protocollo per neutralizzare e conferire i reagenti esausti invece di gettarli nel lavandino.

Documentazione e tracciabilità sicurezza – Il dipendente compila e utilizza correttamente la documentazione di sicurezza pertinente: ad esempio registra l'avvenuta sanificazione di strumenti se richiesto, annota su registro di manutenzione eventuali anomalie riscontrate su apparecchiature biomedicali, firma per presa visione le procedure di sicurezza a lui consegnate. Ciò garantisce tracciabilità e accountability.

Evidenze minime: registro formazione sicurezza con firme; verbali riunioni periodiche sicurezza; relazioni RLS annuali; elenco infortuni e near miss segnalati (con analisi cause e misure preventive adottate); rapporti di ispezione interni e di ASL su sicurezza; stato fornitura DPI (registro consegna DPI ai lavoratori); attestati idoneità sanitaria dei dipendenti; piani di emergenza affissi e test di evacuazione effettuati con verbali; check-list di reparto su corretta segregazione rifiuti.

Parte III – Attuazione, Controlli e Sanzioni

Art. 24 – Diffusione, Formazione e Attuazione del Codice

Pubblicazione e comunicazione – Il presente Codice di Comportamento, una volta deliberato, è pubblicato sul sito web istituzionale dell'ASP di Agrigento (sezione "Amministrazione Trasparente – Disposizioni generali – Atti generali / Codice di comportamento") e diffuso tramite comunicazione interna a tutto il personale. Copia del Codice è consegnata (in formato cartaceo o digitale) ad ogni nuovo assunto, collaboratore o convenzionato all'atto dell'instaurazione del rapporto di lavoro o collaborazione con l'Azienda, che ne attesta la presa visione e l'impegno al rispetto mediante sottoscrizione di apposito modulo. I dipendenti in servizio al momento dell'adozione ricevono analoga comunicazione formale.

Formazione etica continua – L'ASP inserisce nei propri piani di formazione annuale obbligatoria moduli specifici sul Codice di comportamento, sui valori etici e sulle misure di prevenzione della corruzione. Tali moduli, differenziati se opportuno per personale sanitario, amministrativo e dirigente, hanno lo scopo di illustrare in modo concreto le disposizioni del Codice, anche tramite casi di studio, e di mantenerne vivo l'apprendimento nel tempo. La frequenza a questi corsi è equiparata a tutti gli effetti alla formazione obbligatoria sul lavoro: il personale è tenuto a partecipare e l'adesione è registrata. La mancata partecipazione ingiustificata può comportare valutazione negativa. Inoltre, l'Azienda diffonde periodicamente materiale informativo (vademecum, newsletter interne, poster) per ricordare i principi cardine del Codice e aggiornare su eventuali modifiche normative.

Supporto e consulenza – L'ASP assicura che i dipendenti possano rivolgersi a referenti interni per quesiti o dubbi interpretativi riguardanti il Codice. In particolare, l'Ufficio Legale, l'RPCT o personale delegato possono fornire consulenza su specifici dilemmi etici: es. un dipendente chiede se un certo omaggio è accettabile, se un incarico esterno è autorizzabile, come comportarsi in una data situazione. Tali richieste possono avvenire anche in forma riservata. L'obiettivo è prevenire violazioni dovute a incertezza, offrendo un aiuto tempestivo.

Integrazione nei processi organizzativi – L'Azienda integra gli standard del Codice nei propri processi HR e organizzativi. Ad esempio: inserisce clausole di aderenza al Codice nei contratti individuali di lavoro e negli atti di conferimento di incarichi; include tra i criteri di valutazione annuale del personale dirigenziale anche l'impegno nel diffondere e rispettare il Codice (compliance etica); definisce obiettivi in PIAO legati alla piena attuazione di

determinati adempimenti del Codice (es. creazione di registri, miglioramento su indicatori anticorruzione).

Ruolo esemplare dei dirigenti – Si ribadisce che i dirigenti e responsabili di unità organizzative hanno un ruolo determinante nell'attuazione effettiva del Codice: essi vigilano quotidianamente sul comportamento dei propri collaboratori, richiamandoli immediatamente in caso di atteggiamenti non in linea, e promuovono attivamente i principi del Codice in ogni riunione di équipe, impartendo direttive coerenti. Nella delega di funzioni ai collaboratori, il dirigente richiama il rispetto del Codice come parte integrante delle aspettative di performance.

Aggiornamento del Codice – Il presente Codice verrà aggiornato ogniqualvolta intervengano modifiche normative significative (es. nuovi decreti o linee guida ANAC in materia) o emergano esigenze di integrazione dalle esperienze applicative. Comunque, entro la predisposizione del PIAO/PTPCT triennale l'RPCT valuta la necessità di revisioni. Eventuali modifiche seguono lo stesso iter di consultazione e approvazione (consultazione con OO.SS. e associazioni rappresentative, delibera dell'Organo di vertice) previsto per l'adozione originaria. Ogni versione aggiornata viene diffusa con le stesse modalità (pubblicazione e comunicazione a tutto il personale).

Art. 25 – Monitoraggio, Vigilanza e Aggiornamento

Monitoraggio annuale – Il RPCT, in collaborazione con l'OIV e con gli uffici preposti, effettua un monitoraggio almeno annuale sull'applicazione del Codice di Comportamento. Tale monitoraggio si sostanzia in: raccolta di informazioni sul numero e tipologia di infrazioni disciplinari connesse a violazioni del Codice; analisi delle segnalazioni ricevute relative a comportamenti contrari al Codice; verifica a campione dell'esistenza e corretta tenuta dei registri previsti (registro regali, incarichi, etc.); feedback provenienti dai referenti anticorruzione e dagli URP (es. reclami utente su condotte del personale). Gli esiti sono riportati in una relazione interna e sintetizzati nella relazione annuale anticorruzione destinata all'ANAC.

Vigilanza dei dirigenti – Come già enunciato, i dirigenti svolgono un'azione di prima vigilanza: sono tenuti a controllare sistematicamente che nel proprio settore non si verifichino prassi contrarie al Codice. Se rilevano irregolarità, le affrontano immediatamente a livello gestionale (con disposizioni di servizio, richiami verbali) e, se necessario, ne informano l'Ufficio disciplinare o l'RPCT secondo i casi. L'inerzia del dirigente di fronte a una palese violazione del Codice da parte di un sottoposto può configurare responsabilità di vigilanza omessa.

Verifiche ispettive – L'ASP può istituire all'occorrenza apposite verifiche ispettive interne su aree a rischio per controllare l'osservanza del Codice: ad esempio audit sul rispetto delle procedure di attesa e ALPI in un presidio, controlli sulle giustificazioni di straordinari in un ufficio, mystery client per testare la cortesia allo sportello, ecc. Tali verifiche sono svolte da personale indipendente (Auditing interno o incaricati) e i risultati sono riferiti alla Direzione e al RPCT, che decidono eventuali provvedimenti correttivi.

Indicatori di attuazione – Nel PIAO o nel PTPCT l'Azienda può individuare indicatori per misurare l'efficacia dell'attuazione del Codice di Comportamento.

Coinvolgimento degli stakeholder – In fase di aggiornamento del Codice, l'ASP attiva forme di consultazione con soggetti portatori di interesse (stakeholder): organizzazioni sindacali, rappresentanze professionali, associazioni utenti, ecc., sia mediante incontri sia tramite la pubblicazione di bozze per osservazioni. Questo per garantire che il Codice rimanga uno strumento condiviso e calato nelle realtà operative specifiche. Anche in fase di attuazione, segnalazioni costruttive da parte di stakeholder esterni (es. associazione pazienti che evidenzia prassi scorrette) sono prese in considerazione nel miglioramento continuo delle misure.

Art. 26 – Violazioni, Sanzioni Disciplinari e Responsabilità

Natura vincolante delle norme – Le disposizioni del presente Codice di Comportamento costituiscono obblighi di servizio per tutti i destinatari. La loro violazione integra un illecito disciplinare, ai sensi dell'art. 54, comma 3, D.Lgs. 165/2001. Ciò significa che, indipendentemente dall'eventuale rilevanza penale o civile della condotta, il dipendente che contravviene ai doveri stabiliti dal Codice è passibile di sanzione disciplinare proporzionata alla gravità dell'infrazione.

Procedimento disciplinare – L'accertamento e la contestazione delle violazioni del Codice seguono le regole e le garanzie previste dal *Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL)* di comparto o dirigenza e dal D.Lgs. 165/2001 (artt. 55 e seguenti). In sintesi: su segnalazione del dirigente competente o di chiunque venga a conoscenza di una possibile infrazione, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) avvia l'iter, contesta per iscritto i fatti al dipendente interessato, lo invita a rendere eventuali giustificazioni e, all'esito, adotta l'atto di irrogazione della sanzione se ritiene fondata la contestazione. Durante il procedimento il dipendente ha diritto di difesa, anche con assistenza sindacale o legale.

Gradazione delle sanzioni – Le sanzioni applicabili sono quelle previste dal CCNL vigente, graduabili in base alla gravità della violazione. Si va dal rimprovero verbale o scritto (per mancanze lievi), alla multa, alla sospensione dal servizio e dalla retribuzione, fino ai casi più gravi che possono comportare il licenziamento (con o senza preavviso). In particolare,

costituiscono di norma illecito grave passibile di licenziamento: la commissione di reati contro la PA (es. corruzione, concussione, peculato); condotte dolose con grave nocumento all'ente o a terzi; violazioni reiterate e intenzionali delle disposizioni anticorruzione. Anche l'assenza ingiustificata dal servizio per più giorni, l'abbandono del posto di lavoro con danno potenziale per utenti, la falsa attestazione della presenza tramite alterazione dei sistemi di rilevazione (badge swapping) rientrano nelle condotte che la legge sanziona con licenziamento (art. 55-quater D.Lgs. 165/2001). Il concreto provvedimento viene comunque calibrato caso per caso dall'UPD, valutando l'intenzionalità, il danno causato, i precedenti disciplinari e ogni circostanza rilevante.

Rapporti con le responsabilità penali, civili, contabili – L'azione disciplinare è autonoma rispetto ad eventuali procedimenti giudiziari esterni. Qualora la violazione del Codice integri anche un reato, l'ASP presenta denuncia all'Autorità Giudiziaria competente. L'esito penale (condanna, assoluzione) potrà riflettersi sul rapporto di lavoro secondo legge (ad es. licenziamento per interdetto dai pubblici uffici in via definitiva). Il dipendente che con dolo o colpa grave abbia causato un danno erariale all'ASP (spreco di risorse, sanzioni pagate dall'ente per sua condotta, risarcimenti a terzi) sarà inoltre soggetto a possibili azioni di rivalsa dinanzi alla Corte dei Conti. L'applicazione di una sanzione disciplinare interna non esonera quindi da ulteriori responsabilità. Viceversa, l'archiviazione disciplinare non preclude eventuali sviluppi penali se emergono elementi in quelle sedi.

Sanzioni ai soggetti esterni – Gli obblighi del Codice, per quanto compatibili, si estendono a collaboratori, consulenti, fornitori e altri soggetti che agiscono per l'ASP tramite specifiche clausole nei contratti. Pertanto, violazioni commesse da questi ultimi (ad es. un consulente esterno che offra regali a un dipendente per ottenere favori, oppure un volontario che diffonda informazioni riservate) potranno portare a sanzioni contrattuali: richiamo formale, risoluzione anticipata del contratto, esclusione da future collaborazioni, segnalazione alle autorità se del caso. Le clausole contrattuali di integrità prevederanno tali conseguenze.

Registro delle violazioni – L'UPD, con l'ausilio dell'RPCT, tiene un registro (anche informatico) degli episodi di violazione del Codice accertati e delle relative sanzioni irrogate. In forma anonima e aggregata, tali dati sono utilizzati per individuare eventuali aree critiche (es: se si notano molte violazioni in tema di orario in un certo servizio, può essere sintomo di problemi gestionali da risolvere). Inoltre, l'RPCT li riporta nella relazione annuale e li comunica ad ANAC secondo quanto richiesto.

Valutazione ai fini della performance – Il rispetto del Codice rientra tra i doveri fondamentali: eventuali violazioni incideranno anche sulla valutazione della performance individuale. Un dipendente sanzionato disciplinarmente per fatti gravi difficilmente potrà ottenere un giudizio di eccellenza nell'anno di riferimento. Per i dirigenti, l'aver favorito

l'implementazione del Codice (o al contrario l'aver tollerato infrazioni) sarà considerato elemento in sede di valutazione annuale e attribuzione della retribuzione di risultato.

Diffusione dell'esito delle violazioni – Ferme restando la tutela della privacy, l'ASP può decidere di comunicare in forma anonima ai dipendenti notizia di provvedimenti disciplinari esemplari adottati (ad esempio tramite circolare interna che segnala "è stato licenziato un dipendente sorpreso a falsificare le presenze"), per rafforzare la consapevolezza sulle conseguenze delle condotte illecite. Questo deve avvenire con equilibrio, senza dettagli che rendano identificabile la persona, e al solo fine educativo e di prevenzione generale.

Allegati Operativi

Allegato 1 – Modulo di Comunicazione di Conflitto di Interessi

Allegato 2 – Registro dei Regali e delle Utilità

Allegato 3 – Matrice di Coerenza PIAO 2026 Sez. 2.3

Allegato 4 - Log Incontri con Industria / Fornitori / Operatori Economici

Allegato 5 - Checklist - Condotte Vietate nelle Aree Sensibili

Allegato 6 - Presa Visione e Impegno al Rispetto del Codice di Comportamento

Allegato 7 - Procedura Attuativa Del Codice Di Comportamento

Allegato 8 - Richiesta di Autorizzazione per Incarichi Esterni

ALLEGATO 1

Dichiarazione di Conflitto di Interessi

Dichiarazione iniziale / aggiornamento / occasione specifica

1. Dati del dichiarante

Cognome e Nome		**Matricola/ID**	
Qualifica/Profilo		**U.O./Struttura**	
Ruolo/Funzione sensibile		**Sede di servizio**	
Email/Telefono		**Tipologia rapporto**	☐ Dipendente ☐ Dirigente ☐ Convenzionato/Assimilato ☐ Collaboratore/Consulente ☐ Tirocinante/Altro
Data compilazione		**Tipo dichiarazione**	☐ Iniziale ☐ Aggiornamento ☐ Occasione specifica
Occasione/ Procedura		**Periodo di riferimento**	

2. Dichiarazioni

Per ciascuna voce: selezionare l'esito e descrivere in modo chiaro i fatti (soggetti, importi, date, procedimenti, rapporti).

Voce / situazione da dichiarare	**Esito**	**Dettagli essenziali**	**Misure/azioni**
Partecipazioni societarie o interessi economici (diretti o indiretti) in operatori economici che hanno o possono avere rapporti con l'Ente.	☐ No ☐ Sì ☐ N.A.		☐ Astensione ☐ Segnalazione RPCT ☐ Altro
Incarichi esterni, consulenze, collaborazioni (anche non retribuite) attuali o previste.	☐ No ☐ Sì ☐ N.A.		☐ Astensione ☐ Segnalazione RPCT ☐ Altro
Parentela/affinità, convivenza o rapporti stretti con soggetti: fornitori, appaltatori, utenti, referenti di industrie o operatori interessati.	☐ No ☐ Sì ☐ N.A.		☐ Astensione ☐ Segnalazione RPCT ☐ Altro
Ricezione/offerta di regali, utilità, ospitalità o altre agevolazioni (anche in forma di sconti, inviti, rimborsi).	☐ No ☐ Sì ☐ N.A.		☐ Astensione ☐ Segnalazione RPCT ☐ Altro
Rapporti con industria farmaceutica/dispositivi/service: incontri, eventi, sponsorizzazioni, donazioni, comodati.	☐ No ☐ Sì ☐ N.A.		☐ Astensione ☐ Segnalazione RPCT ☐ Altro
Coinvolgimento in procedure di gara/commissioni/RUP/DEC o attività istruttorie che riguardano soggetti con cui esistono legami o interessi.	☐ No ☐ Sì ☐ N.A.		☐ Astensione ☐ Segnalazione RPCT ☐ Altro
Attività libero-professionale/ALPI o altre attività che possono generare interferenze, pressioni o vantaggi impropri.	☐ No ☐ Sì ☐ N.A.		☐ Astensione ☐ Segnalazione RPCT ☐ Altro
Altro (es. contenziosi, rapporti debitori/creditori, promesse di utilità, pressioni indebite).	☐ No ☐ Sì ☐ N.A.		☐ Astensione ☐ Segnalazione RPCT ☐ Altro

3. Impegni del dichiarante

Il/La sottoscritto/a dichiara:

☐ di aver compreso che il conflitto può essere attuale, potenziale o apparente e che l'obbligo di segnalazione vale anche in caso di dubbio;

☐ di impegnarsi ad astenersi da decisioni/attività in cui sussista conflitto e a richiedere indicazioni al proprio responsabile e/o al RPCT;

☐ di impegnarsi ad aggiornare la presente dichiarazione in caso di variazioni rilevanti;

☐ di aver reso la dichiarazione in buona fede e in modo completo.

4. Firma

Luogo e data: _____

Firma leggibile: _____

Informativa privacy: i dati sono trattati esclusivamente per finalità di prevenzione dei conflitti di interessi e gestione delle misure di integrità, nel rispetto della normativa vigente. [DA COMPILARE: riferimenti interni e titolare/trattamento]

ALLEGATO 2

Registro Regali / Ospitalità / Utilità

Tabella di registrazione obbligatoria (anche per offerte rifiutate)

Istruzioni: registrare entro 48 ore ogni offerta o ricezione di regali/utilità/ospitalità, anche se rifiutata o restituita. In caso di dubbi sul valore o sulla liceità, registrare e segnalare al responsabile/RPCT.

Legenda esito: RIFIUTATO / RESTITUITO / DEROGA (autorizzata) / DEVOLUTO.

N.	Data	Dipendente /Funzione	U.O.	Offerente (denominazione)	Relazione con Ente	Descrizione utilità	Valore (€)	Circostanza	Esito	Autorizzazione (se deroga)	Destinazione (se devoluto)	Note	Firma

ALLEGATO 3

Matrice di Coerenza PIAO 2.3

Articoli del Codice ↔ Rischi ↔ Misure ↔ Evidenze

Compilare e mantenere aggiornata per dimostrare coerenza tra Codice/Regolamento e PIAO 2.3 (rischi corruttivi e trasparenza).

**COI: Conflitto d'Interesse*

Articolo/ Sezione Codice	**Processo/Area (PIAO 2.3)**	**Evento rischio**	**Misura/Presidio**	**Funzioni coinvolte**	**Evidenze minime (tracce)**	**Frequenza verifica**	**Indicatori/KPI**	**Note**
[All. COI]	Appalti/Acquisti	Favoritismi/ condizionamenti	COI/astensione/ tracciabilità	RUP/DEC/ Commissioni; RPCT	Allegato 1; verbali; log	Su evento	% COI raccolte	
[All. Regali]	Tutte le aree	Utilità indebite	Divieto/Registro	Tutti; Resp.; RPCT	Allegato 2; esiti	Mensile	# registrazioni	
[All. Incontri]	Rapporti industria	Pressioni indebite	Regole ingaggio/ Log	UO; RPCT	Allegato 4; prot.	Trimestrale	# incontri tracciati	
[All. Liste attesa]	CUP/Liste attesa	Salti fila	Divieti /controlli log	CUP; Direzioni	Log sistema; reclami	Semestrale	Anomalie priorità	
[Privacy]	Dati sanitari	Accessi indebiti	*Need-to-know*/log	IT; Privacy	Log accessi; audit	Mensile	# accessi anomali	

ALLEGATO 4

Log Incontri con Industria / Fornitori / Operatori Economici

Tracciamento obbligatorio di incontri e contatti qualificati

Registrare incontri (in presenza o da remoto) con rappresentanti di industria/farmaco/dispositivi/service/manutenzioni e operatori economici.

Data		**Ora**	
Luogo		**Modalità**	☐ Presenza ☐ Video ☐ Telefono ☐ Email/PEC
U.O./Struttura		**Procedura/Contesto**	
Partecipanti interni		**Partecipanti esterni**	
Oggetto dell'incontro		**Finalità dichiarata**	
Documenti/materiali consegnati		**Eventuali omaggi/ospitalità**	☐ No ☐ Sì (registrare anche in Allegato 2)
Richieste/pressioni ricevute	☐ No ☐ Sì (descrivere)	**Decisioni/azioni concordate**	
Azioni successive	☐ Nessuna ☐ Follow-up tecnico ☐ Istruttoria acquisti ☐ Altro	**Tracciabilità**	☐ Prot. ☐ Email ☐ Verbale ☐ Altro
Note		**Esito**	☐ Informativo ☐ Da valutare ☐ Non conforme (segnalare)
Firme partecipanti interni		**Firma referente esterno (se possibile)**	

ALLEGATO 5

Checklist - Condotte Vietate nelle Aree Sensibili

Appalti, acquisti, commissioni, RUP/DEC

☐ È vietato accettare favori, utilità o ospitalità da operatori economici (anche indirettamente).

☐ È vietato avere contatti non tracciati con imprese interessate a gare o affidamenti.

☐ È vietato condividere informazioni riservate (capitolati, prezzi, criteri, offerte, valutazioni).

☐ È vietato pilotare urgenze, frazionare spese o alterare fabbisogni per favorire un fornitore.

☐ È vietato partecipare a commissioni/istruttorie in presenza di conflitto di interessi (anche apparente).

U.O./Struttura: _____

Nome e cognome: _____

Firma e data: _____

Liste d'attesa, CUP, prenotazioni, priorità

☐ È vietato modificare priorità, inserire 'salti fila' o creare canali informali di prenotazione.

☐ È vietato accettare pressioni indebite o richieste di favoritismo senza tracciamento e segnalazione.

☐ È vietato gestire prenotazioni fuori procedura o senza registrazioni nei sistemi ufficiali.

U.O./Struttura: _____

Nome e cognome: _____

Firma e data: _____

ALPI / intramoenia

☐ È vietato indirizzare utenti verso canali a pagamento o privati alterando la corretta informazione.

☐ È vietato usare spazi, tempi, strumenti o personale dell'Ente per attività non autorizzate.

☐ È vietato creare commistione tra percorsi istituzionali e ALPI senza separazione e tracciabilità.

U.O./Struttura: _____

Nome e cognome: _____

Firma e data: _____

Personale (turni, straordinari, incarichi, valutazioni)

☐ È vietato favorire o penalizzare personale per ragioni non oggettive o non tracciate.

☐ È vietato attribuire incarichi/turni/straordinari senza criteri e motivazioni documentate.

☐ È vietato tollerare pressioni, molestie, discriminazioni o abusi di potere (obbligo di intervento/segnalazione).

U.O./Struttura: _____

Nome e cognome: _____

Firma e data: _____

Dati sanitari, riservatezza, IT e social

☐ È vietato consultare cartelle cliniche o dati sanitari senza necessità di servizio.

☐ È vietato fotografare o inviare dati/immagini di pazienti via canali non autorizzati (es. chat personali).

☐ È vietato condividere password, usare account altrui o aggirare controlli informatici.

☐ È vietato pubblicare sui social contenuti che possano identificare pazienti o rivelare informazioni d'ufficio.

U.O./Struttura: _____

Nome e cognome: _____

Firma e data: _____

ALLEGATO 6

Presa Visione e Impegno al Rispetto del Codice di Comportamento

Dichiarazione individuale

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto, letto e compreso il Codice di Comportamento/Regolamento aziendale vigente e si impegna a rispettarlo integralmente.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la violazione delle regole può comportare responsabilità disciplinare e ulteriori responsabilità previste dall'ordinamento.

Cognome e Nome	
Matricola/ID	
Qualifica/Profilo	
U.O./Struttura	
Tipologia rapporto	☐ Dipendente ☐ Dirigente ☐ Convenzionato/Assimilato ☐ Collaboratore/Consulente ☐ Tirocinante/Altro
Data decorrenza impegno	

Canali per chiarimenti e segnalazioni (incluso whistleblowing):

Luogo e data: _____

Firma leggibile: _____

ALLEGATO 7

PROCEDURA ATTUATIVA DEL CODICE DI COMPORTAMENTO

Diffusione, formazione, controlli, gestione violazioni e reporting

1. Scopo e campo di applicazione

La presente procedura disciplina le modalità operative di attuazione del Codice di Comportamento, assicurando diffusione, formazione, tracciabilità, controlli, gestione delle segnalazioni e delle violazioni, monitoraggio e aggiornamento.

2. Fonti normative

- DPR 62/2013 e s.m.i. (DPR 81/2023);
- L. 190/2012;
- D.Lgs. 33/2013;
- D.Lgs. 165/2001;
- D.Lgs. 24/2023 (whistleblowing);
- GDPR e D.Lgs. 196/2003;
- Linee guida ANAC sui Codici di comportamento;
- PTPCT/PIAO 2026 - Sottosezione 2.3

3. Ruoli e responsabilità

• **Direzione strategica**: approvazione, indirizzo, assegnazione risorse e responsabilità.

•**RPCT**: presidio complessivo, supporto interpretativo, monitoraggio, reporting e aggiornamento in coerenza con PIAO 2.3.

• **UPD/HR**: gestione disciplinare, raccordo per istruttorie e sanzioni, formazione obbligatoria.

•**Dirigenti/Responsabili**: vigilanza di linea, promozione della cultura dell'integrità, segnalazione tempestiva di criticità.

• **Tutti i destinatari**: obbligo di conoscenza e rispetto, tracciabilità, collaborazione ai controlli e alle istruttorie.

4. Diffusione e presa visione

- **Pubblicazione e disponibilità:** il Codice è reso disponibile su intranet/sito istituzionale e consegnato ai nuovi ingressi.
- **Presa visione:** sottoscrizione Allegato 6 entro [DA COMPILARE] dall'entrata in vigore o dall'avvio del rapporto.
- **Conservazione:** archiviazione secondo regole di gestione documentale. [DA COMPILARE: ufficio e fascicolazione].

5. Formazione

- **Formazione base**: modulo per tutti i destinatari, con test finale e attestazione.
- **Formazione mirata**: sessioni per funzioni sensibili (appalti, liste d'attesa, ALPI, personale, IT, privacy, commissioni).
- **Tracciabilità**: registri presenze, attestati, materiali e log di completamento.

6. Registri e dichiarazioni

• **Conflitto di interessi**: Allegato 1, gestione astensione e tracciabilità decisioni.

• **Regali/ospitalità/utilità**: Allegato 2, gestione rifiuti/restituzioni/deroghe.

• **Incarichi esterni**: Allegato 3, istruttoria e provvedimento.

• **Incontri industria/fornitori**: Allegato 4, verifica conformità e azioni conseguenti.

7. Segnalazioni e whistleblowing

D.Lgs. 24/2023– Linee Guida ANAC per l'utilizzo dei canali di segnalazione

8. Step per la gestione delle violazioni

1) Ricezione e triage
2) istruttoria con raccolta evidenze (log, verbali, registri)
3) trasmissione a UPD/HR con relazione sintetica
4) esito e aggiornamento misure correttive.

9. Controlli, monitoraggio e reporting

- Controlli di linea e di secondo livello
- verifiche campionarie su aree sensibili
- report semestrale/annuale e integrazione nel PIAO 2.3.

10. Aggiornamento

Aggiornamento almeno annuale o in presenza di modifiche normative, eventi sentinella, rilievi di audit/ispezioni, variazioni organizzative o nuovi rischi. Includere tracciabilità del *versioning* e approvazione formale.

11. Schema operativo (flusso)

Trigger	Azione	Responsabile	Output/Evidenza	Tempo
Entrata/ assunzione	Consegna Codice + firma Allegato 6	HR/Resp.	Allegato 6	
Ruolo sensibile	Raccolta Allegato 1 (COI)	Resp./RPCT	COI/astensione	Entro 30 gg
Offerta/regalo	Compilazione Allegato 2	Destinatario	Registro	48 ore
Incontro industria	Compilazione Allegato 4	Partecipanti	Log	Immediato
Incarico esterno	Allegato 3 + istruttoria	Resp./HR	Provvedimento	
Segnalazione	Gestione canale	RPCT/UPD	Relazione	
Controllo	Verifica registri	RPCT/Compliance	Report	Sem./Ann.

ALLEGATO 8

Richiesta di Autorizzazione per Incarichi Esterni

Modulo e checklist istruttoria

Compilazione a cura del richiedente.

Allegare documenti utili (incarico/contratto, descrizione attività, eventuale CV).

1. Dati del richiedente

Cognome e Nome		**Matricola/ID**	
Qualifica/Profilo		**U.O./Struttura**	
Ruolo/Funzione		**E-mail/Telefono**	
Tipologia rapporto	☐ Dipendente ☐ Dirigente ☐ Convenzionato/Assimilato ☐ Altro	**Orario di servizio**	
Data richiesta		**Protocollo interno**	

2. Dati dell'incarico esterno

Committente/Ente/Impresa	
Codice fiscale / P. IVA	
Referente e contatti	
Oggetto e descrizione attività	
Durata (date) / Periodo	
Impegno orario stimato	
Compenso / rimborsi / benefici	
Luogo e modalità	☐ Presenza ☐ Da remoto ☐ Mista - Altro:

3. Dichiarazioni del richiedente

☐ L'incarico non interferisce con i doveri d'ufficio e non compromette l'imparzialità o l'immagine dell'Ente.

☐ L'incarico non comporta uso di informazioni riservate o dati sanitari e non prevede accesso privilegiato a fornitori o utenti.

☐ L'incarico non richiede l'uso di beni/strumenti/tempo di servizio dell'Ente (salvo autorizzazione espressa).

☐ Non sussistono conflitti di interessi attuali/potenziali/apparenti (se presenti, descrivere).

Eventuali conflitti/relazioni rilevanti (descrizione):

4. Checklist istruttoria (a cura dell'istruttore/Responsabile)

Verifica	Esito	Rischio	Note
Il committente è fornitore/appaltatore/aspirante fornitore dell'Ente o è connesso a procedure in corso?	☐ Sì ☐ No ☐ N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	
L'incarico riguarda materie/settori sovrapposti alle funzioni del richiedente?	☐ Sì ☐ No ☐ N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	
Sono previsti contatti che possono generare pressioni indebite o scambi informali?	☐ Sì ☐ No ☐ N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	
Sono previsti compensi/benefici anomali o modalità di pagamento non trasparenti?	☐ Sì ☐ No ☐ N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	
L'incarico incide su orario di servizio, turni, reperibilità o disponibilità?	☐ Sì ☐ No ☐ N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	
È previsto uso di risorse dell'Ente (strumenti, email, locali, veicoli)?	☐ Sì ☐ No ☐ N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	
Occorre parere RPCT/UPD/HR o ulteriori verifiche documentali?	☐ Sì ☐ No ☐ N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	

5. Esito

☐ Autorizzato ☐ Autorizzato con condizioni ☐ Non autorizzato

Condizioni/Motivazione:

Responsabile che decide (nome e ruolo):

Firma e data:

N.	Nome e Cognome	Struttura/UOC	Data ricezione	Descrizione utilità/regalo	Valore stimato (€)	Soggetto offerente	Contesto/Motivo	Azioni intraprese (accettato/rifiutato)	Note

ASP DI AGRIGENTO

REGOLAMENTO AZIENDALE ANTIRICICLAGGIO (AML/CTF) E PROCEDURA OPERATIVA (SOP)

Parte integrante del PTPCT e PIAO 2026

1. Premessa, finalità e integrazione nel PTPCT/PIAO 2026

Il presente Regolamento disciplina l'assetto organizzativo e le modalità operative con cui l'ASP di Agrigento assicura il presidio del rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo (AML/CTF) nell'ambito delle proprie attività istituzionali, inclusa la gestione delle comunicazioni di operazioni sospette alla UIF, in coerenza con la strategia anticorruzione e trasparenza del PTPCT/PIAO 2026 (Sottosezione 2.3).

Il Regolamento è parte integrante del PTPCT e del PIAO 2026: definisce ruoli, responsabilità, flussi informativi, presidi documentali e misure di monitoraggio, assicurando l'integrazione con i controlli anticorruzione, trasparenza, procurement, contabilità e sicurezza informatica, nel rispetto della riservatezza delle segnalazioni.

2. Ambito di applicazione

Il Regolamento si applica a:

- Direzione Strategica (DG/DS/DA) e staff di Direzione.
- Dirigenti, Responsabili di UOC/UOS, RUP/DEC e personale che gestisce o controlla flussi finanziari, contrattuali o patrimoniali.
- Personale degli uffici maggiormente esposti (es. Economico-Finanziario, Provveditorato, Patrimonio, Affari Generali/Legale, ICT, Farmacia/Dispositivi, CUP/Ticket, Direzioni di Presidio, ALPI se pertinente).
- Collaboratori e soggetti esterni che operano per conto dell'ASP, per quanto compatibile e nei limiti dei contratti/disciplinari.

Le comunicazioni possono riguardare operazioni compiute, tentate, rifiutate o interrotte, di cui l'ASP venga a conoscenza nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali.

3. Definizioni operative

Termine	Definizione operativa (ai fini del presente Regolamento)
Anomalia	Elemento oggettivo o soggettivo che rende un'operazione o un comportamento incoerente, inusuale o non giustificato rispetto al contesto amministrativo/finanziario; richiede approfondimento.
Sospetto	Valutazione motivata, basata su elementi disponibili, che induce a ritenere che un'operazione possa essere collegata a riciclaggio/finanziamento del terrorismo o a provenienza criminosa di fondi, a prescindere dall'importo.
Segnalazione interna	Comunicazione riservata indirizzata al Gestore SOS da parte di personale/strutture dell'ASP che ha rilevato un'anomalia o un sospetto.
SOS/Comunicazione UIF	Comunicazione di dati e informazioni concernenti operazioni sospette inviata alla UIF secondo le modalità previste (canale telematico) e nel rispetto del principio di tempestività.
Gestore SOS	Soggetto individuato con provvedimento formalizzato quale delegato a valutare ed effettuare le comunicazioni alla UIF, interlocutore dell'UIF.
Need to know	Principio di limitazione della conoscenza: l'accesso alle informazioni sulle segnalazioni è consentito solo a chi ne ha stretta necessità per svolgere compiti previsti dal presente Regolamento.

4. Governance e responsabilità

L'assetto organizzativo antiriciclaggio è costruito in modo da garantire:

- efficacia operativa
- riservatezza
- tracciabilità e *auditabilità*
- integrazione con il sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza.

4.1 Modelli organizzativi possibili

Gestore SOS centralizzato / rete referenti AML:

- Referenti AML in ciascuna UOC 'sensibile (procurement, contabilità, patrimonio, ticket/rimborsi, farmacia, ecc.) con compiti di primo filtro e raccolta evidenze.
- RPCT riceve reportistica aggregata (senza dettagli identificativi non necessari) ai fini di coordinamento PTPCT/PIAO.

4.2 Ruoli e compiti

Ruolo	Compiti principali	Output/Evidenze minime
Direzione Strategica	Indirizzo e approvazione del presente Regolamento; nomina Gestore SOS; assegnazione risorse; riesame annuale.	Atto di nomina; verbali riesame; disposizioni organizzative.
Gestore SOS (interlocutore UIF)	Riceve segnalazioni interne; effettua istruttoria; decide esito (invio alla UIF/archiviazione motivata/monitoraggio); cura invio telematico; gestisce registro e fascicoli; assicura riservatezza.	Registro segnalazioni; fascicolo istruttorio; motivazioni esito; evidenze invio/informare UIF
Referenti AML di UOC (se adottati)	Supporto al rilevamento anomalie; raccolta evidenze; trasmissione riservata al Gestore; presidio locale di log e documenti.	Scheda segnalazione interna; documenti contabili/contrattuali; estratti log; note contestuali.
Personale segnalante	Rileva anomalie; raccoglie evidenze minime; segnala senza ritardo tramite canali previsti; collabora su richieste di integrazione.	Segnalazione interna compilata; allegati e riferimenti operazione.
RPCT	Integrazione AML nel PTPCT/PIAO; raccordo misure anticorruzione; riceve reportistica aggregata; promuove formazione e monitoraggio (senza accesso generalizzato ai contenuti riservati).	Sezione PIAO 2.3; piano formazione; report annuale aggregato; azioni migliorative.
DPO	Supporto su GDPR: base giuridica, minimizzazione, accessi, conservazione; valutazioni su richieste di accesso e sicurezza dati.	Pareri/linee guida *privacy*; registro trattamenti/aggiornamenti; misure di sicurezza.
ICT	Misure di sicurezza; segregazione accessi; *logging*; supporto estrazioni evidenze; conservazione digitale; gestione casella dedicata/ticketing.	Log accessi; configurazioni; evidenze di integrità; report di sicurezza.
Affari Generali/Legale	Supporto su contenzioso, transazioni, gestione richieste accesso agli atti; definizione dei confini comunicativi in casi sensibili.	Pareri; note istruttorie; provvedimenti motivati su accesso.

5. Flussi informativi e tempistiche

1) Individuazione anomalia: immediata, al momento del riscontro (operazione in corso o già compiuta).
2) Segnalazione interna al Gestore SOS: senza ritardo e, comunque, entro [DA DEFINIRE] giorni lavorativi dal riscontro.
3) Istruttoria Gestore SOS: avvio entro [DA DEFINIRE] giorni lavorativi; eventuali richieste integrazione con tempi perentori.
4) Decisione (invio/archiviazione/monitoraggio): entro [DA DEFINIRE] giorni lavorativi dalla ricezione completa della segnalazione.
5) Invio alla UIF: senza ritardo, tramite portale telematico, secondo le Istruzioni UIF.

Nei casi di urgenza o di rischio di dispersione delle evidenze (es. imminente pagamento, trasferimento fondi, liquidazione di fatture/mandati), il Gestore SOS può attivare un percorso accelerato e coinvolgere, nei limiti del *need-to-know*, le strutture competenti per preservare evidenze e prevenire danni.

6. Riservatezza, tutela del segnalante e limitazione accessi

L'ASP assicura la massima riservatezza dell'identità dei segnalanti e del contenuto delle segnalazioni. L'accesso alle informazioni AML è limitato ai soggetti espressamente previsti dal presente Regolamento.

- Canali dedicati e segregati (es. casella e-mail/PEC dedicata al Gestore, protocollazione riservata, cartella documentale con accessi nominativi).
- Registro accessi/log: tracciatura degli accessi a fascicoli e documenti AML.
- Divieto di comunicare al soggetto interessato o a terzi l'avvenuta segnalazione o l'esistenza di un'istruttoria AML, salvo obblighi di legge.
- Tutela organizzativa del segnalante: divieto di condotte ritorsive in coerenza con disciplina whistleblowing, per quanto compatibile (da coordinare con canali e procedure interne già in essere).
- Il RPCT riceve reportistica in forma aggregata, priva di elementi identificativi non necessari, per finalità di governance e miglioramento del sistema.

7. Conservazione documentale, fascicolazione e gestione accesso agli atti

Per ogni segnalazione interna è costituito un fascicolo AML (digitale e/o cartaceo) contenente: segnalazione, evidenze, note istruttorie, esito motivato, eventuali riferimenti a comunicazioni UIF e richieste/riscontri.

- **Fascicolazione** riservata con classificazione [DA DEFINIRE] e accesso limitato (Gestore SOS e personale autorizzato).
- **Conservazione**: secondo massimario e piano di conservazione aziendale; se non previsto, definire un termine dedicato [DA DEFINIRE/DA VERIFICARE], tenendo conto delle esigenze di collaborazione con UIF e organi investigativi.
- **Protocollazione**: con modalità idonee a prevenire diffusioni non autorizzate (es. protocollo riservato, omissis nell'oggetto).
- **Gestione accesso agli atti/FOIA**: valutazione caso per caso con Legale/DPO, applicando i limiti di riservatezza e tutela di interessi pubblici e privati, con motivazione puntuale.

8. Formazione e comunicazione interna

L'ASP assicura formazione obbligatoria e periodica, differenziata per ruoli e aree di rischio, con evidenze tracciate (registri presenze, test, attestati).

Target	Contenuti minimi	Frequenza	Evidenze
Direzione/Dirigenti/RUP-DEC	Governance AML; responsabilità; indicatori in appalti/pagamenti; riservatezza; flussi; casi pratici.	Annuale / in occasione di aggiornamenti	Registro formazione; materiali; verbali.
UOC Economico-Finanziaria/Provveditorato/Patrimonio	Indicatori specifici; gestione anomalie; evidenze minime; log; reporting al Gestore.	Semestrale / annuale	Registro; *checklist* compilate; prove pratiche.
CUP/*Ticket*-Rimborsi/Recupero crediti	Anomalie su incassi, rimborsi, pagamenti; identità soggetti; pattern; segnalazione interna.	Annuale	Registro; casi simulati.
ICT/Protocollo/Conservazione	Segregazione accessi; *logging*; sicurezza; gestione caselle dedicate; conservazione fascicoli AML.	Annuale	Report sicurezza; configurazioni; tracciati log.
Personale aree sensibili	Cosa osservare; quando segnalare; come compilare modulo; tutela e riservatezza.	Annuale	Registro; *learning check*.

9. Monitoraggio e riesame annuale

Il Gestore SOS predispone una reportistica periodica verso la Direzione Strategica e, per la parte di raccordo con il PTPCT/PIAO, verso il RPCT, in forma compatibile con la riservatezza e il principio di minimizzazione.

Indicatore	Definizione	Fonte dati	Frequenza
N. segnalazioni interne	Numero complessivo di segnalazioni ricevute (per UOC/macro-processo).	Registro segnalazioni	Trimestrale/Semestrale
Tempo medio di presa in carico	Giorni tra ricezione e avvio istruttoria.	Registro segnalazioni	Trimestrale
Tempo medio di decisione	Giorni tra ricezione completa e decisione (invio/archiviazione/monitoraggio).	Fascicoli istruttori	Trimestrale
N. invii UIF (se applicabile)	Numero di comunicazioni inviate alla UIF.	Evidenze invio/consapevolezza	Semestrale
Aree a maggiore incidenza	Macro-aree con maggiore tasso di anomalie (procurement, pagamenti, donazioni, patrimonio, ticket/rimborsi, transazioni).	Registro e classificazione	Annuale
Esiti formativi	% personale formato su *target*; esiti test; *gap* ricorrenti.	Registro formazione	Annuale

10. Sistema disciplinare/organizzativo

Il mancato rispetto degli obblighi operativi previsti (es. omissione ingiustificata di segnalazione, violazione della riservatezza, ostacolo all'istruttoria, alterazione di evidenze) comporta conseguenze organizzative e disciplinari, in coerenza con CCNL, Codice di comportamento e regolamenti aziendali, fermo restando ogni ulteriore profilo di responsabilità.

ALLEGATI

Allegato 1 - Procedura Operativa, Rilevazione, Segnalazione Interna E Comunicazione Di Operazioni Sospette

1. Scopo e campo di applicazione

La presente procedura descrive, passo per passo, il processo end-to-end per:

1) rilevare anomalie
2) effettuare segnalazioni interne
3) svolgere istruttoria
4) decidere l'esito
5) effettuare la comunicazione alla UIF (se applicabile)
6) garantire conservazione, tracciabilità e reporting, nel rispetto della riservatezza.

1. Quando devo segnalare - indicatori/trigger

- **Procurement/pagamenti**: richieste di pagamento su IBAN non riconducibili al fornitore; variazioni improvvise coordinate bancarie; fatture frazionate; urgenze reiterate; subappalti/cessioni crediti opache.
- **Fornitori/operatori economici**: assetti societari opachi; amministratori ricorrenti; cambi sede frequenti; documentazione reticente; collegamenti anomali tra concorrenti.
- **Donazioni/sponsorizzazioni/lasciti**: provenienza fondi poco chiara; donatore non coerente; richiesta di ritorni indebiti; triangolazioni; vincoli anomali; donazioni verso strutture specifiche senza giustificazione.
- **Patrimonio/alienazioni/concessioni**: offerte anomale; controparti non trasparenti; pagamenti da terzi; pressioni su tempi; valutazioni non coerenti.
- **Incassi ticket/rimborsi/recupero crediti**: rimborsi ripetitivi; richieste con documentazione dubbia; pagamenti in contanti oltre soglie interne; deleghe e procure sospette.
- **Transazioni/contenzioso**: proposte transattive con pagamenti a soggetti terzi; rinunce improvvise; compensazioni illogiche; richieste di urgenza senza motivazione.

- **Ricerca/sperimentazioni**: finanziamenti da soggetti non trasparenti; contratti con intermediari; pagamenti a consulenti senza deliverable; spese non coerenti con protocollo.

2. STEP 1 - Individuazione anomalia

Elemento	Contenuto operativo
Responsabile	Personale segnalante / Referente AML di UOC (se previsto)
Input	Operazione/istanza/atto/rapporto rilevato nell'attività istituzionale; documenti contabili/contrattuali; informazioni su soggetto
Attività	Rilevare anomalia; raccogliere evidenze minime; non effettuare indagini improprie; preservare documenti e log
Output	Bozza di segnalazione interna (Allegato A) / allegati minimi
Evidenze minime	Riferimenti atto/mandato/fattura/contratto; dati soggetto; descrizione circostanze; documenti disponibili; eventuali estratti log
Log/Tracciabilità	Tracciare data-ora riscontro e percorso documentale; evitare canali non autorizzati
Tempi	Immediato; segnalazione interna entro [DA DEFINIRE] giorni lavorativi

3. STEP 2 - Segnalazione interna al Gestore SOS

Elemento	Contenuto operativo
Responsabile	Segnalante / Referente AML UOC
Canali	[DA DEFINIRE] e-mail dedicata; PEC; protocollo riservato; ticketing (se abilitato)
Attività	Compilare modulo Allegato A; allegare evidenze; indicare urgenza se pertinente; inviare senza ritardo
Output	Segnalazione interna protocollata/fascicolata in modalità riservata
Evidenze minime	Modulo firmato (anche digitale); allegati; indicazione contatti per eventuali chiarimenti
Log/Tracciabilità	Numero di protocollo riservato o ID ticket; *timestamp* invio
Tempi	Senza ritardo; preferibilmente entro [DA DEFINIRE] giorni lavorativi

4. STEP 3 - Istruttoria del Gestore SOS

Elemento	Contenuto operativo
Responsabile	Gestore SOS
Input	Segnalazione interna / allegati; dati ulteriori richiesti a UOC competenti (need-to-know)
Attività	Verifica completezza; richiesta integrazioni; analisi complessiva; valutazione indicatori; ricostruzione logica del sospetto; eventuale collegamento con precedenti
Output	Nota istruttoria; classificazione esito; fascicolo completo
Evidenze minime	Checklist istruttoria; richieste/risposte integrazione; documenti contabili/contrattuali; estratti log; cronologia attività
Log/Tracciabilità	Registro segnalazioni aggiornato; tracciatura accessi; versioning documenti
Tempi	Avvio entro [DA DEFINIRE]; chiusura istruttoria entro [DA DEFINIRE] giorni lavorativi (salvo complessità)

5. STEP 4 - Esito istruttoria (invio UIF / archiviazione / monitoraggio)

Il Gestore SOS adotta una decisione motivata, con una delle seguenti opzioni:

a) Invio comunicazione alla UIF (se applicabile).

b) Archiviazione motivata (assenza di sospetto dopo approfondimenti).

c) Monitoraggio rafforzato/follow-up (anomalie non chiarite ma non sufficienti; definire azioni e tempi).

Esito	Criteri guida	Output	Evidenze minime
Invio UIF	Persistono elementi oggettivi/soggettivi di sospetto; la valutazione complessiva non trova giustificazione plausibile; esigenza di tempestività.	Comunicazione telematica; fascicolo aggiornato; eventuali collegamenti.	Motivazione; dati strutturati; descrizione libera; allegati rilevanti; evidenza invio.
Archiviazione motivata	Elementi chiariti con documenti/riscontri; anomalia giustificata; nessun sospetto residuo.	Nota di archiviazione; fascicolo chiuso; indicazioni di miglioramento (se utili).	Motivazione; riscontri; documenti probanti; data decisione.
Monitoraggio rafforzato	Elementi non conclusivi; rischio residuo; necessità di osservare operatività nel tempo o acquisire ulteriori dati.	Piano follow-up (chi fa cosa, entro quando); eventuale alert su pagamenti/atti futuri.	Piano azioni; log controlli; esiti successivi.

6. STEP 5 - Invio alla UIF e sicurezza canale

Le comunicazioni verso la UIF sono effettuate senza ritardo in via telematica tramite il portale INFOSTAT-UIF, previa adesione al sistema di comunicazione on-line.

Il Gestore SOS è l'interlocutore della UIF e cura ogni approfondimento richiesto.

Allegare documenti in formato elettronico ritenuti necessari; conservare presso l'ASP i documenti rilevanti per eventuali richieste.

In caso di errori/incongruenze: inviare comunicazione sostitutiva secondo le istruzioni UIF.

Gestire collegamenti tra comunicazioni quando vi sono connessioni tra operazioni o continuazioni nel tempo.

7. STEP 6 - Conservazione, registro e segregazione accessi

Il Gestore SOS aggiorna il Registro/Log segnalazioni (Allegato C) e assicura fascicolazione e conservazione riservata.

Registro con ID univoco; classificazione per macro-area e processo; esito; motivazione sintetica.

Accessi ai fascicoli limitati e tracciati (log).

Separazione fisica/logica rispetto a fascicoli ordinari, quando necessario.

8. STEP 7 - Feedback interno e comunicazioni consentite

Destinatario	Cosa si comunica	Cosa NON si comunica
Segnalante/Referente AML	Esito interno (archiviazione/monitoraggio) e, se utile, indicazioni operative di miglioramento; richieste integrazione.	Dettagli non necessari; informazioni che possano compromettere riservatezza o indagini; conferma di invio UIF se non indispensabile.
Direzione Strategica	Trend e criticità sistemiche; esigenze di risorse/controlli; casi rilevanti in forma compatibile con riservatezza (need-to-know).	Contenuti non necessari; dati personali eccedenti; elementi che espongono identità del segnalante.
RPCT	Report aggregato; macro-processi a rischio; proposte misure anticorruzione/trasparenza correlate; esiti formativi.	Dettagli identificativi e contenuti integrali delle segnalazioni, salvo necessità motivata e nel rispetto della riservatezza.

9. Integrazione con controlli anticorruzione/trasparenza

Le evidenze e i *trend* AML alimentano (in forma aggregata) il sistema di gestione del rischio corruttivo e trasparenza, con particolare attenzione a: contratti pubblici, controlli su operatori economici, rotazioni e segregazione funzioni, tracciabilità pagamenti, gestione donazioni/sponsorizzazioni, gestione patrimonio e concessioni, gestione incassi/rimborsi e transazioni.

Eventuali azioni correttive/migliorative individuate dal Gestore SOS sono proposte alla Direzione e, per il raccordo PTPCT/PIAO, al RPCT, senza trasferire contenuti riservati non necessari.

10. Diagramma di flusso (testuale) e matrice RACI

Flusso sintetico: (1) Riscontro anomalia -> (2) Segnalazione interna riservata -> (3) Istruttoria Gestore SOS -> (4) Decisione (invio UIF / archiviazione / monitoraggio) -> (5) Registro e conservazione -> (6) Reportistica aggregata.

Matrice RACI - Processo AML/CTF

**RACI: Responsable, Accountable, Consulted, Informed*

Fase/Attività	Segnalante	Referente AML UOC	Gestore SOS	Direzione Strategica	RPCT	DPO	ICT	Legale/Affari Generali
Individuazione anomalia	R	C	I	I	I	I	I	I
Segnalazione interna (invio modulo)	R	C	A/I	I	I	I	C	I
Protocollazione/fascicolazione riservata	I	C	A/R	I	I	C	R	C
Istruttoria e richieste integrazione	C	R/C	A/R	I	I	C	C	C
Decisione esito	I	I	A/R	I	I	C	I	C
Invio UIF (se applicabile)	I	I	A/R	I	I	C	C	C
Archiviazione motivata/monitoraggio	I	I	A/R	I	I	C	C	C
Registro segnalazioni e conservazione	I	I	A/R	I	I	C	R/C	C
Reportistica aggregata e riesame	I	I	R	A	R	C	C	C
Piano formazione	I	I	C	A	R	C	C	I

ALLEGATI OPERATIVI

Allegato A - Modulo Segnalazione interna operazione sospetta/anomala

Compilazione riservata. Inviare al Gestore SOS tramite il canale previsto. Non utilizzare canali informali.

Guida rapida alla compilazione:

1) *Descrivi cosa hai visto, quando e dove (riferimenti a atti/operazioni).*
2) *Spiega perché ti appare anomalo: cosa non è coerente con prassi/atti/dati disponibili.*
3) *Allega solo evidenze pertinenti (minimizzazione).*
4) *Non fare accertamenti impropri: raccogli documenti gia' disponibili nell'attività d'ufficio.*

Se c'è urgenza (pagamento/atto imminente) segnala subito e indica motivazione.

Campo	**Valore (da compilare)**
ID segnalazione (se già assegnato)	
Data e ora segnalazione	
UOC/Ufficio segnalante	
Nominativo segnalante e contatto	
Ruolo (es. RUP/DEC/istruttore)	
Macro-area (seleziona)	☐ Procurement/Pagamenti ☐ Donazioni/Sponsor ☐ Patrimonio/Concessioni ☐ Ticket/Rimborsi ☐ Transazioni/Contenzioso ☐ Altro:
Riferimenti operazione/atto	Contratto/ordine n. [ ] - CIG [ ] - Fattura n. [ ] - Mandato n. [ ] - Data [ ]
Soggetto/i coinvolti	Denominazione/C.F.-P.IVA [ ] - Sede [ ] - IBAN [ ] - Referenti [ ]
Descrizione sintetica dell'anomalia	
Motivi del sospetto (processo logico)	
Eventuali collegamenti con altre operazioni	[DA COMPILARE / ☐ Non noto]
Urgenza	☐ Alta (es. pagamento imminente) ☐ Media ☐ Bassa
Evidenze allegate (elenco)	[DA COMPILARE - documenti, estratti, screenshot, log]
Azioni già intraprese (se presenti)	[DA COMPILARE / ☐ Nessuna]
Firma segnalante	

Allegato B - Checklist indicatori di anomalia

Se 1 o più indicatori sono presenti, valutare segnalazione interna.

Procurement e pagamenti

- ☐ Variazione improvvisa dell'IBAN del fornitore a ridosso del pagamento, senza giustificazioni documentali.
- ☐ Richieste di pagamento a favore di soggetti terzi (cessione crediti, factoring) non chiaramente documentate o con intermediari opachi.
- ☐ Fatture frazionate o ripetute in prossimità di soglie interne/procedurali.
- ☐ Urgenze reiterate non motivate (anticipazioni, pagamenti fuori ciclo, deroghe procedurali).
- ☐ Subappalti o subaffidamenti non trasparenti, catena di subfornitura complessa o non coerente.
- ☐ Operatori economici con assetti societari opachi o frequenti cambi di sede/amministratori.
- ☐ Documentazione amministrativa incompleta, reticente o contraddittoria; certificazioni dubbie.
- ☐ Concorrenza "anomale": offerte molto ravvicinate, schemi ricorrenti, possibili collegamenti tra operatori.

Donazioni, sponsorizzazioni, lasciti

- Donazioni di importo significativo da soggetti con attività non coerente o provenienza fondi non chiara.
- Condizioni o vincoli anomali (es. richiesta di favori/ritorni, preferenze su fornitori, assunzioni, incarichi).
- Donazioni triangolate o tramite enti/soggetti intermedi non trasparenti.
- Pressioni per accelerare accettazione o per evitare controlli e formalita'.

Patrimonio, alienazioni, concessioni e locazioni

- Offerte o proposte contrattuali non coerenti con valori di mercato o con perizie disponibili.
- Pagamenti da soggetti diversi dalla controparte contrattuale, senza giustificazione.
- Richieste di definire accordi in tempi ristretti senza motivazione.
- Controparti con assetti societari opachi o rappresentanze non chiare (procure sospette).

Incassi ticket, rimborsi, recupero crediti

- Rimborsi ripetitivi o di importo elevato con documentazione incompleta/dubbia.
- Richieste di rimborso tramite deleghe/procure non chiare o soggetti terzi ricorrenti.
- Pagamenti in contanti oltre soglie interne o con frazionamenti sospetti.
- Pattern anomali su esenzioni, annullamenti, storni, con ripetitivita' su medesimi soggetti.

Transazioni e contenzioso

- ☐ Proposte transattive con pagamenti a soggetti terzi o su conti esteri/atipici.
- ☐ Rinunce improvvise a pretese o crediti senza motivazione adeguata.
- ☐ Compensazioni illogiche o condizioni economiche non coerenti con rischio/valutazioni.
- ☐ Urgenze non motivate e pressioni esterne per definire accordi.

Allegato C - Registro/Log segnalazioni

Registro riservato, gestito dal Gestore SOS. Il registro può essere tenuto in formato digitale con accessi tracciati.

ID	Data ricezione	UOC	Macro-area	Oggetto sintetico	Esito	Data esito	Motivazione sintetica	Azioni/follow-up	Conservazione (fascicolo)	Accessi (log)
					☐ Invio UIF ☐ Archiviazione ☐ Monitoraggio					
					☐ Invio UIF ☐ Archiviazione ☐ Monitoraggio					
					☐ Invio UIF ☐ Archiviazione ☐ Monitoraggio					

Allegato D - Piano formazione

Target	Obiettivo	Contenuti	Modalità	Frequenza	Responsabile	Evidenze
			Aula/online/mista			Registro presenze; materiali; test
			Aula/online/mista			Registro presenze; materiali; test
			Aula/online/mista			Registro presenze; materiali; test

Allegato F - Piano implementazione 90 giorni

Attività	Owner	Deliverable	Scadenza	Evidenze
Nomina Gestore SOS e definizione collocazione/autonomia	Direzione Strategica	Atto di nomina / mandato	Giorno 15	Atto; comunicazione interna
Definizione canali dedicati e misure di sicurezza	ICT/Gestore SOS	Casella/PEC; cartella riservata; log accessi	Giorno 30	Configurazioni; evidenze log
Definizione rete referenti AML (se Opzione A)	Gestore SOS / Direzioni UOC	Elenco referenti / compiti	Giorno 30	Provvedimento/ordine servizio
Adozione Registro segnalazioni e fascicolazione	Gestore SOS / Protocollo/Conservazione	Registro attivo / istruzioni	Giorno 45	Template; manuale breve
Sessione formativa iniziale aree sensibili	RPCT / Gestore SOS	Formazione erogata	Giorno 60	Registro presenze; materiali
Prima verifica operativa (test di processo)	Gestore SOS / RPCT	Report test / azioni correttive	Giorno 75	Verbale; checklist
Riesame e integrazione nel PTPCT/PIAO 2026	RPCT / Direzione	Sezione 2.3 aggiornata	Giorno 90	Bozza PIAO/PTPCT; delibera

Allegato G - Clausola per integrazione PTPCT/PIAO 2026

In coerenza con il quadro normativo AML/CTF e con l'impostazione ANAC per la Sottosezione 2.3 'Rischi corruttivi e trasparenza', l'ASP di Agrigento adotta il Regolamento aziendale AML/CTF e la Procedura Operativa (SOP) per la rilevazione e la gestione di anomalie e operazioni sospette, assicurando l'integrazione con il sistema di prevenzione della corruzione, la tracciabilità dei flussi, la tutela della riservatezza e un monitoraggio periodico basato su KPI/KRI. Il Gestore SOS, nominato con provvedimento formalizzato, è l'interlocutore per le comunicazioni verso la UIF e cura la reportistica aggregata verso la Direzione Strategica e il RPCT, ai fini del miglioramento continuo della strategia anticorruzione e del valore pubblico.

Fonti normative e regolatorie

- D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche (misure di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo; art. 10 - comunicazioni alla UIF da parte delle Pubbliche Amministrazioni).
- UIF (Banca d'Italia) - Istruzioni sulle comunicazioni di operazioni sospette da parte delle Pubbliche Amministrazioni (Provvedimento 23 aprile 2018) e Allegato indicatori di anomalia.
- UIF - Indicazioni operative e regole tecniche per l'invio telematico delle comunicazioni (INFOSTAT-UIF) [DA VERIFICARE versione in uso].
- ANAC - Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (parte generale) e relativi aggiornamenti (Aggiornamento 2024 - Delibera n. 31/2025).
- ANAC - Indicazioni per la definizione della Sottosezione 2.3 'Rischi corruttivi e trasparenza' del PIAO (Adunanza Consiglio 23 luglio 2025).
- ANAC - PNA 2025 (consultazione 07 agosto 2025) e PNA 2025-2027 (approvato 12 novembre 2025) - verificare versione pubblicata definitiva e recepire eventuali prescrizioni.
- Reg. UE 2016/679 (GDPR) e normativa nazionale privacy; D.Lgs. 24/2023 (whistleblowing) per la tutela del segnalante, per quanto compatibile.
- D.Lgs. 36/2023 (Codice dei contratti pubblici) e norme collegate sulla tracciabilità e controlli sugli operatori economici.

MINI-CHECKLIST - PRONTO PER APPROVAZIONE

Item	Stato	Owner/Ufficio	Note
Atto di nomina RPCT e struttura di supporto	☐ OK ☐ DA ACQUISIRE		
Atto di nomina Gestore SOS (art. 11 istruzioni UIF) e collocazione/autonomia	☐ OK ☐ DA ACQUISIRE		
Scelta modello organizzativo (Opzione A/B) e elenco referenti AML (se A)	☐ OK ☐ DA ACQUISIRE		
Canali dedicati (e-mail/PEC/protocollo riservato/ticketing) e misure di sicurezza	☐ OK ☐ DA ACQUISIRE		
Adesione/abilitazione INFOSTAT-UIF e credenziali/profili operativi	☐ OK ☐ DA VERIFICARE		
Sistema di fascicolazione e conservazione per fascicoli AML (termine conservazione)	☐ OK ☐ DA VERIFICARE		
Definizione tempi operativi (SOP) e gestione urgenze	☐ OK ☐ DA DEFINIRE		
Piano formazione 2026 (target, calendari, evidenze)	☐ OK ☐ DA ACQUISIRE		
Set KPI/KRI e periodicità reportistica (Direzione/RPCT)	☐ OK ☐ DA DEFINIRE		
Integrazione in PTPCT/PIAO 2026 - Sottosezione 2.3 (testo clausola)	☐ OK ☐ DA ACQUISIRE		

NORMA COMPORTAMENTALE

RAPPORTI CON IL PRIVATO ACCREDITATO (ASP DI AGRIGENTO)

PTPCT 2026–2028 – Vademecum operativo per il personale

1. Finalità e "perché ti tutela"

Questa norma comportamentale definisce regole chiare, pratiche e verificabili per gestire i rapporti con le strutture e i professionisti **privati accreditati** che erogano prestazioni per conto del SSN, riducendo i rischi di: favoritismi, pressioni indebite, conflitti di interesse, distorsioni nell'accesso alle cure, irregolarità nella contrattualizzazione/contabilizzazione e interferenze nei controlli.

2. Ambito di applicazione e destinatari

La norma si applica a **tutto il personale** dell'ASP di Agrigento (dirigenza e comparto) che, a qualunque titolo, svolga attività connesse a:

- accreditamento/rapporti istituzionali e contrattualizzazione (accordi, budget, volumi, tariffe, committenza);
- autorizzazioni, controlli, vigilanza, audit, verifiche di appropriatezza e qualità;
- gestione liste/percorsi, flussi informativi, rendicontazione e pagamenti;
- relazioni esterne, reclami, segnalazioni, contenzioso;
- rapporti informali con rappresentanti/dipendenti del privato accreditato.

3. Fonti normative

- **Accreditamento istituzionale** e **accordi contrattuali** con erogatori accreditati: artt. 8-quater e 8-quinquies, d.lgs. 502/1992.
- **Codice di comportamento** (doveri di imparzialità, regali/utilità, condotta nei rapporti esterni): d.P.R. 62/2013 (come modificato).
- **Linee guida ANAC** per i codici di comportamento negli enti del SSN (impostazione e aree tipiche di rischio).
- **Whistleblowing**: d.lgs. 24/2023 (tutele, canali, divieto di ritorsioni).

4. Principi operativi

- **Imparzialità e pari trattamento**: nessun canale privilegiato.
- **Tracciabilità**: "se non è tracciato, non esiste" (contatti, richieste, decisioni, motivazioni).
- **Separazione dei ruoli**: chi negozia/gestisce non deve essere lo stesso che controlla o valida, salvo necessità motivate e documentate.

- **Decisioni motivabili**: ogni scelta deve poter essere spiegata in modo sobrio e difendibile.
- **Centralità del paziente/Valore Pubblico**: accesso equo, appropriatezza, qualità, riduzione distorsioni e sprechi.

5. Regole comportamentali vincolanti

5.1 Contatti, incontri, interlocuzioni

- Ogni richiesta/rappresentazione del privato accreditato deve transitare **su canali istituzionali** (PEC, protocollo, ticket, mail funzionale) o essere **registrata** (verbale/nota interna).
- Gli incontri (anche "di cortesia") **non sono mai neutrali**: devono avere oggetto, partecipanti e sintesi esito.
- Vietato: accordi "a voce", anticipazioni di esiti, scorciatoie ("poi sistemiamo").

5.2 Conflitto di interessi (anche potenziale) e dovere di astensione

Se hai un interesse personale (familiari, rapporti economici, frequentazioni stabili, precedenti collaborazioni) con l'erogatore, **dichiari** e **ti astieni** da istruttoria/decisione/controllo.

Il conflitto potenziale **conta quanto** quello attuale: si gestisce prima, non dopo.

5.3 Regali, utilità, inviti, ospitalità

Non si chiedono né si accettano regali/utilità, sconti personali, favori, "corsie preferenziali", inviti non istituzionali.

Eventuali omaggi di cortesia (se previsti dal Codice aziendale) seguono la procedura di **registrazione e consegna** all'Amministrazione.

5.4 Prescrizioni, invii, orientamento dei pazienti

È vietato qualunque comportamento che **indirizzi** (direttamente o indirettamente) pazienti verso uno specifico privato accreditato per ragioni diverse da criteri clinici/organizzativi **oggettivi e documentabili**.

In caso di richiesta "consiglio su dove andare", si forniscono indicazioni **neutrali** (diritti del paziente, canali CUP/percorsi, informazioni pubbliche), evitando suggerimenti personalizzati su un singolo erogatore.

5.5 Controlli, verifiche, audit e vigilanza

I controlli devono essere programmati con criteri **ex ante** (rischio, volumi, anomalie) e non "a chiamata" su pressione esterna.

Durante le verifiche: niente comunicazioni informali, niente anticipazioni, niente "aggiustamenti" concordati fuori procedura.

Ogni interferenza/pressione ricevuta va **segnalata** al responsabile di linea e, se rilevante, al RPCT.

5.6 Flussi informativi, rendicontazioni, pagamenti

I dati che incidono su remunerazioni/riconoscimenti (flussi, verifiche, contestazioni, note di credito) vanno gestiti con: tracciabilità, segregazione compiti e controlli di coerenza.

È vietato condividere informazioni interne "sensibili" (programmi di controllo, esiti preliminari, orientamenti decisionali) con soggetti esterni non autorizzati.

5.7 Segnalazioni e tutela di chi segnala (*whistleblowing*)

Se vedi condotte anomale (pressioni, scambi di favori, alterazioni di controlli, indirizzamenti), usa i canali interni previsti: la disciplina tutela il segnalante e vieta ritorsioni.

6. Misure codificate

Codice	Prescrizione comportamentale (sintesi)	Rischio presidiato	Responsabile attuazione (minimo)	Evidenze/indicatori (esempi)
PACC-01	Tracciabilità delle interlocuzioni con privati accreditati	accordi informali / favoritismi	Dirigente/UO competente	% richieste protocollate; n. note/verbali
PACC-02	Registro/agenda incontri con esterni (oggetto, partecipanti, esito)	pressioni/relazioni opache	Tutti i responsabili di processo	n. incontri registrati; audit a campione
PACC-03	Regola "doppia firma" su atti sensibili (accordi, contestazioni, pagamenti)	manipolazioni/abusi	Direzione/Strutture competenti	doppia firma; *checklist* istruttoria
PACC-04	Dichiarazione e gestione COI + astensione	conflitto di interessi	Tutto il personale	n. COI dichiarati; n. astensioni
PACC-05	Divieto regali/utilità + procedura gestione omaggi	indebita utilità	Tutto il personale	registro omaggi; segnalazioni
PACC-06	Criteri oggettivi per programmazione controlli (*risk-based*)	controlli "pilotati"	Struttura controlli/vigilanza	piano controlli; motivazioni; esiti
PACC-07	Regole su informazioni sensibili (no anticipazioni / evitare fughe di notizie)	vantaggi indebiti	Tutti	incidenti/violazioni; audit accessi
PACC-08	Presidio anti-indirizzamento pazienti (comportamenti, comunicazioni)	distorsione accesso cure	Direzioni/UO sanitarie	reclami; segnalazioni; audit
PACC-09	Gestione reclami/contatti "commerciali" del privato: canali unici	pressione indebita	URP/uffici competenti	tempi risposta; tracciabilità
PACC-10	Audit su anomalie volumi/appropriatezza/rendicontazioni	frodi/irregolarità	Controllo di gestione/controlli	n. anomalie; recuperi; CAPA
PACC-11	Clausole di integrità nei contratti/accordi (trasparenza, controlli, recesso)	scarsa deterrenza	Ufficio legale/competenti	*check* contratti; clausole presenti
PACC-12	Canali *whistleblowing* attivi e conosciuti + tutela segnalante	sotto-segnalazione	RPCT / Gestore canale	n. accessi; formazione; tempi gestione

ASP DI AGRIGENTO – PTPCT 2026–2028

NORMA COMPORTAMENTALE

POST MORTEM E RAPPORTI CON IMPRESE FUNERARIE

1. Scopo

La presente Norma comportamentale definisce regole operative, verificabili e omogenee per prevenire e presidiare i rischi corruttivi e di *maladministration* connessi alla gestione del decesso (fase *post mortem*), all'accesso alle strutture (obitorio/camera mortuaria), alla comunicazione con familiari/*caregiver* e ai rapporti con imprese funebri e soggetti collegati.

La Norma tutela l'equità, la dignità del defunto e dei familiari, la reputazione dell'ASP e l'operatore che agisce correttamente.

2. Campo di applicazione

La Norma si applica a tutti i processi e attività connessi a:

- accertamento del decesso, certificazioni e adempimenti conseguenti (documentazione sanitaria e amministrativa correlata);
- custodia e gestione della salma, accessi e permanenza in obitorio/camera mortuaria e aree correlate;
- comunicazioni con familiari e terzi e gestione delle richieste di informazioni;
- rilascio di documentazione, consegna effetti personali e coordinamento logistico per il trasferimento;
- rapporti con imprese funebri, loro incaricati e intermediari; gestione di segnalazioni o pressioni indebite;
- utilizzo di sistemi informativi, accessi, log e tracciabilità delle operazioni.

3. Principi operativi

Nella gestione *post mortem* e nei rapporti con imprese funebri, l'ASP adotta e richiede il rispetto dei seguenti principi:

- **Dignità e rispetto**: tutelare la persona deceduta e i familiari, evitando qualunque mercificazione del dolore.
- **Imparzialità e neutralità**: l'ASP non favorisce alcuna impresa funebre o intermediario.
- **Tracciabilità**: decisioni, informazioni e accessi devono essere documentati e riconducibili a responsabilità chiare.

- **Separazione dei ruoli**: chi gestisce atti/certificazioni non intrattiene rapporti informali con soggetti interessati ai servizi funebri.
- **Trasparenza** verso i familiari: informazioni chiare, complete e uniformi, senza promesse improprie.

4. Regole comportamentali obbligatorie

4.1 Neutralità assoluta rispetto alle imprese funebri

- Vietato suggerire, indicare, raccomandare o "agevolare" una specifica impresa funebre (o intermediario), anche su richiesta dei familiari.
- Vietato fornire contatti "preferenziali" (numeri personali, biglietti da visita, recapiti non istituzionali) di imprese o soggetti terzi.
- Consentito esclusivamente fornire informazioni neutrali e standardizzate sui passaggi amministrativi e sui canali ufficiali, ribadendo che la scelta è libera.

4.2 Comunicazione con i familiari: empatia + regola

La comunicazione deve essere rispettosa, empatica e orientata a ridurre confusione e vulnerabilità. In queste circostanze è essenziale evitare scorciatoie, pressioni o "mediazioni" improprie.

4.3 Accessi in obitorio/camera mortuaria: regole e tracciabilità

- Accesso di personale esterno (inclusi incaricati di imprese funebri) solo secondo regole aziendali, in fasce orarie/aree consentite, con identificazione e registrazione.
- Vietato consentire accessi informali, fuori orario o non registrati.
- Vietata qualsiasi attività commerciale/promozionale all'interno di aree sanitarie (proselitismo, acquisizione clienti, contatti insistenti).

4.4 Documentazione e certificazioni: integrità e tempi

- Certificazioni e adempimenti devono essere corretti, completi e tempestivi, senza accelerazioni o ritardi "funzionali" a interessi esterni.
- Vietato alterare informazioni o tempi per favorire soggetti terzi.
- Ogni rilascio/consegna deve essere tracciato e, ove previsto, protocollato.

4.5 Regali, utilità e pressioni

- Vietato chiedere o accettare regali, utilità, denaro, ospitalità o vantaggi in relazione ad attività *post mortem*.
- Qualunque offerta indebita deve essere rifiutata e segnalata secondo canali interni.
- Pressioni insistenti (da imprese o intermediari) devono essere formalizzate e portate all'attenzione del Responsabile e del RPCT.

5. Regole specifiche per ruolo

5.1 Medici

- Garantire che accertamenti e certificazioni siano indipendenti, privi di condizionamenti e tracciati.
- Non interloquire con imprese funebri su contenuti clinici o tempi/atti; rinviare ogni richiesta ai canali ufficiali.
- Segnalare immediatamente tentativi di interferenza o richieste improprie.

5.2 Infermieri e personale di reparto/obitorio

- Applicare procedure su custodia, accessi e gestione della salma, assicurando registrazioni e controlli.
- Evitare contatti informali con incaricati esterni e impedire attività promozionali.
- Gestire con cura la consegna di effetti personali secondo regole e tracciabilità.

5.3 Amministrativi (front-office, URP, uffici competenti)

- Fornire informazioni standardizzate e neutrali; non indirizzare verso imprese specifiche.
- Gestire rilascio/trasmissione documenti con protocollazione e registrazione.
- Gestire segnalazioni e reclami con tracciabilità e tempi definiti.

5.4 Responsabili UOC/UOSD / Direzioni

- Definire e far rispettare regole su accessi, registri e comunicazione; assicurare controlli di prossimità.
- Intercettare situazioni anomale (pressioni, accessi non registrati, reclami ricorrenti) e attivare verifiche.
- Coordinare con RPCT e, se necessario, con UPD per profili disciplinari.

6. Condotte vietate (red flags)

È vietato, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- raccomandare o indicare una specifica impresa funebre/intermediario; consegnare biglietti da visita o contatti non istituzionali;
- consentire accessi non registrati o fuori regola a imprese/incaricati in aree sanitarie;
- permettere attività di acquisizione clienti dentro obitorio/camera mortuaria o reparti;
- ritardare o accelerare certificazioni/atti per favorire soggetti terzi;
- diffondere dati o informazioni su decessi a soggetti non legittimati;
- accettare utilità/regali o promesse di vantaggio, anche indirette, collegate al servizio;
- cedere credenziali o operare con credenziali altrui.

7. Indicatori di anomalia (campanelli d'allarme)

- presenza ricorrente della stessa impresa funebre in orari/luoghi non giustificati;
- accessi esterni non registrati o registrazioni "a posteriori";
- reclami su pressioni o suggerimenti ricevuti da personale ASP;
- richieste di informazioni su decessi provenienti da soggetti terzi non legittimati;
- tempi documentali anomali senza motivazione organizzativa;
- uso di numeri personali/chat per scambi informativi relativi a decessi.

8. Tabella operativa PTPCT

La tabella seguente supporta monitoraggio e rendicontazione nel PTPCT/PIAO.

Codice	Presidio / Regola	Responsabile primario	Coinvolti	Frequenza controllo	Indicatori	Evidenze
PMF-01	**Neutralità**: divieto di indirizzamento verso imprese funebri; comunicazione standard ai familiari	Direzione Sanitaria	Reparti, URP, Uffici competenti	Semestrale	n. reclami/episodi; esiti audit	note/verbali
PMF-02	**Gestione contatti esterni**: canali ufficiali; divieto contatti personali/chat; tracciabilità comunicazioni	Direttori UOC/UOSD	Tutto il personale	Trimestrale (*trigger*) / Semestrale	segnalazioni; anomalie	istruzioni; log
PMF-03	**Accessi in obitorio/camera mortuaria**: identificazione, registrazione, fasce orarie; divieto attività commerciale	Resp. struttura	Vigilanza/Portineria, Reparti	Mensile	n. accessi; n. non conformità	registro accessi
PMF-04	**Protezione dati**: divieto diffusione info su decessi; minimizzazione e autorizzazioni	DPO/ Privacy + DS	Uffici, URP, ICT	Semestrale	incidenti *privacy*; richieste improprie	registro incidenti
PMF-05	**Certificazioni/atti**: integrità, completezza e tempi; tracciabilità rilascio e protocollazione ove previsto	Direttore UO	Medici, amministrativi	Trimestrale	tempi medi; *outlier*	fascicoli; *checklist*
PMF-06	**Consegna effetti personali**: regole, doppia verifica, ricevute e tracciabilità	Direttore UO / Coord.	Infermieri, amministrativi	Mensile	contestazioni; NC	ricevute; registro

PMF-07	**Presidio anti-pressioni**: gestione offerte indebite/sollecitazioni; escalation a Responsabile e RPCT	RPCT	Direzioni, UPD, URP	Continuo + report semestrale	n. segnalazioni; tempi gestione	fascicoli; report
PMF-08	**Registro episodi critici**: pressioni, accessi impropri, reclami (*trend* e ripetitività)	Direzione Sanitaria	URP, UO, RPCT	Semestrale	*trend* episodi; soggetti ricorrenti	registro; verbali
PMF-09	**Audit** *risk-based* su accessi, atti e reclami (2° livello) con CAPA	RPCT	DS, ICT, UO	Semestrale + trigger	anomalie riscontrate; CAPA	verbali audit
PMF-10	**Formazione** e presa visione vademecum (incl. comunicazione empatica e gestione pressioni)	UOC RU/Formazione	Tutto il personale	Annuale	% formati; % presa visione	registri; attestazioni

9. Segnalazioni, tutela e non conformità

In presenza di pressioni, offerte indebite, accessi impropri, richieste di informazioni non legittime o qualunque condotta anomala, l'operatore attiva senza ritardo i canali interni (Responsabile di struttura e, ove opportuno, RPCT), documentando i fatti in modo sobrio e puntuale. La segnalazione in buona fede è tutela dell'operatore e dell'ASP; è vietata ogni forma di ritorsione.

Canali e riferimenti interni: [DA COMPILARE].

10. Richiamo alle conseguenze

La violazione della presente Norma può integrare illecito disciplinare e, nei casi previsti, responsabilità ulteriori. Il richiamo non ha finalità punitiva: serve a proteggere la correttezza, la fiducia dei cittadini e il personale che opera nel rispetto delle regole.

PROMEMORIA OPERATIVO – 10 regole d'oro

1) Non suggerire mai un'impresa funebre: la scelta è libera e personale.
2) Fornisci informazioni standard e neutrali: indica solo canali ufficiali e documenti necessari.
3) Nessun contatto personale (WhatsApp/telefono privato) per gestire richieste *post mortem*.
4) Accessi in obitorio/camera mortuaria: solo se autorizzati e registrati.
5) Zero attività commerciale nelle aree sanitarie: proselitismo vietato.
6) Certificazioni e atti: corretti, completi, tempestivi — mai "aggiustati".
7) Dati e informazioni sui decessi: solo a soggetti legittimati e con minimizzazione.
8) Regali/utilità/pressioni: rifiuta e segnala.
9) Se qualcosa non torna, documenta e avvisa il Responsabile/RPCT.
10) La tracciabilità è la tua tutela: lascia sempre traccia corretta.

ASP DI AGRIGENTO - PTPCT 2026-2028

NORMA COMPORTAMENTALE

Gestione delle Liste d'Attesa, Agende e Priorità di Accesso

Destinatari: Medici, infermieri, personale amministrativo (CUP/front-office), personale sanitario e tecnico coinvolto nei percorsi di prenotazione/erogazione/prestazione.

1. Scopo

La presente Norma comportamentale definisce regole pratiche e verificabili per garantire equità di accesso, appropriatezza e priorità clinica, prevenire corsie preferenziali, pressioni indebite, alterazioni delle agende e fenomeni di 'liste parallele', assicurando tracciabilità e motivazione delle scelte a tutela dell'operatore e dell'Azienda.

2. Campo di applicazione

- prescrizione/indicazione di prestazioni e definizione della priorità;
- prenotazione (CUP e canali aziendali), gestione agende e slot;
- variazioni di agenda (aperture/chiusure, spostamenti, overbooking, recuperi);
- disdette/no-show, recuperi e riprogrammazioni;
- comunicazioni con utenti/pazienti e soggetti esterni (anche via canali informali);
- accessi ai sistemi e gestione credenziali/log.

3. Principi operativi

- Priorità clinica prima di tutto: l'urgenza è una responsabilità clinica, non un favore.
- Un solo canale valido: prenotazioni e modifiche solo attraverso sistemi/canali aziendali tracciati.
- Ogni eccezione deve lasciare traccia: motivazione e autorizzazione ove prevista.
- Trasparenza verso il cittadino: spiegare criteri e tempi riduce conflitti e pressioni.
- Protezione dell'operatore: la tracciabilità è tutela professionale.

4. Regole comportamentali obbligatorie

4.1 Canali e tracciabilità

E' obbligatorio usare esclusivamente CUP/sistemi aziendali e procedure interne per prenotare o modificare appuntamenti.

È vietato gestire prenotazioni tramite contatti diretti (telefono personale, WhatsApp, appunti, *email* non istituzionali o canali non tracciati).

Ogni modifica rilevante (slot, agenda, priorità, spostamento) deve essere tracciata nel sistema e nel fascicolo operativo ove previsto.

4.2 Pressioni e richieste improprie

Qualsiasi richiesta di 'salto fila' va respinta con fermezza e rispetto.

Se la pressione è insistente o proviene da soggetti interni/esterni qualificati, l'operatore:

1. mantiene la comunicazione su criteri oggettivi;
2. informa il Responsabile di struttura;
3. se necessario, attiva RPCT secondo canali interni.

4.3 Credenziali e sistemi

Credenziali personali, non cedibili. Vietato operare 'a nome di altri'.

Vietato alterare o cancellare log o effettuare accessi non necessari al proprio profilo.

5. Regole specifiche per ruolo

5.1 Medici (prescrittori/specialisti/ambulatori)

- La priorità va assegnata su base clinica secondo criteri aziendali/normativi adottati: mai per conoscenze, pressioni o utilità.
- Le riclassificazioni devono essere motivate in documentazione clinica secondo procedure.
- È vietato indirizzare il paziente a canali alternativi per accelerare (inclusi canali privati o non tracciati).
- Richieste esterne ripetute: applicare standard comunicativo e informare il responsabile.

5.2 Infermieri/personale ambulatoriale

- Vietato gestire accessi o anticipi tramite accordi informali o liste interne non autorizzate.
- Ogni anticipo/spostamento deve risultare nel sistema e rispettare regole (priorità, disponibilità, ordine).
- Le urgenze si gestiscono con percorso e autorizzazione previsti, non con scorciatoie.

5.3 Amministrativi (CUP/front-office/URP)

- Prenotazioni, spostamenti e liste di richiamo: solo su sistema.
- Vietato creare liste parallele (file personali, quaderni, appunti) o gestire slot nascosti.
- Gestire reclami e richieste difficili con script condivisi; niente promesse non verificabili.
- Se l'utente propone utilità o pressioni: rifiuto e segnalazione al responsabile (e, se del caso, RPCT).

5.4 Responsabili UOC/UOSD/Dipartimenti/Direzione Sanitaria

- Assicurare regole uniformi su gestione agende, recuperi, aperture straordinarie e monitoraggio.
- Autorizzare le eccezioni (quando previsto) con tracciabilità e motivazione.
- Attivare verifiche su anomalie: urgenze anomale, cancellazioni ripetute, spostamenti seriali, accessi fuori orario.

6. Condotte vietate (red flags)

È vietato:

1) saltare l'ordine di prenotazione senza motivazione clinica/organizzativa tracciata;
2) creare o usare liste parallele o agende informali;
3) riservare slot per soggetti segnalati o canali preferenziali;
4) modificare la priorita' senza evidenza/motivazione clinica;
5) suggerire o favorire percorsi non tracciati o indebiti per anticipare;
6) accettare o sollecitare utilita'/regali collegati a anticipi/priorita';
7) usare credenziali altrui o chiedere ad altri di effettuare modifiche per conto proprio

7. Indicatori di anomalia

1) alta percentuale di 'urgenze' rispetto alla media della struttura o del singolo prescrittore;
2) numerose modifiche agenda a ridosso dell'appuntamento;
3) spostamenti ripetuti sempre a vantaggio di specifici nominativi;
4) accessi ai sistemi fuori orario o con pattern atipici;
5) aperture straordinarie ricorrenti non motivate;
6) reclami su favoritismi o anticipi 'su richiesta'.

8. Misure LDA - Tabella operativa

**LDA: Liste di Attesa*

Codice	Presidio/Regola	Responsabile primario	Coinvolti	Frequenza controllo	Indicatori	Evidenze
LDA-01	Unicità canale e tracciabilità (solo CUP/sistemi)	Direzione Sanitaria	CUP, UO eroganti, ICT	Mensile	% prestazioni con prenotazione tracciata; n. eccezioni	log CUP/agenda; report estrazioni
LDA-02	Regole priorità e riclassificazioni motivate	Direttori UOC/UOSD	Medici, coordinatori	Trimestrale	tasso 'urgenze' per UO/prescrittore; *outlier*	audit campione prescrizioni; verbali
LDA-03	Variazioni agenda autorizzate e motivate	Direttore UO	Segreterie, CUP	Mensile	n. chiusure/aperture; spostamenti seriali	richiesta/approvazione; *log* modifiche
LDA-04	Divieto liste parallele / controlli di prossimità	Direttore UO	Tutto il personale	Trimestrale	segnalazioni; riscontri in audit	verbali controlli; attestazioni
LDA-05	Gestione disdette/*no-show* trasparente	Responsabile CUP/*Front-office*	UO, URP	Mensile	tasso no-show; % riutilizzo slot	report no-show; criteri richiamo
LDA-06	*Script* comunicazione e gestione pressioni	URP + Direttori UO	CUP, personale sanitario	Semestrale	reclami qualificati; escalation	log URP; note di servizio
LDA-07	Segregazione accessi e ruoli ITC (profilazione)	ITC	RU, Direzioni	Semestrale	accessi anomali; utenze condivise	profili, log, audit accessi

Codice	Presidio/Regola	Responsabile primario	Coinvolti	Frequenza controllo	Indicatori	Evidenze
LDA-08	Audit *risk-based* su anomalie	RPCT (2° livello)	DS, ICT, UO	Semestrale + trigger	n. anomalie riscontrate; tempi chiusura azioni	verbali audit; CAPA
LDA-09	Formazione e presa visione vademecum	RU/Formazione	Tutto personale	Annuale	% formati; % prese visioni	registro formazione; attestazioni
LDA-10	Segnalazioni e tutela segnalante	RPCT	UPD, URP	Continuo	n. segnalazioni; esiti	fascicoli; report sintetici

9. Segnalazioni, non conformità e tutela

- In presenza di comportamenti o pressioni improprie: segnalare al responsabile e, se opportuno, al RPCT tramite canali interni.
- È vietata ogni forma di ritorsione verso chi segnala in buona fede.
- Le non conformità generano azioni correttive (CAPA): aggiornamento procedure, formazione, ricalibrazione accessi, controlli mirati.

10. Richiamo alle conseguenze

La violazione della presente Norma può integrare illecito disciplinare (secondo CCNL e UPD) e, nei casi previsti, responsabilità amministrativa/contabile e penale. Il richiamo ha funzione di tutela della correttezza, dell'operatore e dell'ASP.

PROMEMORIA OPERATIVO - LISTE D'ATTESA

1. Prenoto e modifico solo su sistemi aziendali.

2. Niente appunti, chat, liste personali, scorciatoie.

3. La priorità è clinica, non relazionale.

4. Ogni eccezione = motivazione + tracciabilità.

5. Pressioni? Rispondo con calma: criteri uguali per tutti.

6. Mai usare credenziali altrui / mai far fare ad altri.

7. No regali/utilità: anche 'piccoli', se collegati all'accesso.

8. Le agende non si 'aggiustano': si governano con regole.

9. Se vedo qualcosa di storto: segnalo (responsabile/RPCT).

10. La trasparenza protegge: me, il paziente, l'ASP.

ALLEGATO ALPI
Misure anticorruzione e integrità per ALPI

Parte integrante del PTPCT 2026–2028 – ASP di Agrigento

1. Obiettivo di controllo

Assicurare tracciabilità end-to-end, separazione tra attività istituzionale e ALPI, assenza di corsie preferenziali, integrità di agenda e incassi, tutela dell'operatore e del cittadino. Le misure sono operative, verificabili e monitorabili mediante indicatori ed evidenze documentali.

2. Strutture coinvolte

- Direzione Sanitaria;
- Direzione Amministrativa;
- Ufficio/Unità ALPI;
- CUP/Agende;
- Controllo di Gestione;
- Bilancio/Contabilità;
- Sistemi Informativi;
- URP;
- Responsabili UO/UOC;
- RPCT;
- UPD.

1) ALPI – Matrice misure (codifica, responsabilità, indicatori, frequenze, evidenze)

Legenda frequenze: G = giornaliera; S = settimanale; M = mensile; T = trimestrale; SM = semestrale; A = annuale.

Codice	Misura (presidio)	Owner	Supporto	Indicatore (KPI/KRI)	Frequenza	Evidenze/Tracce verificabili
ALPI-01	Canale unico di prenotazione: tutte le ALPI prenotate solo su CUP/agenda aziendale (no liste informali, no canali personali).	Ufficio ALPI / CUP	Sistemi Informativi; Direzioni; Responsabili UO/UOC	% prenotazioni ALPI da canale ufficiale (=100% atteso); n. anomalie "fuori sistema"	G/S (alert) + M (report)	Report CUP/agenda; log inserimenti/ modifiche; elenco eccezioni e motivazioni
ALPI-02	Integrità agenda: regole su creazione slot, spostamenti, cancellazioni; tracciamento e motivazione obbligatoria.	Sistemi Informativi	Ufficio ALPI; Responsabili UO/UOC	n. spostamenti/cancellazioni per professionista; % modifiche con motivazione; n. modifiche retroattive	S + M	Log applicativo; estrazioni *audit-trail*; verbali verifiche
ALPI-03	Tracciabilità prestazione-referto-incasso: chiusura prestazione solo se registrata e riconciliabile.	Ufficio ALPI	Contabilità; Controllo di Gestione; Sistemi Informativi	n. prestazioni erogate senza incasso tracciato; tempo medio riconciliazione	G (alert) + M	Report prestazioni vs incassi; riconciliazioni; liste sospese
ALPI-04	Pagamenti solo tracciabili (canali aziendali); divieto di incasso diretto.	Contabilità /Bilancio	Ufficio ALPI; CUP; Direzioni	% incassi ALPI tracciati (=100%); n. segnalazioni su pagamenti informali	G (alert) + M	Estratti contabili; POS/pagoPA (se applicabile); ricevute; registri incassi
ALPI-05	Separazione operativa istituzionale/ALPI: orari, spazi, risorse, personale di supporto secondo autorizzazioni.	Direzione Sanitaria	Responsabili UO/UOC; Ufficio ALPI	n. non conformità su spazi/orari/risorse; n. prestazioni fuori sede/orario non autorizzate	M + T	Piani utilizzo spazi; ordini di servizio; autorizzazioni; *checklist* sopralluoghi

Codice	Misura (presidio)	Owner	Supporto	Indicatore (KPI/KRI)	Frequenza	Evidenze/Tracce verificabili
ALPI-06	Informazione trasparente al cittadino: standard informativi (diritti, differenze, canali, tariffe) e divieto di induzione.	URP	Direzioni; Responsabili UO/UOC	n. reclami/*feedback* su invito all'ALPI; % disponibilità informativa aggiornata	M + T	Materiali informativi; pagine web; moduli; registro reclami/URP
ALPI-07	Prevenzione corsia preferenziale: controlli su prestazioni sensibili e correlazione con tempi di attesa istituzionali.	Controllo di Gestione	Direzioni; Ufficio ALPI	Delta tempi istituzionale vs ALPI per prestazioni sensibili; *trend* volumi ALPI su aree con attese elevate	T	Report tempi attesa; cruscotti; analisi scostamenti; note istruttorie
ALPI-08	Regole su supporto infermieristico/tecnico: assegnazioni tracciate e divieto di richiesta informale.	Responsabili UO/UOC	Direzione Sanitaria; HR	n. impieghi non tracciati; n. segnalazioni di pressione su personale	M	Turni/ordini di servizio; registri presenze; verbali colloqui
ALPI-09	Gestione conflitti di interesse: dichiarazioni, aggiornamenti, misure di mitigazione (anche potenziale).	HR / Affari Generali	RPCT; Direzioni	% dichiarazioni aggiornate; n. conflitti gestiti con misure; n. omissioni rilevate	A + evento	Moduli COI; fascicoli; provvedimenti di gestione/astensione
ALPI-10	Audit tematici ALPI (a campione e mirati su alert): agenda, incassi, risorse, reclami.	RPCT	Controllo di Gestione; Contabilità; Direzioni; Sistemi Informativi	n. audit svolti; % rilievi chiusi; tempo chiusura CAPA	T + SM	Verbali audit; check list; piani CAPA; follow-up

Codice	Misura (presidio)	Owner	Supporto	Indicatore (KPI/KRI)	Frequenza	Evidenze/Tracce verificabili
ALPI-11	Gestione eccezioni: ogni deroga (esigenze cliniche/organizzative) deve essere autorizzata e motivata.	Direzioni	Ufficio ALPI; Responsabili UO/UOC	n. eccezioni; % eccezioni con autorizzazione; n. eccezioni reiterate	M	Registro eccezioni; autorizzazioni; motivazioni; evidenze cliniche/organizzative
ALPI-12	*Whistleblowing* e protezione segnalante: canale attivo e istruttorie tempestive su ALPI.	RPCT	Ufficio procedimenti disciplinari (se presente); Direzioni	n. segnalazioni; tempo presa in carico; esiti	T	Registro istruttorie (riservato); protocolli; esiti e misure adottate
ALPI-13	Formazione mirata ALPI senza zone grigie (micro-moduli + casi pratici) e partecipazione.	RPCT / Formazione	Direzioni; Responsabili UO/UOC	% completamento; test apprendimento; n. richieste chiarimento	A + partecipazione	Registri formazione; attestati; materiali; *Q&A*
ALPI-14	Misure correttive e disciplinari: criteri oggettivi di intervento (warning, sospensione slot, revoca autorizzazioni, atti disciplinari).	Direzioni	RPCT; HR; Ufficio ALPI	n. provvedimenti; riduzione recidive; miglioramento KPI post-intervento	Evento + T	Provvedimenti; comunicazioni; piani correttivi; monitoraggi post

2) Regole di escalation (anomalie e non conformità)

a) **Trigger tipici**: prestazione senza incasso tracciato; prenotazione fuori sistema; modifiche agenda non motivate; reclami per induzione; uso risorse non autorizzato.

b) **Blocco tecnico/organizzativo della criticità** (es. sospensione slot/chiusura prestazione in attesa di regolarizzazione).

c) **Istruttoria breve con raccolta evidenze** (log, estratti contabili, agenda, autorizzazioni).

d) **Classificazione esito**: errore procedurale / carenza di presidio / condotta non conforme.

e) **CAPA** (azione correttiva e preventiva) con responsabile e scadenza.

f) Se necessario: attivazione RPCT / UPD / Direzioni per profili disciplinari o ulteriori verifiche.

3) Set minimo di reportistica

- Report mensile ALPI: volumi, incassi, riconciliazioni, anomalie agenda, eccezioni, reclami.
- Verbali audit (trimestrali o semestrali) con campioni, rilievi e follow-up.

PROMEMORIA OPERATIVO – ALPI

10 REGOLE CHIARE

Contatti operativi: Ufficio ALPI | CUP/Agende | RPCT/Segnalazioni

1) Prenota solo su canali aziendali (CUP/agenda).

2) Mai agende personali o liste informali.

3) Ogni modifica agenda deve avere motivo e lasciare traccia.

4) Pagamenti solo tracciabili e aziendali: niente contanti, niente accordi.

5) Prestazione = prenotazione + referto + incasso (coerenti tra loro).

6) Risorse, spazi, orari e personale solo se autorizzati e tracciati.

7) Informazione corretta al cittadino: nessuna pressione verso ALPI.

8) Zero scorciatoie: l'istituzionale non si sposta per fare posto all'ALPI.

9) Se vedi un'anomalia, segnala subito: è tutela, non conflitto.

10) Chiedi chiarimenti: le zone grigie sono il problema, non le domande.

7 cose vietate (sempre)

1) Prenotazioni via messaggi/telefonate personali.
2) Slot creati a mano senza regole o ex post.
3) Pagamenti diretti al professionista o fuori procedura.
4) Induzione: "Se vuole presto, faccia ALPI".
5) Uso di spazi/materiali/personale non autorizzati.
6) Spostare visite istituzionali senza motivi oggettivi.
7) Intermediari o corsie non trasparenti.

4 segnali di rischio (red flags)

1) Prestazione erogata senza incasso tracciato.
2) Troppe cancellazioni/spostamenti non motivati.
3) Reclami su inviti all'ALPI.
4) Picchi ALPI su prestazioni con grandi attese in istituzionale.

Scheda registro rischi corruttivi - Dipartimento amministrativo aziendale

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	**Governance / deleghe**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Deleghe e poteri di firma (impegni/pagamenti/atti) sono formalizzati, aggiornati e rispettati anche in assenza/sostituzioni? Focus: Intercetta il rischio "firma facile": atti/pagamenti autorizzati fuori soglia o da soggetti non legittimati, soprattutto in urgenza o in assenza del titolare.	ORG: • Deleghe non aggiornate, non formalizzate o non allineate a organigramma reale • Sostituzioni "di fatto" senza formalizzazione • Soglie poco chiare per impegni/pagamenti/variazioni • Controllo ex post saltuario sulle firme/atti	**[Evidenze/presidi emersi:** 1.Deleghe esistenti e formalizzate 2. Workflow cartaceo 3. Pressioni assenti e controllo avviene anche sui dipendenti addetti ai processi **[Gap principali:**	**X L** **☐ M** **☐ H**	Processo presidiato	**X L** **☐ M** **☐ H**	**☐ Alta** **☐ Media** **X Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio; implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				TECH: • Workflow autorizzativi non vincolanti (bypass possibili) • Assenza di tracciatura completa: chi / quando / motivo • Profilazioni non coerenti con deleghe • Mancanza alert su soglie superate/doppie firme REL: • Pressioni per "sbloccare" pratiche/pagamenti • Relazioni personali che condizionano priorità • Cultura del "poi sistemiamo" nelle urgenze	Gestionale organizzativo tecnologico non presente; tracciatura evinta da albo pretorio online; non presente sistema alert.					

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo attuale (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
2	**Controlli / segregazione**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Nel ciclo passivo è garantita la segregazione minima tra chi richiede, chi autorizza, chi registra e chi dispone il pagamento? Focus: Domanda sulla separazione dei poteri: se la stessa filiera controlla tutto, aumentano pagamenti indebiti, duplicazioni, favoritismi.	ORG: • Ruoli sovrapposti per carenza personale/urgenze • Mancanza di secondo livello su operazioni critiche • Procedure scritte ma disapplicate nelle eccezioni • Controlli a campione non strutturati TECH: • Profili applicativi troppo "ampi" • Possibilità di creare/modificare fornitore e disporre pagamento • Log non consultati o non conservati adeguatamente REL: • Pressioni interne per accelerare	[Evidenze/presidi emersi: segregazione funzioni chiara. [Gap principali: ORG: controllo unico e non di secondo livello; TECH: tracciabilità presente ma cartacea	**X L** **☐ M** **☐ H**	Processo presidiato	**X L** **☐ M** **☐ H**	**☐ Alta** **☐ Media** **X Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio; implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				pratiche "sensibili" • Rapporti consolidati con alcuni fornitori • Tolleranza verso scorciatoie operative						
3	**Eccezioni / urgenze**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Le urgenze (acquisti/pagamenti/atti) hanno un canale tracciato con motivazione, autorizzazione e verifica ex post? Focus: Intercetta il rischio tipico: l'urgenza diventa regola e spezza programmazione e controlli (affidamenti	ORG: • Criteri di urgenza vaghi o non formalizzati • Mancanza di registro urgenze e controlli ex post • Assenza di responsabilità chiare (owner dell'urgenza) • Deroghe frequenti senza rientro a regime TECH: • Nessun flag	[Evidenze/presidi emersi: Processo presidiato [Gap principali: no registro urgenze. TECH: gestionale non presente	**X L** **☐ M** **☐ H**	Processo presidiato	**X L** **☐ M** **☐ H**	**☐ Alta** **☐ Media** **X Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio: Si suggerisce predisposizione del registro delle urgenze

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			ripetuti, pagamenti "spinti", sanatorie).	"urgenza" nei sistemi • Documentazione allegata non obbligatoria nel workflow • Report urgenze non generabile automaticamente REL: • Pressioni da reparti/vertici per "fare subito" • Aspettative dei fornitori su corsie preferenziali • Conflitti tra uffici che portano a scavalchi						
4	**Programmazione / budget**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Programmazione acquisti e budget: gli impegni di spesa nascono da fabbisogni pianificati e monitorati (scostamenti, extra-budget, motivazioni)?	ORG: • Programmazione non aggiornata durante l'anno • Scostamenti non governati (assenza di regole) • Struttura budget	[Evidenze/presidi emersi: Processo presidiato [Gap principali: Proroghe procedure	**X L** **☐ M** **☐ H**	Processo presidiato parzialmente, con stretto riferimento alle proroghe delle	**X L** **☐ M** **☐ H**	**☐ Alta** **☐ Media** **X Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio, implementazione delle attività di controllo sulla ripetitività delle proroghe di

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			Focus: Se il budget è solo formale: spesa fuori controllo, frammentazione affidamenti, scostamenti non spiegati, priorità discrezionali.	non operativa o episodica • Monitoraggi non periodici o solo "a richiesta" TECH: • Mancanza dashboard su impegni/ordini/consuntivi • Dati non integrati tra contabilità e acquisti • Report prodotti manualmente (rischio errori/manipolazioni) REL: • Pressioni per favorire alcune linee di spesa • "Promesse" informali a fornitori prima degli atti • Conflittualità tra	di gara Mancato dialogo con CUC e rallentamento procedure di programmazione.		procedure di gara.			gara; necessità di implementazione tecnologica.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				strutture su risorse scarse						
5	**Controllo regolarità**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Esiste un controllo di regolarità amministrativo-contabile (ex ante/ex post) con criteri, campionamento e tracciamento degli esiti? Focus: Misura se i controlli sono sistemici o "a sentimento": senza tracciamento esiti, errori/frodi si ripetono e non si apprende.	ORG: • Controlli non formalizzati o non periodici • Campionamento non motivato • Esiti non comunicati né seguiti da azioni correttive • Mancanza escalation su anomalie ricorrenti TECH: • Nessun repository strutturato degli esiti • Assenza ticketing/gestione non conformità • Log/estrazioni dati non standardizzate REL: • "Non si contesta"	[Evidenze/presidi emersi: Controllo ex ante. Processo presidiato [Gap principali: TECH: Nessun repository strutturato degli esiti e si riproporrà su tutti i profili tecnologici.	**X L** **☐ M** **☐ H**	Processo presidiato	**X L** **☐ M** **☐ H**	**☐ Alta** **☐ Media** **X Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio; implementazione tecnologica necessaria

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				per evitare conflitti interni • Paura di responsabilità → si preferisce non tracciare • Pressioni a chiudere rapidamente senza approfondire						
6	**Anagrafich e fornitori**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Chi può creare/modificare anagrafiche fornitori/IBAN e quali controlli impediscono cambi impropri o "last minute"? Focus: Domanda antifrode: l'anagrafica è dove si "dirotta" il pagamento. Si cercano controlli su variazioni IBAN, validazioni e alert.	ORG: • Un solo ufficio/persona con poteri pieni • Assenza di doppia verifica su variazioni IBAN • Procedura debole per richieste di cambio dati • Controlli solo a posteriori, senza blocchi preventivi TECH: • (da compilare) REL:	[Evidenze/presidi emersi: disposizione di servizio dedicata Direttiva di struttura per individuazione soggetti che hanno pari poteri.	**X L** **☐ M** **☐ H**	Processo presidiato	**X L** **☐ M** **☐ H**	**☐ Alta** **☐ Media** **X Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio; implementazione dell'aspetto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Richieste insistenti da fornitori/intermediari • Relazioni personali che spingono eccezioni • Cultura del "mi fido, lo conosco" sui dati bancari						
7	**Fatture / liquidazione**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Liquidazione fatture: esiste una regola chiara e rispettata di matching (contratto/ordine/attestazione prestazione) prima del pagamento? Focus: Intercetta pagamenti senza titolo o con titolo debole: prestazioni non rese, prezzi/quantità non coerenti, duplicazioni, note credito gestite male.	ORG: • Attestazione prestazione non standard (chi firma cosa) • Deroghe frequenti al matching per "urgenza" • Verifiche prezzi/quantità non presidiate • Note credito/non conformità gestite fuori processo TECH: • (da compilare)	[Evidenze/presidi emersi: regolamento presente	**X L** **☐ M** **☐ H**	Processo presidiato	**X L** **☐ M** **☐ H**	**☐ Alta** **☐ Media** **X Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				REL: • Pressioni per chiudere liquidazioni "entro fine mese" • Fornitori che spingono pagamenti anticipati • Collusione su attestazioni "di comodo"						
8	**Pagamenti / tesoreria**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Disposizione pagamenti: è prevista una doppia autorizzazione e una riconciliazione periodica con tesoreria, con gestione strutturata degli scarti? Focus: Senza riconciliazioni si perdono: pagamenti duplicati, mandati anomali, sospesi, errori.	ORG: • Doppia firma non effettiva (stessa filiera/ufficio) • Riconciliazioni non periodiche o non documentate • Scarti gestiti "via mail" senza tracciamento • Mancanza check su liste pagamenti prima dell'invio TECH: • (da compilare)	[Evidenze/presidi emersi: riconciliazione quasi immediata e tutto tracciato con riconoscimento e motivazioni business way con banca. Repository cloud con banca	**X L** **☐ M** **☐ H**	Processo presidiato	**X L** **☐ M** **☐ H**	**☐ Alta** **☐ Media** **X Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				REL: • Pressioni per pagare alcuni fornitori prima di altri • Interferenze su priorità (pagamenti "politici") • Conflitti con tesoreria che riducono controlli effettivi						
9	**Sospesi / pignoramenti**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A:	Quesito: Gestite con procedura unica e tracciata sospesi, pignoramenti, cessioni del credito e compensazioni, con autorizzazioni e verifiche? Focus: Punto ad altissimo rischio: senza regole e tracciabilità si generano pagamenti errati, contenziosi e	ORG: • Assenza di unità responsabile e ruoli chiari • Decisioni caso-per-caso senza criteri • Documentazione legale/amministrativa non standard • Verifiche non formalizzate prima dell'esecuzione TECH: • Scadenziari e	[Evidenze/presidi emersi: Procedura gestione flussi e tracciati [Gap principali: ¾ delibere anno per azioni esecutive Prassi non procedura; viene valutato solo	**X L** **☐ M** **☐ H**	Processo presidiato	**X L** **☐ M** **☐ H**	**☐ Alta** **☐ Media** **X Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			spazio per decisioni discrezionali.	tracking non strutturati (Excel locali) • Nessun registro elettronico auditabile • Alert scadenze/impatti non disponibili REL: • Pressioni esterne (creditori/legali/fornitori) intense • Rischio collusione su interpretazioni/"corsie" • Conflittualità interna tra uffici (legale/contabilità/tesoreria)	indice di tempestività dei pagamenti					
10	**Economato / cassa**	Esito: X Si ☐ Parziale	Quesito: Cassa economale: limiti, autorizzazioni, rendicontazione e controlli a sorpresa	ORG: • Limiti spesa non rispettati o aggirabili • Rendiconti tardivi/non verificati	[Evidenze/presidi emersi: non più contante e limite 500€ ad acquisto	**X L** **☐ M** **☐ H**	Processo presidiato	**X L** **☐ M** **☐ H**	**☐ Alta** **☐ Media** **X Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio; implementazione dell'impianto tecnologico;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ No ☐ N.A.	sono applicati realmente? Focus: Valuta se contante/piccole spese sono governati o zona grigia (frazionamenti, scontrini, acquisti ricorrenti fuori iter).	• Controlli a campione assenti o prevedibili • Frazionamento per evitare iter ordinari TECH: • Gestionale REL: • Registro economale non informatizzato o non blindato • Allegati non obbligatori (scontrini/giustificativi) • Report ricorrenze/frazionamenti non disponibili	[Gap principali: Registro economale non informatizzato ma tutto giustificato; controllo personale e manuale e regolamento non aggiornato					
11	**Patrimonio / inventario**	Esito: X Sì ☐ Parziale	Quesito: Inventario cespiti: avete un processo stabile per acquisizione, assegnazione,	ORG: • Ruoli non chiari tra consegnatari/uffici • Inventario aggiornato solo "a	[Evidenze/presidi emersi: inventario fisico	☐ **L** X **M** ☐ **H**	Processo parzialmente presidiato	X **L** ☐ **M** ☐ **H**	☐ **Alta** **X Media** ☐ **Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico; Formazione specifica per la

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ No ☐ N.A.	trasferimento, dismissione e verifiche fisiche? Focus: Rischio: beni "spariti", dismissioni opache, assegnazioni non tracciate, acquisti non necessari. Misura governance end-to-end del patrimonio.	fine anno" • Verifiche fisiche rare o non documentate • Dismissioni senza criteri e tracciabilità decisionale TECH: • Sistema inventariale non integrato con contabilità/acquisti • Modifiche non tracciate (assenza log) • Assenza barcode/etichette/gestione movimenti REL: • Pressioni per assegnazioni "personali" di beni • Rischio collusione in dismissioni/permute • Bassa cultura del	ricognizione straordinaria su beni mobili; inventari rotativi e controllo/verifica fisica; riconciliazione bilancio regolamento consegnatario nessuna assegnazione [Gap principali: comprendere la responsabilità del consegnatario in struttura					individuazione del consegnatario.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				bene pubblico come "bene comune"						
12	**Patrimonio immobiliare**	Esito: ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Canoni, concessioni, locazioni e utenze: c'è uno scadenziario unico con verifiche su incassi, morosità, adeguamenti e atti autorizzativi? Focus: Intercetta perdite economiche e favoritismi: canoni non aggiornati, morosità tollerate, proroghe silenziose, utenze anomale.	ORG: • Scadenziario frammentato per uffici • Morosità gestite senza escalation • Atti autorizzativi non standardizzati • Mancanza controlli periodici su adeguamenti/indicizzazioni TECH: • Dati immobili/contratti non centralizzati • Report incassi/morosità non disponibili automaticamente	Nessuno	☐ **L** X **M** ☐ **H**	Processo parzialmente presidiato	X **L** ☐ **M** ☐ **H**	☐ **Alta** **X Media** ☐ **Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio ed implementazione di formazione valoriale.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Documenti contrattuali non versionati / non tracciati REL: • Pressioni esterne (concessionari/associazioni) per eccezioni • Relazioni territoriali che condizionano decisioni • Conflitti d'interesse non rilevati su concessioni						
13	**Ciclo attivo**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Fatturazione e contabilizzazione ricavi (ticket, prestazioni, mobilità, rimborsi): esistono riconciliazioni periodiche e gestione scarti? Focus: Rischio: ricavi non incassati/non registrati, scarti non	ORG: • Responsabilità frammentate senza regia • Riconciliazioni non calendarizzate • Scarti gestiti senza procedure/tempi standard • Mancanza regole su rettifiche/storni	Nessuno	☐ **L** **X M** ☐ **H**	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ **M** ☐ **H**	☐ **Alta** **X Media** ☐ **Bassa**	(Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio ed implementazione di formazione valoriale.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			gestiti, squilibri contabili e "buchi" di processo tra sistemi.	TECH: • Integrazioni deboli tra sistemi (CUP/contabilità) • Tracciatura incompleta scarti e rettifiche • Estrazioni manuali e fogli locali non controllati REL: • Pressioni per "conciliare" i numeri a fine periodo • Conflitti tra strutture su attribuzione ricavi/scarti • Utenza/terzi che sollecitano rettifiche improprie						
14	**Recupero crediti**	Esito: ☐ Sì X Parziale	Quesito: Recupero crediti: avete regole e tempi certi (solleciti, rateizzazioni, stralci) e tracciate le decisioni	ORG: • Criteri rateizzazione/stralcio non formalizzati • Decisioni ad	Nessuno	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta **X Media** ☐ Bassa	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio ed

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ No ☐ N.A.	"eccezionali"? Focus: Rischio: disparità di trattamento, favoritismi su rate/stralci, perdite non spiegate, contenzioso evitabile.	personam senza motivazione • Mancanza report anzianità crediti e azioni svolte • Escalation debole su crediti rilevanti TECH: • Anagrafiche debitori incomplete/non aggiornate • Tracking attività recupero non strutturato • Report aging/non incassi prodotti manualmente REL: • Pressioni esterne per rate/condoni di fatto • Rischio collusione con intermediari/consulenti						implementazione di formazione valoriale.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Resistenze interne ad agire per "non creare problemi"						
15	**Contabilità / scritture**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Scritture contabili manuali e rettifiche: sono motivate, autorizzate e verificabili (chi/che cosa/perché), con controlli su operazioni "sensibili"? Focus: Antifrode sui movimenti "a mano": senza governo puoi spostare costi/ricavi e mascherare anomalie, specie in chiusura periodo.	ORG: • Assenza policy su rettifiche e autorizzazioni • Controlli ex post sporadici su registrazioni manuali • Ruoli sovrapposti tra chi registra e chi valida • Nessuna lista operazioni sensibili (assestamenti/fine anno) TECH: • Log non attivi su modifiche/cancellazioni • Permessi eccessivi su contabilità generale/analitica • Report movimenti manuali non estratto	Nessuno	**X L** **☐ M** **☐ H**	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ **Alta** ☐ **Media** **X Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio ed implementazione dell'impianto tecnologico.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				periodicamente REL: • Pressioni a chiudere bilancio/periodo in fretta • Conflitti su imputazioni tra centri di costo • Cultura del "aggiustiamo dopo" che normalizza scorciatoie						
16	**Scadenze / adempimenti**	Esito: ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Adempimenti e scadenze (pagamenti, comunicazioni, rendicontazioni): c'è un calendario unico con responsabilità e sostituzioni? Focus: Rischio "organizzazione fragile": se scadenze dipendono da "singoli" aumentano	ORG: • Scadenziario non centralizzato o non aggiornato • Nessun piano sostituzioni (assenze = blocchi) • Ruoli non chiari su adempimenti trasversali • Controlli ex post invece che preventivi TECH:	Nessuno	☐ **L** **X M** ☐ **H**	Processo parzialmente presidiato	**X L** ☐ **M** ☐ **H**	☐ **Alta** ☐ **Media** **X Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: _____ _____]

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			ritardi, errori, urgenze e deroghe.	• Alert automatici assenti (solo promemoria manuali) • Documenti sparsi senza versioning • Nessuna dashboard di avanzamento REL: • Pressioni last minute da vertici/strutture • Conflitti tra uffici su "chi doveva farlo" • Dipendenza da fornitori esterni senza presidio						
17	**Reporting direzionale**	Esito: ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Reporting: esiste un cruscotto periodico per Direzione (tempi pagamento, debito scaduto, scostamenti budget, anomalie) con azioni conseguenti? Focus: Se non c'è	ORG: • KPI non definiti o non assegnati a responsabili • Riunioni monitoraggio non calendarizzate • Mancanza piani azione su criticità ricorrenti	Nessuno	☐ **L** X **M** ☐ **H**	Processo parzialmente presidiato	X **L** ☐ **M** ☐ **H**	☐ **Alta** **X Media** ☐ **Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio ed implementazione dell'impianto tecnologico; formazione valoriale.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			reporting che genera decisioni, il controllo è solo formale. Qui misuriamo maturità direzionale e capacità di reazione.	• Report prodotti ma non letti/validati TECH: • Dati non affidabili o non riconciliati tra sistemi • Report manuali (rischio errori e aggiustamenti) REL: • Resistenze a far emergere problemi (paura responsabilità) • Pressioni per "presentare bene" i dati • Conflitti su attribuzione criticità (scaricabarile)						
18	**Gestione anomalie**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Anomalie/non conformità (duplicati, scarti, irregolarità): avete un registro unico con owner,	ORG: • Nessuna classificazione standard delle anomalie • Mancanza di	Nessuno	☐ **L** **X M** ☐ **H**	Processo parzialmente presidiato	**X L** ☐ **M** ☐ **H**	☐ **Alta** **X Media** ☐ **Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio ed implementazione di formazione valoriale.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			tempi di chiusura ed escalation? Focus: Valuta se sapete gestire l'eccezione: dove l'eccezione non è tracciata diventa spazio di discrezionalità.	responsabilità (chi chiude cosa) • Escalation debole su criticità ripetute • Azioni correttive non monitorate nel tempo TECH: • Tendenza a non scrivere per evitare problem/contestazioni • Pressioni a chiudere senza rimuovere la causa • Conflitti con fornitori che portano a soluzioni opache REL: • (da compilare)						Implementazione dell'impianto tecnologico.
19	**Whistleblowing / segnalazioni**	Esito: X Sì ☐ Parziale	Quesito: Canali di segnalazione (anche anonimi) sono conosciuti, usati e gestiti con riservatezza	ORG: • Procedura non diffusa o non aggiornata • Ruoli gestione	Nessuno	**X L** **☐ M** **☐ H**	Processo parzialmente presidiato	**X L** **☐ M** **☐ H**	**☐ Alta** **☐ Media** **X Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio ed implementazione di

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ No ☐ N.A.	e tempi certi, senza ritorsioni? Focus: Valutare cultura e protezione: se le persone non segnalano, i problemi emergono solo quando esplodono.	segnalazioni non chiari • Tempi istruttoria non definiti/rispettati • Misure anti-ritorsione non percepite come reali TECH: • (da compilare) REL: • (da compilare)							formazione valoriale;
20	**Trasparenza / pubblicazioni**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Flussi per trasparenza (es. pagamenti, incarichi, bilanci, atti di spesa): ruoli, scadenze e controlli qualità sono definiti e monitorati? Focus: misura governance del dato pubblicato (completezza,	ORG: • Compiti distribuiti senza regia/controllo qualità • Scadenze non presidiate, pubblicazioni a ondate • Check completezza non formalizzati • Mancanza tracciabilità su chi valida cosa	Amministrazione trasparente	**X L** **☐ M** **☐ H**	Processo presidiato	**X L** **☐ M** **☐ H**	**☐ Alta** **☐ Media** **X Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			tempestività, versioni, responsabilità).	TECH: • Resistenze interne a pubblicare dati scomodi • Pressioni per ritardare/omettere informazioni • Conflitti con fornitori/terzi su dati da pubblicare REL: • (da compilare)						
21	**FOIA / accesso atti**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Le richieste di accesso (civico/documentale) sono gestite con un flusso tracciato (tempi, istruttoria, motivazioni, differimenti) e con coordinamento tra uffici? Focus: Allert su rischio contenzioso + opacità: se l'accesso è	ORG: • Flusso non standard (dipende da chi capita) • Mancanza di registro richieste e scadenze • Coordinamento debole tra uffici detentori documenti • Motivazioni/differimenti non uniformi	Nessuno	**X L** **☐ M** **☐ H**	Processo presidiato	**X L** **☐ M** **☐ H**	**☐ Alta** **☐ Media** **X Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			artigianale aumentano ritardi, risposte incoerenti, differimenti non motivati.	TECH: • Protocollo/gestione fascicoli non integrati • Tracciamento istruttoria assente (mail disperse) • Repository documenti non indicizzato → tempi lunghi REL: • Pressioni esterne (stampa, sindacati, associazioni) • Conflittualità interna su chi deve fare cosa • Tendenza a difendersi invece che istruire correttamente						
22	**Documentale / protocollo**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Fascicolazione e gestione documentale: contratti, ordini, fatture, mandati e atti sono facilmente	ORG: • Regole fascicolazione non uniformi tra uffici • Documenti su drive locali/mail senza	Nessuno	**X L** **☐ M** **☐ H**	Processo presidiato	**X L** **☐ M** **☐ H**	☐ **Alta** ☐ **Media** **X Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			rintracciabili ? Focus: Domanda sull'auditabilità: se non rintracci non controlli; Allert su possibilità di effettuare "aggiustamenti" a posteriori.	controllo • Ruoli su archiviazione e conservazione non chiari • Verifiche periodiche sulla completezza fascicoli assenti TECH: • Sistema documentale usato a metà o disatteso • Mancanza versioning/lock documenti • Ricerca/metadata deboli • Log accessi non disponibili/monitorati REL: • Abitudini personali di archiviazione (il mio PC) • Resistenze all'uso di sistemi comuni						

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Scambi informali con fornitori fuori canali ufficiali						
23	**Gestione contratti**	Esito: ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Scadenze contrattuali, proroghe, rinnovi e penali: avete uno scadenziario unico e un processo che impedisce proroghe automatiche non motivate? Focus: Rischio: proroghe ripetute, rinnovi non legittimi, penali non applicate, vantaggi indebiti, perdita di potere contrattuale.	ORG: • Scadenziario non presidiato o non aggiornato • Ruoli non chiari su attivazione gare/rinnovi • Penali/contestazioni non gestite per prassi "morbida" • Motivazioni proroghe non standardizzate e non controllate TECH: • Contratti non caricati in sistema con alert scadenze • Dati scadenze su Excel personali • Impossibilità estrarre elenco proroghe/rinnovi e	Nessuno	☐ **L** **X M** ☐ **H**	Processo parzialmente presidiato	**X L** ☐ **M** ☐ **H**	☐ **Alta** **X Media** ☐ **Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio ed implementazione dell'impianto tecnologico.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				motivazioni REL: • Rapporti consolidati con fornitori che spingono proroghe • Pressioni interne per evitare discontinuità senza pianificazione • Rischio collusione su valutazioni performance fornitore						
24	**Incarichi / consulenze**	Esito: ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Incarichi e consulenze (anche ricorrenti): sono motivati, selezionati e liquidati con verifica risultati e assenza conflitti di interesse? Focus: Allert su incarichi ripetuti, oggetti generici, risultati non verificati,	ORG: • Motivazioni e oggetti incarico generici o standard • Verifica risultati non documentata prima del pagamento • Controlli incompatibilità/conflitti non sistematici • Rotazione/alternanza fornitori non	Nessuno	☐ L X M ☐ H	_____ _____ _____ ____]	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta **X Media** ☐ Bassa	[Misure principali / azioni / tempi: Monitoraggio ed implementazione dell'impianto tecnologico. Formazione valoriale

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			liquidazioni a prescindere.	considerata TECH: • Repository contratti/relazioni finali non strutturato • Workflow liquidazione non vincolato a deliverable • Tracciatura fasi selezione/valutazione incompleta REL: • Pressioni per premiare professionisti vicini • Relazioni personali che condizionano scelta e rinnovo • Cultura del "sempre lo stesso perché è comodo"						

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
25	**Sistemi / continuità**	Esito: ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Quesito: Continuità operativa: backup, disaster recovery e gestione accessi ai sistemi amministrativi sono testati e monitorati, al di là della loro "esistenza"? Focus: Rischio doppio: blocco operatività e perdita/manomissione dati senza traccia. Misura resilienza reale (backup testati, accessi, incidenti).	ORG: • Policy accessi non aggiornata (utenti ex dipendenti attivi) • Ruoli ICT-amministrazione non coordinati sui privilegi • Test Disaster Recovery/backup non pianificati o non documentati • Gestione incidenti non formalizzata (chi fa cosa, quando) TECH: • Backup non verificati (restore mai testato) • Log accessi non centralizzati o non revisionati • Autenticazione a più fattori/controlli forti non adottati su utenze critiche • Segregazione	Non applicabile	☐ **L** ☐ **M** ☐ **H**	Non applicabile	☐ **L** ☐ **M** ☐ **H**	☐ **Alta** ☐ **Media** ☐ **Bassa**	[Misure principali / azioni / tempi: _____ _____]

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				ambienti debole REL: • Dipendenza da fornitori IT senza SLA/controlli effettivi • Pressioni a dare accessi temporanei che restano permanenti • Sottovalutazione rischi cyber ("qui non interessa a nessuno")						

Scheda registro rischi corruttivi - UOC Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	Governance	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Esiste una RACI chiara per ciclo passivo/attivo, bilancio, tesoreria, patrimonio (chi fa cosa, chi controlla, chi autorizza)? Focus: Se i confini sono sfumati, si creano "zone franche" dove è facile far passare storni, pagamenti, variazioni e rettifiche senza contraddittorio.	**ORG**: carenze su: RACI formalizzata e aggiornata; Deleghe di firma coerenti; Segregazione minima; Sostituzioni/assenze governate. **TECH**: carenze su: Profili/permessi coerenti con RACI; Log operazioni sensibili; Workflow autorizzativi su sistema; Report "chi ha fatto cosa" disponibile. **REL**: pressioni/condizionamenti: Pressioni interne su priorità pagamenti/registrazioni; Relazioni consolidate con fornitori "strategici"; Cultura "si è sempre fatto così" su scorciatoie.	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Misure principali: Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
2	**Segregazione**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	Quesito: Una stessa persona può creare/modificare anagrafiche (fornitori/IBAN), registrare fatture, predisporre mandato e gestire riconciliazioni? Focus: Se si, basta un punto debole per creare un fornitore/IBAN e chiudere il ciclo fino al pagamento senza controlli efficaci.	**ORG**: carenze su: Separazione ruoli su anagrafiche vs pagamenti; Doppia validazione su IBAN e variazioni critiche; Controlli del responsabile su operazioni "sensibili"; Registro modifiche anagrafiche e verifiche periodiche. **TECH**: carenze su: Audit trail su IBAN/anagrafiche con timestamp e utente; Alert su modifiche e nuove anagrafiche; Blocco pagamento se IBAN modificato di recente senza verifica; Account nominativi. **REL**: pressioni/condizionamenti: Pressioni "fai presto	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Misure principali: Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				che dobbiamo pagare"; Fornitori che sollecitano cambio IBAN via mail/telefono; Prassi di bypass dei controlli per urgenza.						
3	**Ciclo passivo**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: La liquidazione verifica sempre coerenza tra contratto/ordine, attestazione esecuzione (DEC/RUP) e fattura (prezzi, quantità, penali)? Focus: Intercetta pagamenti "a vista": se manca un controllo a 3 vie, si paga il non dovuto o si tollerano scostamenti seriali.	**ORG**: carenze su: Checklist liquidazione e responsabilità chiara; Regola: niente pagamento senza attestazione esecuzione valida; Gestione scostamenti strutturata; Controlli campionari del dirigente su pratiche chiuse. **TECH**: carenze su: Match 3-way supportato dal sistema; Alert su prezzi/quantità fuori soglia; Tracciamento penali/contestazioni agganciato alla fattura; Log su sblocchi manuali. **REL**: pressioni/condizionamenti: Pressioni per pagare fornitori "critici" senza carte complete; Relazioni con referenti	Gap principali: Controlli campionati del dirigente su pratiche chiuse	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato parzialmente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Misure principali: Monitoraggio Predisposizione di procedura specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				vendor che spingono urgenze; Cultura del "paghiamo e poi sistemiamo".						
4	Pagamenti	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Esiste un processo formalizzato e rispettato per prioritizzare i pagamenti (scadenze, vincoli, contenziosi), evitando scelte discrezionali? Focus: Se la priorità è discrezionale, si aprono favoritismi ("pago prima chi mi pressa") e rischi di indebiti.	**ORG**: carenze su: Criteri priorità pagamenti; Separazione tra chi decide priorità e chi esegue; Tracciamento deroghe; Supervisione direzionale sulle deroghe. **TECH**: carenze su: Lista pagamenti con motivazioni e timestamp; Report deroghe e pagamenti "fuori giro"; Blocco pagamenti manuali non autorizzati; Integrazione con tesoreria/mandati. **REL**: pressioni/condizionamenti: Pressioni fornitori; Interferenze interne; Rischio "corsie preferenziali" consolidate.	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Misure principali: Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
5	**Tesoreria**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Le disposizioni verso tesoreria (mandati/bonifici) hanno doppio controllo e tracciamento su chi predispone vs chi autorizza/invia? Focus: Se una persona può predisporre e inviare, il controllo è solo formale.	**ORG**: carenze su: Doppia autorizzazione su flussi di pagamento; Limiti per importo e categorie; Verifica indipendente IBAN/beneficiario su pagamenti critici; Gestione credenziali e sostituzioni protetta. **TECH**: carenze su: Log accessi e invii verso tesoreria; Strong authentication dove possibile; Alert su nuovi beneficiari e pagamenti anomali; Tracciabilità esiti e motivi. **REL**: pressioni/condizionamenti: Pressioni "pagamento immediato"; Rischio phishing/social engineering su uffici	Gap principali: mancanza di alert su nuovi beneficiari e pagamenti anomali	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Misure principali: Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				pagamenti; Rapporti personali con fornitori "storici".						
6	**Riconciliazioni**	**Esito:** ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Le riconciliazioni (tesoreria/banca, partite aperte, sospesi) sono chiuse nei tempi e con responsabilità chiara? Focus: Se restano sospesi e non riconciliati, è facile "nascondere" errori, pagamenti duplicati o rettifiche opportunistiche.	**ORG**: carenze su: Piano riconciliazioni; Controllo su scostamenti ricorrenti; Gestione sospesi con escalation se non chiusi; Segregazione tra chi paga e chi riconcilia. **TECH**: carenze su: Import automatizzati e tracciati; Report scostamenti e aging dei sospesi; Audit trail rettifiche e chiusure manuali; Dashboard stato riconciliazioni. **REL**: pressioni/condizionamenti: Pressioni a "chiudere" senza analisi; Folleranza a sospesi	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo scarsamente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Misure principali: Monitoraggio Implementazione formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				cronici; Dipendenza da poche persone "che sanno".						
7	**Debiti**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐N.A.	Quesito: Esiste monitoraggio strutturato di debiti scaduti, tempi medi pagamento e cause (blocchi documentali, contestazioni, carenze controlli)? Focus: Più debiti scaduti = più solleciti = più rischio di pagamenti discrezionali.	**ORG**: carenze su: Registro cause blocco pagamento e responsabilità; Riunioni periodiche con Provveditorato/DEC/contencioso; Azioni correttive su colli di bottiglia ricorrenti. **TECH**: carenze su: Dashboard scadenze e aging debiti; Tracciamento motivi di blocco; Alert automatici su scadenze critiche; Integrazione fattura elettronica–contabilità–tesoreria. **REL**: pressioni/condizionamenti: Pressioni fornitori e minacce; Interferenze	Gap principali: è assente un registro con le cause di blocco del pagamento e responsabilità difficoltà della gestione dei rapporti con i fornitori	☐ L X M ☐ H	Processo scarsamente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Misure principali: Monitoraggio Implementazione formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				per pagare "prima" alcuni soggetti; Cultura di gestione emergenziale del debito.						
8	**Fatture elettroniche**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Le fatture elettroniche sono gestite con regole chiare su ricezione, protocollazione, smistamento, accettazione/rifiuto, evitando "parcheggi" informali? Focus: Fatture "ferme" fuori sistema o smistate a piacere → perdita di controllo e trattamenti preferenziali.	**ORG**: carenze su: Regole di smistamento e tempi standard; Responsabilità su rifiuti/contestazioni; Controllo su fatture in sospeso oltre soglia; Escalation su ritardi ripetuti per UO/fornitore. **TECH**: carenze su: Workflow digitale end-to-end; Tracciamento stati fattura; Report fatture ferme e motivi; Log su cambi assegnatario/stato. **REL**: pressioni/condizionamenti: Pressioni per non rifiutare fatture	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Misure principali: Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				"sensibili"; Accordi informali per "tenerla lì" finché serve; Cultura del "non formalizzare contestazioni".						
9	**Rettifiche**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Le rettifiche contabili (storni, note, riaperture) sono eccezionali, motivate e autorizzate con tracciabilità? Focus: Le rettifiche sono lo strumento perfetto per "aggiustare" numeri e coprire errori o scelte discrezionali.	**ORG**: carenze su: Procedura rettifiche con autorizzazione gerarchica; Registro rettifiche con motivazione e responsabile; Controllo su rettifiche ripetute per stessa area/fornitore; Segregazione tra chi registra e chi autorizza. **TECH**: carenze su: Audit trail su scritture e utente; Blocco su cancellazioni non motivate; Report rettifiche fuori soglia; Lock periodi e riaperture tracciate. **REL**: pressioni/condizionamenti: Pressioni "chiudiamo il mese/anno" con	Evidenze: "Riaperture" non di competenza dell'ufficio Gap principali: manca un registro per le rettifiche con motivazioni e responsabilità definite	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Misure principali: Monitoraggio Implementazione formazione specifica Implementazione impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				aggiustamenti; Tolleranza a rettifiche seriali "per prassi"; Dipendenza da una persona chiave.						
10	**Variazioni bilancio**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Quesito: Le variazioni (stanziamenti, capitoli, spostamenti) sono motivate, tracciate e coerenti con fabbisogni reali (non "per giustificare" pagamenti)? Focus: Intercetta spostamenti opportunistici per coprire spese non programmate o privilegiare alcune linee di spesa.	**ORG**: carenze su: Iter formale con motivazioni sostanziali; Pareri/validazioni previsti e rispettati; Controllo direzionale su variazioni ricorrenti per area/CDC; Registro variazioni e analisi cause. **TECH**: carenze su: Workflow proposte/approvazioni; Report variazioni per periodo e per struttura; Lock su versioni bilancio e tracciabilità modifiche; Coerenza con contabilità analitica/CDC. **REL**: pressioni/condizionamenti: Pressioni interne per "spostare soldi" a fine	Il bilancio è economico/patrimoniale e non finanziario: non sono presenti variazioni.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	Nessuna

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				anno; Negoziazioni informali tra strutture; Cultura: variazioni come prassi, non eccezione.						
11	**Fondi vincolati**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I fondi vincolati (progetti, trasferimenti, finanziamenti) sono gestiti con contabilità separabile e controlli su ammissibilità spese e rendicontazione? **Focus:** Rischio alto: spese non ammissibili, rendicontazioni deboli, riallocazioni opportunistiche.	**ORG:** carenze su: Responsabile progetto/centro responsabilità definito; Regole ammissibilità e controlli preventivi; Scadenze e piano rendicontazione; Verifiche incrociate con uffici tecnici/contratti. **TECH:** carenze su: Tracciabilità per CUP/linea finanziamento/CDC; Report spese ammissibili vs non ammissibili; Repository digitale rendiconti e giustificativi; Alert su scadenze rendicontazione. **REL:**	Contabilità separata	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Misure principali: Monitoraggio Implementazione formazione specifica Implementazione impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				pressioni/condizionamenti: Pressioni per "usare i fondi" a fine finestra; Interferenze per imputare costi su progetti capienti; Rischio collusione su spese "creative".						
12	**Entrate**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Le entrate (ticket, rimborsi, altre) sono riconciliate e tracciate (incassi, riversamenti, reversali) con controlli su scostamenti? **Focus**: Se le entrate non sono governate: ammanchi, errori sistemici, rettifiche opportunistiche, crediti "spariti".	**ORG**: carenze su: Responsabilità su incasso, contabilizzazione, riconciliazione; Controlli su differenze; Segregazione tra chi incassa e chi riconcilia; Rimborsi/storni tracciati e autorizzati. **TECH**: carenze su: Integrazione CUP/cassa/contabilità; Report giornalieri scostamenti e chiusure; Log su rimborsi/storni con motivazioni obbligatorie; Tracciabilità per canale di pagamento. **REL**:	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Misure principali: Monitoraggio Implementazione impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				pressioni/condizionamenti: Pressioni utenza su rimborsi "rapidi"; Prassi di "aggiustare" incassi a posteriori; Tolleranza ad ammanchi "minimi" ripetuti.						
13	Crediti	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: I crediti hanno un processo reale di monitoraggio aging e recupero, evitando cancellazioni/stralci opachi? **Focus**: Crediti vecchi senza azione → rischio di favoritismi (stralci "di favore") o perdita economica strutturale.	**ORG**: carenze su: Responsabile recupero crediti e scadenziario; Regole per solleciti, rateizzazioni, stralci e autorizzazioni; Monitoraggio periodico crediti scaduti e azioni; Segregazione tra chi propone e chi approva stralci. **TECH**: carenze su: Dashboard aging crediti e stato pratica; Log su rateizzazioni/stralci con motivazioni; Integrazione con sistemi; Alert su crediti "fermi" oltre soglia. **REL**:	Gap principali: integrazioni manuali	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Misure principali: Monitoraggio Implementazione impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				pressioni/condizionamenti: Pressioni per rateizzazioni "di favore"; Interferenze interne/esterne su stralci; Cultura: recupero crediti come residuale.						
14	**Cassa economale**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** La cassa economale (se presente) è governata con limiti, giustificativi, riconciliazioni e controlli su spese ricorrenti? **Focus:** Piccola spesa = area tipica di abusi se non tracciata: frazionamenti, rimborsi impropri, urgenze continue.	**ORG:** carenze su: Regole su tipologie ammesse e soglie; Autorizzazioni e rendicontazione periodica; Controlli su ricorrenze e frazionamenti; Verifiche a campione/a sorpresa. **TECH:** carenze su: Registro digitale movimenti e allegati; Numerazione progressiva non modificabile; Report su categorie/spese ricorrenti; Log su rettifiche e storni. **REL:**	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				pressioni/condizionamenti: Pressioni per anticipi e rimborsi rapidi; Prassi informali su giustificativi deboli; Tolleranza a spese non essenziali.						
15	**Chiusure contabili**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le chiusure (mensili/trimestrali/annuali) seguono una checklist reale e impediscono interventi last minute non tracciati? **Focus:** Cerchi "aggiustamenti" a fine periodo per far tornare conti o coprire errori: red flag tipica.	**ORG:** carenze su: Checklist di chiusura con responsabilità e firme; Regole su scritture di assestamento; Riesame su variazioni rilevanti; Gestione tempi. **TECH:** carenze su: Lock periodi contabili e riaperture tracciate; Report scritture di assestamento fuori soglia; Audit trail su scritture e modifiche;	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Misure principali: Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				Archiviazione digitale "pacchetto chiusura". **REL**: pressioni/condizionamenti: Pressioni di fine anno su risultati/obiettivi; Tolleranza a "scritture creative"; Dipendenza da consulenti/fornitori esterni "chiave".						
16	**Bilancio**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Il bilancio (e note) è costruito con tracciabilità delle scelte (classificazioni, fondi, accantonamenti) e riesami indipendenti? Focus: Margini discrezionali: accantonamenti, fondi rischi, riclassificazioni senza catena decisionale chiara.	**ORG**: carenze su: Ruoli chiari; Riesame interno delle poste più discrezionali; Registro decisioni contabili rilevanti e motivazioni; Coordinamento con legale/controllo gestione su contenziosi e fondi. **TECH**: carenze su: Repository versionato dei prospetti; Tracciamento fonti dati; Report differenze tra	Il tracciamento dei dati è effettuato con un'implementazione da parte della struttura ITC	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Misure principali: Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				versioni; Controlli di quadratura automatici documentati. **REL**: pressioni/condizionamenti: Pressioni a rappresentazioni "convenienti"; Interferenze interne su fondi/accantonamenti; Cultura "il bilancio lo fa chi sa, gli altri firmano".						
17	**Controllo gestione**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Esiste un raccordo stabile con controllo di gestione (CDC, analitica) per leggere scostamenti e anomalie di spesa/ricavo? **Focus**: Se non leggi scostamenti, non intercetti derive: centri costo anomali,	**ORG**: carenze su: Riunioni periodiche e responsabilità su scostamenti; Regole su imputazioni a CDC e correzioni; Azioni correttive su scostamenti ripetuti; Presidio su imputazioni "comode" a CDC capienti. **TECH**: carenze su: Integrazione contabilità–analitica–reporting;	Il rapporto con la struttura "controllo di gestione" è dialogativo ma non di controllo Gap principali:	☐ L X M ☐ H	Processo scarsamente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Misure principali: Monitoraggio Implementazione formazione specifica Implementazione impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			spostamenti opportunistici, spese fuori controllo.	Dashboard scostamenti per struttura e capitolo; Log correzioni imputazioni; Data quality sufficiente per analisi. **REL**: pressioni/condizionamenti: Pressioni per imputare costi "altrove"; Resistenze a rendere trasparenti scostamenti; Cultura: controllo gestione come "fastidio".	carenza di reporting digitale					
18	**Rapporti fornitori**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Le comunicazioni con fornitori su pagamenti/contestazioni avvengono su canali tracciati (no accordi telefonici "risolutivi")? **Focus**: Gestione informale = rischio favoritismi: promesse, priorità e sblocchi non tracciati.	**ORG**: carenze su: Regole su interlocuzione; Tracciamento richieste di pagamento urgente e motivazioni; Registro solleciti con protocollazione minima; Escalation su comportamenti anomali/aggressivi. **TECH**: carenze su:	Gap principali: carenza di un registro	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Misure principali: Monitoraggio Implementazione formazione specifica Implementazione impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				Ticketing/registro solleciti e risposte; Comunicazioni agganciate a pratica/fattura; Log su cambi priorità pagamenti e motivi; Audit trail su note interne correlate. **REL**: pressioni/condizionamenti: Pressioni/solleciti insistenti; Relazioni personali con referenti aziendali; Rischio scambi impropri.						
19	**Concentrazione fornitori**	**Esito**: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito**: Esiste monitoraggio su concentrazione di pagamenti verso pochi fornitori e su anomalie (importi, frequenza, urgenze)? **Focus**: Se pochi fornitori assorbono gran parte dei flussi e nessuno guarda, il rischio collusivo sale molto.	**ORG**: carenze su: Analisi periodica top fornitori; Riesame direzionale su fornitori dominanti; Presidio su ripetitività e variazioni anomale; Coordinamento con Provveditorato per azioni. **TECH**: carenze su: Dashboard top fornitori e trend; Alert su picchi e	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				pagamenti fuori norma; Dati puliti; Drill-down per CIG/oggetto/CDC. **REL:** pressioni/condizionamenti; Vendor "strategici" con potere contrattuale; Interferenze interne per "proteggere" certi fornitori; Cultura di dipendenza.						
20	**Patrimonio - inventario**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: L'inventario beni (mobili/attrezzature) è aggiornato, con responsabilità e controlli su assegnazioni, trasferimenti, dismissioni? **Focus**: Beni "spariti", assegnazioni non tracciate, dismissioni opache,	**ORG**: carenze su: Responsabili consegnatari e regole di movimentazione; Inventari periodici e riconciliazioni; Procedura dismissione/rottamazione con autorizzazioni; Segregazione tra chi propone dismissione e chi approva.	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Misure principali: Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			valori/ammortamenti incoerenti.	**TECH**: carenze su: Sistema inventariale affidabile; Log su trasferimenti e dismissioni; Report beni non rintracciati/duplicati; Integrazione con contabilità. **REL**: pressioni/condizionamenti: Pressioni per assegnare beni fuori regole; Rischio appropriazione/uso privato di beni; Tolleranza a inventari "di carta" senza verifica fisica.						
21	**Patrimonio - immobili**	**Esito**: ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Immobili/locazioni/concessioni sono gestiti con canoni, scadenze, adeguamenti e controlli (no rinnovi taciti/opachi)? **Focus**: Concessioni "storiche" non riviste: rischio favoritismi e	**ORG**: carenze su: Registro contratti immobiliari e scadenziario; Regole su rinnovi/proroghe e adeguamenti canoni; Controlli su morosità e azioni di recupero; Segregazione tra gestione tecnica e decisioni economiche.	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Misure principali: Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			perdite economiche; scadenze gestite male = proroghe facili.	**TECH**: carenze su: Database contratti con alert scadenze; Tracciabilità variazioni canone e motivazioni; Report morosità e azioni intraprese; Repository digitale contratti e atti correlati. **REL**: pressioni/condizionamenti: Pressioni esterne; Relazioni consolidate su concessioni "storiche"; Cultura: rinnovi come automatismo.						
22	**Dismissioni/ alienazioni**	**Esito**: X Si	**Quesito**: Le dismissioni/alienazioni (beni/immobili) avvengono con criteri	**ORG**: carenze su: Iter autorizzativo e criteri di dismissione; Valutazioni/perizie e	Nessuna	X L ☐ M	Processo presidiato	X L ☐ M	☐ Alta ☐ Media	Misure principali: Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	trasparenti, valutazioni e approvazioni tracciate? **Focus:** Area ad alta sensibilità: valori, perizie, tempi e destinatari possono essere "orientati".	controlli su congruità; Ruoli separati tra proposta e decisione; Registro dismissioni e riesame su ricorrenze/anomalie. **TECH:** carenze su: Tracciabilità documenti e versioni; Log su modifiche a valori e condizioni; Report dismissioni per tipologia e importo; Archiviazione digitale completa e reperibile. **REL:** pressioni/condizionamenti: Pressioni esterne su tempi/destinatari; Rischio collusione con intermediari/offerenti; Cultura: "scegliamo chi conosciamo".		☐ H		☐ H	X Bassa	
23	**Accessi & integrità dati**	**Esito:** ☐ Si	**Quesito:** È possibile intervenire sui dati contabili critici (scritture, partite, IBAN, scadenze) senza lasciare traccia o	**ORG:** carenze su: Policy su account nominativi e divieto utenze condivise; Revisione periodica profili e	Nessuna	X L ☐ M	Processo presidiato	X L ☐ M	☐ Alta ☐ Media	Misure principali: Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ Parziale X No ☐ N.A.	con utenze condivise? **Focus**: Senza audit trail e account nominativi, qualunque controllo diventa opinione e i dati possono essere riscritti.	revoche tempestive; Gestione amministratori di sistema separata dal business; Controlli su attività anomale. **TECH**: carenze su: Audit trail non alterabile su operazioni sensibili; Alert su accessi anomali e operazioni massive; Backup e conservazione log adeguata; Blocco/approvazione per cancellazioni e riaperture periodo. **REL**: pressioni/condizionamenti: Pressioni a "sistemare" numeri a posteriori; Complicità tra uffici per chiudere pratiche; Tolleranza a password condivise per comodità.		☐ H		☐ H	X Bassa	Implementazione formazione specifica
24	**Gestione anomalie**	**Esito**: X Si ☐ Parziale	**Quesito**: Quando emerge un'anomalia (pagamento duplicato, IBAN errato, scostamenti, sospesi), esiste una gestione con esito tracciato e azioni correttive?	**ORG**: carenze su: Registro anomalie e responsabilità di chiusura; Tempi standard ed escalation su casi gravi; Analisi cause e misure correttive;	Gap principali: registro anomalie assente	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Misure principali: Monitoraggio Implementazione formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ No ☐ N.A.	**Focus**: "se succede", ma cosa fate: se le anomalie non diventano azioni, si ripetono e diventano sistema.	Coinvolgimento RPCT su red flag ricorrenti. **TECH**: carenze su: Tracciamento segnalazioni e workflow di gestione; Report periodico anomalie e trend; Alert automatici; Audit trail su correzioni e recuperi. **REL**: pressioni/condizionamenti: Pressioni per non formalizzare errori; Paura di responsabilità e ritorsioni interne; Cultura di copertura invece che correzione.						Implementazione impianto tecnologico Predisposizione di una procedura specifica
25	**Reporting direzionale**	**Esito**: ☐ Si X Parziale ☐ No	**Quesito**: La Direzione riceve un reporting periodico su: pagamenti urgenti, rettifiche, riconciliazioni, debiti scaduti, crediti, patrimonio (con azioni)? **Focus**: All'organo	**ORG**: carenze su: Calendario report e responsabilità di produzione; Riunioni con follow-up e assegnazione azioni; KPI minimi; Riesame su red flag ricorrenti.	Gap principali: reporting non formale e senza criterio di periodicità inesistenza di una cultura di reporting	☐ L X M ☐ H	Processo scarsamente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Misure principali: Monitoraggio Implementazione formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ N.A.	direttivo un report in grado di far decidere, if rischio resta invisibile e si normalizza.	**TECH**: carenze su: Dashboard affidabili e aggiornate; Drill-down per struttura/fornitore/CDC/ linea; Tracciamento decisioni prese sui report; Storico report per trend. **REL**: pressioni/condizionamenti: Pressioni per non far emergere criticità; Cultura "reporting = adempimento"; Interferenze su quali numeri portare/notare.						Implementazione impianto tecnologico Predisposizione di una procedura specifica

Scheda registro rischi corruttivi - Risorse Umane

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | UOC Risorse Umane – Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
Governance e ruoli	**Domanda**: Le responsabilità HR (chi fa cosa su concorsi, incarichi, presenze, disciplinari) sono formalizzate e aggiornate? Esito: ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Focus**: Verifica se ruoli/compiti/deleghe sono chiari e difendibili (evita zone grigie dove si infilano eccezioni e favoritismi).	**ORG – Fattori abilitanti:** •Organigramma/attribuzioni non aggiornate • Delega firma a catena senza limiti • Mancata segregazione (stessa persona istruisce/valida) • Controlli di secondo livello assenti o solo informali **TECH – Fattori abilitanti:** • Profili applicativi non coerenti con i ruoli • Accessi condivisi / credenziali non nominative • Assenza di audit log consultabili **REL – Fattori abilitanti:** • Pressioni interne per fare	Gap principale: Esistenza di prassi consolidate e carenza di procedure e segregazione di funzioni	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Predisposizione procedura e prassi operativa Audit

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			presto • Interferenze su chi firma/chi controlla • Cultura si è sempre fatto così						
Pianificazione e fabbisogni	**Domanda:** Il fabbisogno di personale (dotazione, turn-over, sostituzioni) è definito con criteri verificabili e con tracciabilità delle richieste? **Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Focus:** Non basta serve personale: serve filiera tracciata (richiesta → motivazione → autorizzazioni → atti). Qui si annidano urgenze pilotate.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Richieste non standardizzate (email/telefonate) • Urgenze ricorrenti senza motivazione oggettiva • Mancata validazione incrociata (DA/DS/DG) • Assenza di check su compatibilità budget e tetti di spesa **TECH – Fattori abilitanti:** • Workflow assente (niente ticket/protocollo) • Versioni diverse dello stesso file di fabbisogno • Nessun repository unico con storico	Formalizzazioni presenti Pressioni esterne gestite	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			REL – Fattori abilitanti: • Pressioni da UU.OO. strategiche • Interferenze politiche/territoriali • Spinte sindacali non canalizzate formalmente						
Avvio procedure selettive	**Domanda:** L'avvio di concorsi/avvisi/ mobilità avviene con checklist (requisiti, pubblicità, tempi, criteri) e con verifica preventiva di legittimità? **Esito:** X Sì ☐ Parziale	**Focus:** Serve prevenire bandi cuciti su misura, termini compressi, requisiti anomali, pubblicità insufficiente: segnali tipici di orientamento.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Checklist assente o non usata sempre • Controllo legale/trasparenza solo a valle • Deroghe ai termini senza motivazione robusta **TECH – Fattori abilitanti:** • Modelli bando non versionati • Pubblicazioni non tracciate (albo, sito, piattaforme) • Mancanza di registro scadenze/notifiche	Il processo è gestito attraverso l'utilizzo del piano triennale dei fabbisogni	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
	☐ No ☐ N.A.		**REL – Fattori abilitanti:** • Segnalazioni informali su candidati attesi • Pressioni per restringere la platea • Conflitti d'interesse non dichiarati						
Commissioni e imparzialità	**Domanda**: La nomina delle commissioni avviene con criteri oggettivi e con verifica conflitti d'interesse (anche potenziali) documentata? **Esito**: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Focus:** Imparzialità reale: commissioni ricorrenti, rapporti pregressi, incompatibilità, sostituzioni strategiche.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Albi/elenchi non aggiornati o non usati • Dichiarazioni conflitto di facciata • Stesse persone su molte selezioni • Sostituzioni senza motivazione formalizzata **TECH – Fattori abilitanti:** • Assenza di archivio digitale COI e verifiche • Nessun tracciamento su chi propone/nomina • Log accessi agli atti di selezione assenti	Le commissioni di concorso vengono nominate con atto deliberativo	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			REL – Fattori abilitanti: • Relazioni personali/territoriali forti • Pressioni interne sui commissari • Richieste di attenzione su nominativi						
Valutazione e punteggi	**Domanda:** I criteri di valutazione (titoli/prove) sono definiti prima, applicati in modo coerente e con motivazioni controllabili su casi borderline? **Esito:** X Sì ☐ Parziale	**Focus:** Intercetta aggiustamenti: griglie adattate dopo, motivazioni standard, discrezionalità non governata.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Griglie non approvate prima delle prove • Verbalizzazioni sintetiche non difendibili • Nessun controllo a campione sui punteggi **TECH – Fattori abilitanti:** • File punteggi modificabili senza blocchi • Mancanza di versioning (chi ha cambiato cosa) • Esportazioni manuali ripetute (rischio errori/manomissioni)	Esiste procedura specifica	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
	☐ No ☐ N.A.		**REL – Fattori abilitanti:** • Preferenze verso interni/conosciuti • Pressioni per far rientrare un candidato • Contenziosi annunciati che condizionano scelte						
Gestione domande	**Domanda:** La ricezione delle domande (protocollazione, ammissione/esclusione) è tracciata e a prova di contestazione (tempi, integrazioni, soccorso istruttorio)?	**Focus:** Punta su recuperi tardivi, integrazioni selettive, esclusioni pilotate.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Regole di integrazione non uniformi • Ammissioni/esclusioni senza doppio controllo • Comunicazioni ai candidati non standardizzate **TECH – Fattori abilitanti:** • Protocollo non integrato con gestione selezioni • Evidenza timestamp- non sempre disponibile • Mancanza di log su upload/documenti	Esiste procedura specifica	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiata	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.		**REL – Fattori abilitanti:** • Solleciti ad personam • Intermediazioni esterne (patronati/consulenti) • Reclami gestiti informalmente						
Prove e verbali	**Domanda**: Durante prove/colloqui, i verbali e gli atti di seduta sono completi, coerenti e firmati; eventuali incidenti (ritardi, sostituzioni) sono motivati?	**Focus**: Tenuta probatoria della selezione: verbali deboli = spazio per manipolazioni e contenziosi.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Verbali standardtroppo generici • Assenza di check su presenze/identità • Custodia atti nonformalizzata **TECH – Fattori abilitanti:** • Archiviazione digitale non a norma (scanner/firme) • Mancanza di tracciabilità su versioni dei verbali • Accessi ai file nonprofilati	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.		**REL – Fattori abilitanti:** • Rapporti pregressi commissari-candidati • Pressioni perchiudere rapidamente • Contestazioni senza canale formale						
Graduatorie e scorrimenti	**Domanda:** La gestione delle graduatorie (approvazione, pubblicazione, scorrimenti, chiamate) è tracciata con criteri automatici e motivazioni delle eccezioni? **Esito:** X Sì ☐ Parziale	**Focus:** Favoritismo a valle: salti, rinunce gestite, chiamate non rispettando l'ordine.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Eccezioni allo scorrimento senza atto robusto • Mancato controllo su rinunce e tempi risposta • Ruoli non segregati (chi chiama/chi decide) **TECH – Fattori abilitanti:** • Gestione graduatoria su Excel modificabile • Nessun log su contatti/PEC inviate/ricevute • Pubblicazioni non versionate (sito/albo)	Criteri automatici e oggettivi per utilizzo del gestionale "GECO ISON"	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
	☐ No ☐ N.A.		**REL – Fattori abilitanti:** • Pressioni per farentrare un profilo specifico • Interferenze da UU.OO. destinatarie • Segnalazioni sindacali nontracciate						
Incarichi dirigenziali	**Domanda**: Per incarichi di Struttura Complessa/Semplice, il procedimento (avviso, valutazione, scelta) è trasparente e con motivazione comparativa effettiva?	**Focus:** Alta discrezionalità coperta da atti standard: rischio di scelte orientate.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Criteri non declinati sul profilo richiesto • Commissioni/valutatori ricorrenti • Motivazioni stereotipate nelle determinazioni **TECH – Fattori abilitanti:** • Fascicolo digitale incompleto • Assenza di traccia su punteggi/valutazioni intermedie • Log accesso ai fascicoli non consultabile	Esiste una procedura specifica Aggiornamento fascicolo cartaceo Gap principali: Incarichi di struttura complessa soffrono di proroga automatica	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Regolamento per la gestione incarichi struttura complessa Audit

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.		**REL – Fattori abilitanti:** • Pressioni politiche/territoriali • Conflitti tra direzioni (DS/DA) • Scambi di favori interni (carriere/assegnazioni)						
Incarichi/posizioni e PO	**Domanda:** Il conferimento di incarichi di funzione/posizioni organizzative segue criteri misurabili e un tracciato di valutazione verificabile? **Esito:** X Si ☐ Parziale	**Focus:** Intercetta favoritismi interni: incarichi e indennità assegnati senza comparazione reale o concriteri mutevoli.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Avvisi interni non pubblicizzati adeguatamente • Valutazioni non comparate o non motivate • Rotazione assente su ruoli sensibili **TECH – Fattori abilitanti:** • Database incarichi non aggiornato / storico assente • Workflow approvativo via email senza tracciatura • Mancanza di report su durata/riconferme	Verificabilità data dai documenti Piano azzeramento incarichi Utilizzo del sw "Jobtime" che gestisce alert per scadenze contratti/incarichi dirigenziali	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione regolamento per la rotazione degli incarichi

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
	☐ No ☐ N.A.		**REL – Fattori abilitanti:** • Relazioni personali con valutatori • Logiche di pacificazione organizzativa • Pressioni sindacali su singoli nominativi	Gap principali: Aggiornamento regolamento di rotazione incarichi.					
Progressioni e differenziali	**Domanda**: Le progressioni economiche/differenziali sono gestite concriteri stabili e concontrolli su requisiti, punteggi e anomalie (pari merito, scarti minimi)? **Esito**: X Si ☐ Parziale	**Focus**: Distribuzione di risorse economiche: rischio di favoritismi e aggiustamenti su valutazioni.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Criteri interpretati in modo variabile nel tempo • Controlli a campione assenti sui punteggi • Gestione reclami senza istruttoria formalizzata **TECH – Fattori abilitanti:** • Calcoli su fogli non protetti/riusati • Assenza di log su modifiche a punteggi • Mancata riconciliazione con dati presenze/valutazioni	Procedura informatica ad hoc;	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
	☐ No ☐ N.A.		**REL – Fattori abilitanti:** • Tensioni interne tra unità/ruoli • Pressioni collettive per spalmare benefici • Conflitti tra valutatori e valutati						
Mobilità/assegnazioni	**Domanda**: Mobilità, comandi, assegnazioni temporanee avvengono con criteri e tracciabilità (richiesta, motivazione, durata, rinnovi)? **Esito**: X Sì ☐ Parziale	**Focus**: Rischio spostamenti come premio/punizione o per aggirare vincoli, con rinnovi seriali non motivati.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Assenza di regole su durata/rinnovi • Decisioni basate su urgenze non documentate • Mancanza di controllo su incompatibilità/conflitti **TECH – Fattori abilitanti:** • Registro mobilità non unico (più liste) • Scadenziario assente (rinnovi a memoria) • Workflow approvativo non tracciato **REL – Fattori abilitanti:**	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
	☐ No ☐ N.A.		• Pressioni di direttori di UO pertrattenere/ottenere risorse • Conflitti sindacali su trasferimenti • Favori incrociati (assegnazioni di ritorno)						
Contratti flessibili	**Domanda**: Il ricorso a interinali/somministrati/TD è motivato, tracciato e controllato (chiamate, proroghe, criteri, stabilizzazioni)? **Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Focus:** Da presidiare: inserimenti pilotati via somministrazione, proroghe seriali, criteri opachi.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Proroghe ripetute senza istruttoria forte • Controllo requisiti/rotazione carente • Confini tra HR e Provveditorato nonchiari **TECH – Fattori abilitanti:** • Tracciamento ore/turni non integrato • Report incompleti su costi e proroghe • Mancanza di log su richieste di personale	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			REL – Fattori abilitanti: • Pressioni per inserire persone segnalate • Relazioni con agenzie/fornitori • Cultura dell'emergenza come normalità						
Trattamento economico borderline	**Domanda:** Indennità e istituti economici sensibili (reperibilità, pronte disponibilità, responsabilità) sono autorizzati e controllati con regole chiare e verifiche? **Esito:** X Sì ☐ Parziale	**Focus:** Erogazioni a pioggia, autorizzazioni ex post, discrezionalità non governata con impatto economico e reputazionale.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Regole non formalizzate o applicate a macchia • Autorizzazioni ex-post frequenti • Controlli incrociati HR–UO–SEFP deboli **TECH – Fattori abilitanti:** • Flussi presenze/indennità manuali e modificabili • Assenza di alert su valori anomali • Log su override timbrature/indennità non presidiato	Garantiti criteri da gestionale "JobTime" Cooperazione con assessorato Registro dei flussi presente Esiste una procedura specifica	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
	☐ No ☐ N.A.		**REL – Fattori abilitanti:** • Pressioni interne per compensare carichi • Trattamenti differenziati tra unità • Rischio collusione tra validatore e beneficiario						
Presenze e timbrature	**Domanda**: Timbrature/assenze sono gestite concontrolli su anomalie (mancata timbratura, fuori sede, correzioni) e segregazione su chi può rettificare? **Esito**: ☐ Sì	**Focus**: Molto concreto: frodi su presenze, straordinari e giustificativi.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Rettifiche gestite al banco senza istruttoria • Stessa persona propone e approva correzioni ▪ Controlli periodici assenti o non documentati **TECH – Fattori abilitanti:** • Profili admin troppo ampi sul gestionale presenze • Log correzioni non estratto/revisionato regolarmente • Export/import manuali senza controlli di integrità	Il controllo è affidato ai dirigenti delle singole macro strutture	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
	☐ Parziale ☐ No X N.A.		**REL – Fattori abilitanti:** • Richieste di aggiustamento da colleghi/superiori • Pressioni percoprire carenze organizzative • Normalizzazione di prassi irregolari						
Straordinari	**Domanda**: Lo straordinario è autorizzato ex ante, motivato, e controllato su soglie/anomalie (sempre stessi nominativi, picchi, cumuli)? **Esito**: ☐ Si ☐ Parziale	Focus ampliato: Straordinari come benefito compensazioni indebite; gestione opaca su ripetizioni e concentrazioni.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Autorizzazioni preventive non sistematiche • Mancanza di tetti/criteri applicati • Controlli a campione inesistenti su giustificativi **TECH – Fattori abilitanti:** • Report anomalie non disponibili o non letti • Inserimento ore senza blocchi/alert • Mancato incrocio con attività/turni effettivi	Il controllo è affidato ai dirigenti delle singole macro strutture	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
	☐ No X N.A.		**REL – Fattori abilitanti:** • Pressioni per dare ore a qualcuno • Accordi informali in reparto • Conflitti tra chi distribuisce e chi riceve ore						
Turni e reperibilità	**Domanda:** Esiste un controllo HR (o di sistema) su turnazioni/reperibilità per prevenire assegnazioni discrezionali, cumuli e incompatibilità? **Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No	**Focus:** Anche se i turni li fa la UO, serve presidio su cumuli premianti, violazioni riposi, disparità sistematiche.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Regole non uniformi tra presidi/reparti • Assenza di controlli su rotazione e cumuli • Segnalazioni gestite senza istruttoria formale **TECH – Fattori abilitanti:** • Software turni nonintegrato o nontracciato • Nessun report su cumuli/violazioni riposi • Log modifiche turni non presidiato	Il controllo è affidato ai dirigenti delle singole macro strutture	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
	X N.A.		**REL – Fattori abilitanti:** • Pressioni dai responsabili di UO • Favoritismi verso affidabili • Conflitti interni perequità dei turni						
Ferie e permessi	**Domanda**: Ferie, permessi (anche sensibili) sono gestiti concriteri, tracciabilità, controlli su abusi/anomalie e tutela della riservatezza? **Esito**: ☐ Si ☐ Parziale	**Focus**: Abusi e favoritismi, più gestione impropria di dati particolari con ricadute disciplinari e privacy.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Approvazioni di fatto senza traccia • Controlli su patternanomali assenti • Documentazione custodita senza regole chiare **TECH – Fattori abilitanti:** • Gestione richieste via email/WhatsApp • Archivi non protetti su documenti sensibili • Mancanza di auditlog su consultazioni **REL – Fattori abilitanti:** • Pressioni tra colleghi per coprire turni	Il controllo è affidato ai dirigenti delle singole macro strutture	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
	☐ No X N.A.		• Conflitti perconcessioni preferite • Indebite curiosità su permessi sensibili						
Valutazione performance	**Domanda**: Le valutazioni individuali (schede, obiettivi, esiti) seguono un processo tracciato e controllato perridurre discrezionalità e aggiustamenti expost? **Esito**: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Focus ampliato: Collega HR a premi/progressioni: valutazioni opache = leva per favorire o penalizzare.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Criteri noncompresi/declinati dai valutatori • Controllo di coerenza tra unità assente • Gestione ricorsi interna poco strutturata **TECH – Fattori abilitanti:** • Piattaforma assente (file locali modificabili) • Mancanza di timestamp e storico modifiche • Report distribuzione punteggi nondisponibile **REL – Fattori abilitanti:** • Relazioni personali con valutatori	La Struttura Tecnica Permanente valuta la performance	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			• Paura di conflitto → valutazioni tutte alte • Scambi informali (turni/premi/valutazi oni)						
Formazione e obblighi	**Domanda**: La gestione formazione obbligatoria (sicurezza, anticorruzione/trasparenza, privacy) è tracciata e usata anche come leva di controllo? **Esito**: ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Focus:** Verifica se la formazione è governata davvero: piani, completamenti, escalation, recuperi e responsabilità.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Piano formativo noncollegato a rischi/ruoli • Nessuna escalationper inadempienti • Registri presenza nonaffidabili **TECH – Fattori abilitanti**: • LMS assente o nonaggiornato • Reportcompletamento nondisponibile perdirezioni • Tracciamento attestati manuale e non verificabile **REL – Fattori abilitanti:** • Resistenze culturali (solo burocrazia)	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			• Pressioni a certificare senza reale frequenza • Scarso sponsorshipdei responsabili di UO						
Procedimenti disciplinari	**Domanda**: I procedimenti disciplinari sono gestiti con tempi, atti e riservatezza, evitando trattamenti di favore o accanimenti? **Esito**: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Focus**: Rischio di disparità di trattamento e gestione politica dei disciplinari (insabbiare o colpire).	**ORG – Fattori abilitanti:** • Criteri di attivazione non uniformi • Fascicoli incompleti o non tracciati • Segregazione debole tra istruttoria e decisione **TECH – Fattori abilitanti:** • Archiviazione digitale non protetta • Accessi ai fascicoli non tracciati • Comunicazioni/PEC non integrate nel fascicolo **REL – Fattori abilitanti:** • Pressioni gerarchiche (nontoccarlo)	Esiste un ufficio dedicato	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			• Clima che disincentiva segnalazioni • Rischio ritorsioni verso segnalanti/testimoni						
Contenzioso e reclami	**Domanda:** Reclami/ricorsi del personale e contenzioso (anche su concorsi/incarichi) sono gestiti con registro, analisi cause e azioni correttive? Esito: ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Focus:** Un ufficio consapevole impara dagli errori: se non c'è "cultura", gli stessi rischi si ripetono.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Registro ricorsi assente o incompleto • Nessuna retroazione su procedure (correzioni) • Gestione documentale dispersa tra uffici **TECH – Fattori abilitanti:** • Scadenzario legale non condiviso/automatico • Documenti in cartelle locali senza permessi • Nessun cruscotto su esiti e tempi **REL – Fattori abilitanti:** • Pressioni a chiudere senza risolvere cause	Gap principali: Manca un registro dei reclami e ricorsi	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Predisposizione registro

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			• Conflitti tra uffici (HR/Legale/Direzioni) • Interferenze su transazioni/accordi						
Gestione dati e privacy	**Domanda:** I dati del personale (anche particolari: salute, 104, idoneità) sono accessibili solo a chi deve e con tracciabilità degli accessi? **Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Focus:** Integrità e riservatezza: accessi larghi = rischio abuso, discriminazioni, data breach.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Profili autorizzativi non riesaminati periodicamente • Mancanza di regole su stampa/estrazioni • Gestione cartacea senza registro accessi **TECH – Fattori abilitanti:** • Log accessi non attivi o non revisionati • Esportazioni massive senza giustificativo • Condivisione file via email non controllata **REL – Fattori abilitanti:** • Curiosità/pressioni per sapere info sensibili • Uso dati in conflitti interni	DPO esterno Gap principali: Posizione interna vacante	X L ☐ M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Formalizzazione incarico struttura interna privacy Procedura specifica Audit entro sei mesi per verifica miglioramenti

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			• Cultura bassa su riservatezza						
Integrità dati e rettifiche	**Domanda**: Esistono regole e controlli su rettifiche dei dati HR (anzianità, profili, inquadramenti, scatti, carriere) contracciabilità e approvazioni? **Esito**: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Focus**: Ritocchi su carriera/benefici: rettifiche non tracciate = rischio molto alto.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Rettifiche senza ticket/atto di supporto • Segregazione debole tra inserimento e validazione • Controlli periodici su campioni assenti **TECH – Fattori abilitanti:** • Permessi di modifica troppo estesi • Assenza di storico prima/dopo nel gestionale • Nessun alert su modifiche massive o fuori orario **REL – Fattori abilitanti:** • Richieste urgenti su singoli casi • Pressioni gerarchiche perbypassare	I controlli vengono effettuati in maniera non sistemica	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Procedura specifica a presidio dei controlli

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			• Collusioni tra operatore e beneficiario						
Reporting e gestione anomalie	**Domanda**: La UOC HR produce un report direzionale periodico (anomalie presenze, straordinari, incarichi, contenzioso, tempi procedure) e gestisce le anomalie conazioni e follow-up? **Esito**: X Sì ☐ Parziale	**Focus**: Chiusura end-to-end: senza reporting e follow-up, i controlli restano a sensazione e il rischio non è governato.	**ORG – Fattori abilitanti:** • Nessuna periodicità/ownership del reporting • Azioni correttive non assegnate o non monitorate • Escalation su red flag non definita **TECH – Fattori abilitanti:** • Dati non consolidati (fonti multiple) • Dashboard assente o non attendibile • Mancanza di tracciabilità su ticket/anomalie chiuse **REL – Fattori abilitanti:** • Resistenze a mettere nero su bianco • Paura di conflitti con direzioni/reparti • Normalizzazione delle	Reporting presente; Attenzione alla gestione delle ferie per tutta la struttura; Tassi di assenza monitorati;	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
	☐ No ☐ N.A.		eccezioni (tanto si sistema)						

Scheda registro rischi corruttivi - Provveditorato

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	Governance	Esito: ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste una mappa chiara RACI (chi fa cosa) per: RUP, DEC, UO richiedenti, magazzino, economato, ragioneria? **Focus:** Ruoli/responsabilità non chiari (RUP/DEC/UO/magazzino/economato/ragioneria) con aree grigie che consentono aggiramento dei controlli e scelte discrezionali non tracciate.	**ORG:** RACI/deleghe non formalizzati o non aggiornati; segregazione insufficiente; controlli di linea deboli. **TECH:** workflow e log/report approvazioni non strutturati; permessi incoerenti. **REL:** interferenze UO cliniche; pressioni 'urgenza'; relazioni consolidate con pochi fornitori.	Segregazione insufficiente;	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio ed implementazione della formazione

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
2	**Programmazione**	**Esito:** ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il fabbisogno (beni/servizi) è raccolto con criteri standard e validato (quantità, motivazione, copertura budget) prima di avviare acquisti? **Focus:** Fabbisogni non governati → acquisti 'a spinta', frammentati e orientati; gare impostate su basi non oggettive (quantità/motivazioni/budget).	**ORG:** procedura raccolta/validazione fabbisogni carente; tracciabilità richieste respinte/modificate assente; pianificazione debole. **TECH:** moduli su sistema assenti; integrazione magazzino/consumi e dashboard mancanti. **REL:** richieste 'su misura'; fornitori che suggeriscono soluzioni; pressioni tra UO.	Gap: Storico richieste per unità operative e trend; Richieste "Su misura" da singole unità operative/primari; Conflitti e pressioni tra UO per priorità;	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico; Percorso di formazione specifico con implementazione dell'aspetto comunicativo.
3	**Budget & urgenze**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Quante richieste arrivano come "urgenti/indifferibili" e chi ne verifica la reale urgenza (con traccia)? **Focus:** Urgenze seriali/indifferibilità non verificate → scorciatoie	**ORG:** criteri urgenza/registro e controlli ex post non strutturati; escalation carente. **TECH:** flag urgenza senza tracciabilità e report; catena	Carenza di criteri oggettivi di urgenza e di firma organizzativa; Inesistenza del registro delle urgenze	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico; Percorso di formazione specifico.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			procedurali, affidamenti diretti ricorrenti e concentrazione su fornitori 'pronti'.	approvativa non ricostruibile. **REL:** pressioni assistenziali; cultura del 'fai presto'; fornitori 'solo loro' in urgenza.						
4	**Sotto-soglia**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Per ogni affidamento sotto soglia, c'è una motivazione tracciata su: scelta fornitore, rotazione, congruità prezzo? **Focus:** Affidamenti sotto-soglia motivati in modo formale → discrezionalità su scelta fornitore/rotazione/congruità prezzi, con rischio di favoritismi e scarsa concorrenza.	**ORG:** checklist e supervisione campionaria carenti; regole anti-frazionamento deboli. **TECH:** mancato tracciamento preventivi/comparazioni e alert ripetitività. **REL:** fornitori 'di fiducia'; richieste UO con marca/fornitore; pressioni a chiudere rapidamente.	Gap principali: non c'è checklist per il sotto-soglia (rotazione, comparazione, motivazione) Inesistenza di regolamentazione Inesistenza di limiti e regola anti frazionamento; Inesistenza di alert tecnologico su ripetitività e frazionamenti; - esiste la supervisione campionata da parte	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Predisposizione di procedure specifiche per la gestione del "sotto-soglia"; Monitoraggio, con audit trimestrale. Implementazione dell'impianto tecnologico; Percorso di formazione specifico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
					del dirigente della struttura					
5	**Anti-frazionamento**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: È gestito il rischio di frazionamento (stesso oggetto ripetuto, stesso fornitore, periodi ravvicinati) con controlli reali? **Focus**: Frazionamento di acquisti omogenei per restare sotto-soglia → elusione regole e consolidamento di affidamenti ripetitivi sullo stesso fornitore.	**ORG:** regole aggregazione fabbisogni e responsabilità verifica non definite; controlli periodici assenti. **TECH:** classificazioni merceologiche incoerenti; report ripetitività assenti; data quality insufficiente. **REL:** accordi informali; tolleranza culturale; fornitori che propongono mini-ordini sequenziali.		X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Procedura su anti-frazionamento; Monitoraggio.
6	**Capitolati**	**Esito:** X Si ☐ Parziale	**Quesito**: La definizione dei capitolati (specifiche tecniche) è protetta da conflitti e condizionamenti (no	**ORG**: assenza team tecnico multidisciplinare; consultazioni non tracciate; mancanza	Nessuno	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Procedura gestionale; Monitoraggio.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ No ☐ N.A.	"capitolati cuciti su misura")? **Focus:** Capitolati/specifiche 'cuciti su misura' o influenzati da vendor/brand → requisiti escludenti, competizione ridotta e rischio di scelta non ottimale.	revisione indipendente requisiti critici. **TECH:** versioning/repository unico assenti; log accessi documenti sensibili carenti. **REL:** fornitori che 'aiutano a scrivere'; pressioni cliniche orientate a brand; relazioni pregresse vendor/agent.						
7	**Commissioni**	**Esito:** X Si	**Quesito:** Nelle gare con commissione, la nomina e la rotazione dei commissari è tracciata,	**ORG:** albo/criteri di scelta e gestione incompatibilità non	La nomina avviene dalla direzione; Gap principali:	X L ☐ M	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M	☐ Alta ☐ Media	Monitoraggio; Predisposizione di un archivio tecnologico per le nomine e

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	motivata e protetta da conflitti? **Focus**: Nomina/rotazione commissari non protetta → favoritismi (stessi commissari), conflitti non dichiarati, pressioni e condizionamenti sugli esiti di gara.	robusti; dichiarazioni COI non presidiate. **TECH:** archivio digitale nomine/dichiarazioni e tracciabilità verbali/punteggi carenti; accessi non limitati. **REL:** pressioni su commissari; relazioni con fornitori/consulenti; 'cordate'.	Carenza archivio digitale per nomine e dichiarazioni COI dei commissari	☐ H		☐ H	X Bassa	dichiarazioni COI dei commissari di gara;
8	**Criteri valutazione**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I criteri (tecnici/economici) sono coerenti, misurabili e non modificati "in corsa" (anche informalmente)? **Focus**: Criteri/pesi non coerenti o modificati 'in corsa' → chiarimenti pilotati e discrezionalità	**ORG:** revisione preventiva criteri assente; regole su FAQ/chiarimenti non solide; presidi su varianti criteri insufficienti. **TECH:** piattaforma non blocca modifiche; registro chiarimenti e conservazione digitale non robusti.	Nessuno	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			che orienta l'aggiudicazione.	**REL:** pressioni per far entrare un operatore; contatti informali pre-gara; cultura 'sistemiamo coi chiarimenti'.						
9	**MEPA/Convenzioni**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La scelta tra convenzioni/accordi quadro/MEPA/gara autonoma è motivata e verificabile (non opportunistica)? **Focus:** Scelta opportunistica tra convenzioni/accordi quadro/MEPA/gara autonoma → selezione della 'corsia' più comoda per arrivare al fornitore preferito.	**ORG:** regola decisionale non documentata; controllo ex post assente; ruoli non chiari. **TECH:** mancano evidenze ricerche MEPA/Consip e storico comparazioni; report utilizzo strumenti assenti. **REL:** fornitori che spingono una procedura; pressioni interne; abitudini consolidate.	Tutto svolto tramite piattaforme	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
10	**Tracciabilità CIG/CUP**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** CIG/CUP, determine, ordini, contratti e SAL/consuntivi sono allineati e coerenti lungo tutto il ciclo? **Focus**: Disallineamento tra CIG/CUP, determine, ordini, contratti e consuntivi → perdita tracciabilità, anomalie di spesa e controlli inefficaci.	**ORG:** controllo coerenza documentale e presidio variazioni/integrazioni carenti; responsabilità data quality non definita. **TECH:** integrazione sistemi debole; campi obbligatori/blocchi assenti; report anomalie CIG/CUP carenti. **REL:** pressioni per pagare 'anche se incoerente'; prassi 'sistemare dopo'; documenti 'aggiustati'.	Processo gestito tramite piattaforme interne	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.
11	**Segregazione operativa**	**Esito:** ☐ Sì	**Quesito:** La stessa persona (o micro-team) può richiedere,	**ORG:** separazione funzioni e sostituti non formalizzati; controlli	Nessuna	X L ☐ M	Processo presidiato	X L ☐ M	☐ Alta ☐ Media	Monitoraggio.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ Parziale X No ☐ N.A.	scegliere, ordinare, validare la fornitura e liquidare? **Focus**: Accentramento su una persona/micro-team (richiede–sceglie–ordina–valida–liquida) → ciclo chiuso senza contraddittorio e rischio di frodi/errori non intercettati.	del dirigente sporadici; deroghe prolungate. **TECH**: permessi non distinti; log e alert su utenti 'onnipotenti' assenti. **REL**: cultura 'ci fidiamo perché siamo pochi'; pressioni per carenze organico; rapporti personali con fornitori.		☐ H		☐ H	X Bassa	
12	**Conflitti di interesse**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito**: Esiste un meccanismo concreto per dichiarare e gestire conflitti/interessi (RUP, DEC, tecnici, richiedenti), anche su dispositivi/servizi? **Focus**: Conflitti/interessi non dichiarati o non gestiti	**ORG**: dichiarazioni non periodiche/per procedura; procedura gestione COI assente; controlli a campione carenti. **TECH**: archivio e scadenziario dichiarazioni assenti; workflow non blocca step;	Gap principali: Carenza di controlli a campione su incompatibilità Prassi operativa, carenza procedura	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Formazione specifica valoriale Predisposizione di procedura specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			(RUP/DEC/tecnici/richiedenti) → decisioni condizionate, favoritismi e rischio reputazionale/disciplinare.	astensioni/sostituzioni non tracciate. **REL:** benefit/relazioni personali; pressioni a 'non creare problemi'; normalizzazione dei conflitti.						
13	**RUP/DEC**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: RUP e DEC hanno tempo, competenze e strumenti per controllare davvero esecuzione, penali, contestazioni? **Focus**: RUP/DEC nominali o senza strumenti → esecuzione governata dal fornitore	**ORG:** nomine non coerenti con carico/competenze; checkpoint obbligatori assenti; escalation non conformità debole. **TECH:** strumenti controlli (SLA/ticket/registri) mancanti; tracciamento contestazioni carente; KPI non disponibili.	Gap principali: carenza di strumenti e controlli informatizzati	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			(varianti, qualità bassa, pagamenti automatici, mancata applicazione penali).	**REL:** pressioni per non applicare penali; relazioni amicali con vendor; 'quieto vivere'.						
14	**Magazzino & scorte**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Le scorte (disponibilità, scadenze, riordino) guidano davvero gli acquisti, o si compra "a sensazione"? **Focus:** Gestione scorte non data-driven → acquisti 'a sensazione', urgenze, ordini spot, sprechi (scadenze) e fornitori ricorrenti.	**ORG:** regole riordino/inventari/riconciliazioni non robuste; responsabilità non chiare; gestione lotti/scadenze debole. **TECH:** sistema magazzino non affidabile; tracciamento movimenti carente; report consumi/anomalie assenti. **REL:** pressioni UO per scorte proprie; fornitori che inducono ordini extra; resistenza a standardizzare.	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.
15	**Ricezione & collaudo**	**Esito:**	**Quesito:** La ricezione/accettazione è	**ORG:** procedura collaudo/accettazione e	Motivazione della non applicabilità: organico	☐ L	N.A.	☐ L	☐ Alta	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	indipendente dall'ordine e prevede controlli su quantità, qualità, conformità (anche minima)? **Focus**: Accettazione non indipendente o senza controlli minimi → pagamento di forniture non conformi/non ricevute e firme automatiche di comodo.	gestione non conformità assenti; separazione ordina/accetta debole. **TECH**: consegne senza timestamp/allegati; blocco pagamento senza accettazione non attivo. **REL**: pressioni a firmare per sbloccare urgenze; vendor che 'aggiusta dopo'; scarsa cultura della contestazione.	non adeguato alla fattispecie	☐ M ☐ H		☐ M ☐ H	☐ Media ☐ Bassa	
16	**Fatture & liquidazione**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: La liquidazione verifica coerenza tra contratto/ordine, consegna/collaudo, prezzi, quantità, penali prima del pagamento?	**ORG**: checklist liquidazione e responsabilità non definite; note credito/contestazioni gestite informalmente; presidio su adeguamenti automatici debole. **TECH**: match 3-way/alert	Procedura informatica presente	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			Focus: Liquidazione senza verifica 3-way (contratto/ordine–ricezione–fattura) → pagamenti indebiti, scostamenti seriali e mancata applicazione penali.	scostamenti/penali non supportati dal sistema. **REL:** pressioni su tempi pagamento; 'favori' su priorità; tolleranza a scostamenti minimi seriali.						
17	**Varianti & integrazioni**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Varianti/incrementi/proroghe sono eccezionali, motivate e approvate con tracciabilità, o diventano la norma? **Focus:** Varianti/proroghe/incrementi diventano prassi → trasformazione sostanziale del contratto e aggiramento della gara.	**ORG:** regole/soglie e valutazione alternativa (nuova gara vs variante) non applicate; controllo direzionale su ricorrenze carente. **TECH:** versioning e report varianti assenti; motivazioni/firme non tracciate. **REL:** pressioni per mantenere lo stesso fornitore; dipendenza tecnica; collusione su ampliamenti progressivi.	Tracciamento motivazione e firme presente	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
18	**Penali & contestazioni**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le penali/contestazioni vengono applicate quando dovute, o si chiude "bonariamente" senza traccia? **Focus:** Penali/contestazioni non applicate o chiuse 'bonariamente' senza traccia → assenza di deterrenza, qualità scadente e rischio di danno erariale.	**ORG:** procedura contestazioni non strutturata; DEC non supportato; monitoraggio penali applicate vs teoriche assente. **TECH:** ticketing/SLA e registro contestazioni carenti; dashboard performance/non conformità assente. **REL:** relazioni troppo morbide; paura del contenzioso usata come leva; cultura 'non alziamo polveroni'.	Gap principali: uniformare il processo per tutte le procedure	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato parzialmente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Formazione specifica valoriale Implementazione dell'impianto tecnologico Predisposizione di procedura specifica
19	**Accessi e modifiche**	**Esito:** ☐ Si	**Quesito:** Chi può modificare anagrafiche fornitori, ordini, ricezioni, esiti controlli?	**ORG:** regole su amministratori di sistema e segregazione IT/business deboli;	N.A.	☐ L ☐ M	N.A.	☐ L ☐ M	☐ Alta ☐ Media	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ Parziale ☐ No X N.A.	Esistono controlli su utenti e operazioni sensibili? **Focus**: Modifiche a dati sensibili (anagrafiche fornitori/ordini/ricezioni) non governate → possibilità di riscrivere la storia (prezzi/quantità/date) e ridurre auditabilità.	revisione profili assente; modifiche eccezionali non procedurate. **TECH:** audit trail non immutabile; alert su modifiche retroattive/massive assenti; controlli integrità/back-up deboli. **REL:** pressioni per 'sistemare' dati; complicità tra uffici; account condivisi/password deboli tollerati.		☐ H		☐ H	☐ Bassa	
20	**Albi/elenchi fornitori**	**Esito**: ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito**: L'albo/elenchi (se usati) sono aperti, aggiornati e governati, o di fatto chiusi a pochi operatori?	**ORG:** regole iscrizione/aggiornamento e verifiche requisiti/esclusioni non chiare; rotazione non tracciata. **TECH:** portale/gestione	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			Focus: Albo/elenchi chiusi di fatto → rotazione fittizia, selezione 'a rubrica' e barriere informali all'accesso.	digitale e storico inviti assenti; report concentrazione inviti carente. **REL:** reti locali di fornitori 'storici'; pressioni per non invitare 'scomodi'; turnazioni collusive.						
21	**Gestione anomalie**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito**: Quando emerge un'anomalia (prezzo fuori mercato, ripetitività, reclamo UO), c'è una gestione strutturata con esito tracciato? **Focus**: Anomalie (outlier prezzo, ripetitività, reclami) non gestite con esito tracciato → incapacità di intercettare/	**ORG:** registro anomalie e azioni correttive assenti; responsabilità/tempi chiusura non definiti; escalation su red flag debole. **TECH:** indicatori automatici e tracciamento segnalazioni/follow-up carenti; report periodici assenti. **REL:** pressioni per non formalizzare criticità;	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			correggere e rischio di reiterazione.	paura ritorsioni; complicità per chiudere in silenzio.						
22	**Reporting direzionale**	**Esito:** ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste un reporting "da Direzione" su: urgenze, sotto-soglia, rotazione, varianti, penali, concentrazione fornitori? **Focus:** Assenza di reporting periodico (urgenze, sotto-soglia, rotazione, varianti, penali, concentrazione) → rischi invisibili al vertice e decisioni non presidiate.	**ORG:** calendario report e responsabilità non definiti; riunioni follow-up assenti; KPI anticorruzione non integrati. **TECH:** dashboard non affidabili; drill-down assente; decisioni non tracciate. **REL:** resistenze a 'mettere numeri'; pressioni a non far emergere concentrazioni; reporting visto come adempimento.	Gap principali: Reporting informale	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Predisposizione di procedura specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
23	**Trasparenza & tracciamento decisioni**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Le principali decisioni (scelta procedura, esclusioni, aggiudicazione, varianti) sono motivabili senza imbarazzo e tracciate in modo lineare? **Focus**: Decisioni principali non ricostruibili/motivabili 'senza imbarazzo' → discrezionalità non governata, opacità e vulnerabilità a contestazioni.	**ORG:** motivazioni standard ma vuote; controllo qualità atti carente; archiviazione/reperibilità scarsa. **TECH:** fascicolo digitale incompleto; link tra atti e comunicazioni assenti; ricerca per CIG/oggetto/fornitore difficile. **REL:** pressioni per motivazioni 'copertura'; gestione opaca esclusioni; rapporti informali pre/post gara.	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio
24	**Relazione con UO cliniche**	**Esito:** X Si ☐ Parziale	**Quesito**: Le UO cliniche partecipano con ruolo tecnico (bisogni/criteri) senza "guidare" la scelta del fornitore?	**ORG:** regole su richieste tecniche (no brand) non applicate; verifica indipendente/equivalenti assente; tracciamento	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ No ☐ N.A.	**Focus**: Interferenza delle UO cliniche (brand/fornitore indicato) → condizionamento tecnico e riduzione concorrenza; rischio di scelte non ottimali e favoritismi.	specifiche esclusive carente. **TECH:** moduli richiesta non dissuasivi; storico richieste vincolanti e report UO assenti. **REL:** pressioni gerarchiche; rapporti UO-vendor (congressi/sponsor/consulenze); cultura 'serve quel marchio'.						
25	**Tenuta complessiva end-to-end**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Se oggi ti chiedo un acquisto "problematico", riesci a ricostruire end-to-end (richiesta → procedura → scelta → esecuzione → pagamento) in modo completo, senza buchi **Focus**: Impossibilità di ricostruire un acquisto	**ORG:** fascicolo unico e responsabilità di tenuta non definiti; passaggi non standardizzati; sostituzioni/assenze gestite senza continuità. **TECH:** sistemi non integrati; audit trail	Gap principali: Carenza gestionale informatico Carenza di un archivio digitale	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Formazione specifica valoriale Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			problematico end-to-end → buchi nel fascicolo, controlli inefficaci e rischio elevato di maladministration.	incompleto; qualità dati insufficiente. **REL:** lavoro fuori sistema (mail/telefonate); eccezioni seriali tollerate; pressioni a chiudere senza formalizzare.						

Scheda registro rischi corruttivi - UOC Servizio Affari Generali Legale e Convenzione

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	**Governance / ruoli**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Esiste un atto aggiornato che definisce competenze, confini, deleghe e poteri di firma tra Affari Generali, Legale, Convenzioni, Direzione e UO coinvolte? **Focus:** Verifica se le decisioni passano da un perimetro chiaro o se si lavora 'a interpretazione', con rischio di atti viziati, scelte in ombra e responsabilità scaricate.	**ORG:** • Mancanza RACI/organigramma funzionale • Deleghe non aggiornate o 'di fatto' • Segregazione compiti debole (chi istruisce decide e firma) **TECH:** • Workflow autorizzativi assenti nel gestionale • Assenza controlli su poteri firma (ruoli/abilitazioni) • Nessun alert su atti firmati fuori delega **REL:** • Pressioni per 'firmare e basta' • Interferenze tra strutture (telefonate/urgenze)	[Evidenze/presidi emersi: Esistenza di deleghe e segregazione delle funzioni seppur non aggiornate] [Gap principali: Carenza di archiviazione digitale Carenza gestionale di struttura]	X L ☐ M ☐ H	Processo scarsamente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico; Implementazione della procedura e delle segregazioni di funzioni; Formazione.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Cultura del 'ci pensiamo dopo'						
2	**Flussi / protocolli**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Le richieste (pareri, convenzioni, supporto legale) entrano con canale unico tracciato (protocollo/ticket) e con criteri di priorità motivati? **Focus:** Verifica l'esistenza di canali paralleli: se le richieste arrivano senza un criterio prestabilito, si perde tracciabilità, si creano favoritismi e urgenze artefatte.	**ORG:** • Canali paralleli tollerati (mail personali/WhatsApp) • Priorità decise 'a voce' • Assenza regole su urgenze e SLA **TECH:** ▪ Ticketing/registro richieste assente o non usato • Protocollo non integrato con fascicolazione • Nessun report tempi evasione **REL:** • Richieste 'spinte' da dirigenti/esterni • Urgenze legate a rapporti personali • Difficoltà a dire 'no' alle scorciatoie.	Nessuna GAP: Excel di struttura	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico; Formazione.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
3	**Pareri / istruttoria**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Ogni parere legale è rilasciato su quesito formalizzato, con allegati minimi, e conserva traccia di: richiedente, data, motivazione, esito? **Focus:** Se manca la formalizzazione, i pareri diventano 'copertura', non controllo: rischio di pareri adattati, incompletezza istruttoria e responsabilità non governata.	**ORG:** • Quesiti orali o non standardizzati • Allegati incompleti accettati • Nessuna revisione/validazione interna **TECH:** • Repertorio pareri assente/non ricercabile • Versioning documenti non gestito • Log modifiche non disponibili **REL:** • Richieste orientate (si chiede conferma, non valutazione) • Pressioni a 'scrivere come serve' • Conflitti tra uffici su responsabilità	[Evidenze/presidi emersi: In ambito tecnologico si ribadisce la carenza del gestionale la contestuale impossibilità di modifica da parte di soggetti terzi [Gap principali: Excel di struttura	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	☐ L X M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico; Formazione.
4	**Contenzioso**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Esiste un registro contenzioso unico (cause, ricorsi, decreti, pignoramenti, ecc.) con responsabile fascicolo, valore, rischio soccombenza, scadenze? **Focus:** Evidenzia un controllo inadatto: senza registro e scadenziario, aumentano decadenze,	**ORG:** • Fascicoli 'personali' non condivisi • Ruoli non assegnati (chi segue cosa) • Scadenze gestite senza back-up **TECH:** • Scadenziario/alert non configurato • Nessuna dashboard su	Nessuno. [Gap principali: Archiviazione cartacea; Excel di struttura	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico; Formazione.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			urgenze e affidamenti emergenziali	contenzioso • Documenti sparsi (drive/email) **REL:** • Contenziosi sensibili gestiti in cerchie ristrette • Interferenze nel decidere transazioni/strategie • Contatti diretti con controparte/legali						
5	**Legali esterni**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Gli incarichi a legali esterni seguono procedura standard (elenco/albo, rotazione, comparazione, motivazione, verifica requisiti) e non 'sempre gli stessi'? **Focus:** Intercetta favoritismi e fornitori storici: senza rotazione e motivazioni, rischio di affidamenti distorti e parcelle fuori controllo.	**ORG:** • Albo/elenco non usato o non aggiornato • Rotazione solo formale • Motivazioni generiche (urgenza, specialità) **TECH:** • Assenza database incarichi/parcelle • Nessun controllo duplicazioni/overbillin g • Mancanza tracciamento performance (esiti) **REL:** • Relazioni consolidate con studi legali • Segnalazioni politiche o interne • Rischio collusione su esiti/parcelle	[Evidenze: Esistenza regolamento su composizione albo legali (Amministrazione trasparente) Gap: Principio di rotazione degli incarichi	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Procedura su rotazione degli incarichi;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
6	**Legali esterni / parcelle**	**Esito:** x Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Esiste un controllo ex ante ed ex post su parcelle (parametri, attività svolte, congruità, autorizzazioni) prima della liquidazione? **Focus:** Se si paga in assenza di adeguata verifica, il rischio è di spesa ingiustificata e scambio implicito (incarichi ↔ trattamenti di favore).	**ORG:** • Mancanza regole/limiti di spesa • Liquidazioni senza check tecnico-legale • Controllo concentrato su una sola persona **TECH:** • Nessun tracciamento prestazioni vs parcella • Documenti di supporto non allegati nel fascicolo • Assenza report costi per contenzioso **REL:** • Pressioni per pagare rapidamente 'per non litigare' • Asimmetria informativa con lo studio • Rapporti personali che frenano contestazioni	[Evidenze/presidi emersi: Esistenza di un regolamento per la individuazione dei compensi.	X L ☐ M ☐ H	[Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;
7	**Conflitti di interessi**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No	**Domanda:** Per chi gestisce convenzioni/contenzioso (interni) e per legali/consulenti (esterni) sono acquisite e aggiornate dichiarazioni di conflitto interessi e cause di incompatibilità?	**ORG:** • Dichiarazioni assenti o una tantum • Nessuna verifica a campione • Gestione COI senza escalation (RPCT/Direzione)	Nessuna; [Gap principali: carenza di gestionale; Accessi non profilati (Privacy)	X L ☐ M ☐ H	Processo carente.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Procedura sul trattamento dei dati personali ai fini degli accessi; Implementazione dell'impianto tecnologico; Formazione.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ N.A.	**Focus:** Se manca la dichiarazione o non è controllata, il conflitto diventa invisibile e ingestibile.	**TECH:** • Archivio COI non strutturato/ricercabile • Nessun alert su scadenze/aggiornamenti • Accessi non profilati (privacy) **REL:** • Relazioni locali con controparte/avversari • Pressioni di territorio • Sottostima del tema ('ci conosciamo tutti')						
8	**Convenzioni / repertorio**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Esiste un repertorio unico delle convenzioni (MMG/PLS, specialistica, università/tirocini, protocolli, accreditati, ecc.) con stato, allegati, responsabile, scadenze e rinnovi? **Focus:** Senza repertorio e scadenziario, le convenzioni scadono ma continuano: rischio di proroghe tacite, pagamenti non coperti e contenziosi.	**ORG:** • Proprietà del dato non definita (chi aggiorna) • Convenzioni duplicate tra uffici • Rinnovi gestiti all'ultimo minuto **TECH:** • Repertorio in Excel locale / non versionato • Scadenziario senza alert automatici • Nessun collegamento a fascicolo digitale **REL:** • Controparti che spingono per proroghe • Pressioni per non interrompere servizi	[Evidenze/presidi emersi: Convenzioni con i MMG, pediatri libera scelta e specialistica non sono di competenza della struttura	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Rapporti informali che superano le regole						
9	**Convenzioni / istruttoria**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Per ogni convenzione è tracciato l'iter completo: istruttoria, pareri (legale/contabile/privacy), copertura, atto, firma, pubblicazione/trasparenza? **Focus:** Se l'iter è frazionato, qualcuno può saltare controlli chiave (copertura, privacy, trasparenza) e far passare clausole squilibrate.	**ORG:** • Checklist istruttoria assente • Pareri richiesti solo se serve • Firma senza evidenza di tutti i passaggi **TECH:** • Workflow documentale non configurato • Allegati non bloccati (possono cambiare dopo) • Mancanza log approvazioni **REL:** • Clausole imposte dalla controparte • Urgenze per eventi/progetti esterni • Scarsa assertività nel negoziare.	Nessuna; [Gap principali: L'istruttoria sugli ambiti su: Legale, contabilità e privacy non sono standardizzati;	X L ☐ M ☐ H	Processo scarsamente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico; Procedura specifica su gap; Formazione.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
10	**Convenzioni / proroghe**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Rinnovi, proroghe e modifiche sono sempre formalizzati, motivati e deliberati (niente proroghe tacite / 'andiamo avanti così')? **Focus:** La proroga tacita è spesso la porta d'ingresso di irregolarità e contenzioso. Regole di rinnovo non definite • Proroghe ripetute senza analisi alternative • Mancanza controllo su scadenze	**ORG:** • Pressioni 'non si può fermare' • Richieste personalizzate della controparte • Conflitti con UO operative che pretendono continuità	Nessuno; [Gap principali: Implementazione dei regolamenti generali per convenzionamenti.	x L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico; Regolamenti; Formazione.
11	**Convenzioni / controlli**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Domanda:** È previsto un controllo (anche a campione) sugli adempimenti della controparte prima di proseguire/liquidare (report, requisiti, polizze, standard, ecc.)? **Focus:** Senza controlli, si paga senza verifica: la convenzione resta carta, non governance. • Nessun piano controlli/monitoraggio • Controlli affidati al buon senso	**TECH:** • Relazioni di fiducia che impediscono contestazioni • Paura di conflitto con la controparte • Pressioni per non disturbare partner strategici	N/A	☐ L ☐ M ☐ H	N/A	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N/A

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			• Azioni correttive non formalizzate							
12	**Accesso / FOIA**	Esito: ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Domanda:** Le istanze di accesso (241/90 e FOIA) sono gestite con registro, tracciamento termini, controinteressati, motivazione e controllo qualità delle risposte? **Focus:** Senza regia aumentano contenziosi e decisioni incoerenti; il differimento diventa prassi. • Registro accessi assente o incompleto • Modelli motivazionali non standard • Ruoli confusi tra UO (chi risponde cosa)	**ORG:** • Pressioni di utenti/avvocati/politic a locale ▪ Tendenza a prendere tempo per quieto vivere • Conflitti con strutture che non vogliono rilasciare atti	[Evidenze: La struttura riferisce che la gestione delle richieste di accesso è gestita dall'URP, gli Affari Legali esprimono pareri ed inviano all'URP.	☐ L ☐ M ☐ H	Processo non presidiato da un registro sulle richieste di accesso.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio; Procedura e audit; Implementazione dell'impianto tecnologico; Formazione.
13	**Accesso / motivazioni**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Dinieghi/differimenti sono sempre motivati in modo puntuale (pregiudizio concreto, dati personali, interessi pubblici/privati) e non con formule standard copia- incolla? **Focus:** Motivazioni deboli aumentano soccombenze nei ricorsi e consolidano prassi difensive scorrette.	**ORG:** • Mancanza revisione legale interna sui casi complessi • Assenza checklist pregiudizio concreto • Decisioni prese in solitudine senza confronto **TECH:** • Template non aggiornati/non controllati • Archivio precedenti non consultabile • Tracce istruttoria non conservate	[Evidenze: La struttura riferisce che la gestione delle richieste di accesso è gestita dall'URP, gli Affari Legali esprimono pareri ed inviano all'URP.	X L ☐ M ☐ H	Processo non presidiato da un registro sulle richieste di accesso.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Procedura e audit; Implementazione dell'impianto tecnologico; Formazione.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				REL: • Pressioni per non dare niente o dare tutto • Conflitti con controinteressati influenti • Timore di esposizione mediatica						
14	**Trasparenza**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Gli atti rilevanti (convenzioni, incarichi legali, transazioni, spese legali) sono gestiti con responsabilità chiare per pubblicazione/aggiornamento in Trasparenza? **Focus:** Se la trasparenza è residuale, aumenta opacità su scelte e costi con rischio di rilievi e maladministration	**ORG:** • Responsabili pubblicazione non definiti • Flusso 'chi manda cosa' non formalizzato • Controlli di completezza assenti **TECH:** • Nessun workflow tra uffici e portale trasparenza • Scadenze non monitorate • Versioni atti non allineate (pubblicato ≠ firmato) **REL:** • Resistenze interne alla pubblicazione • Pressioni per oscurare/ritardare • Timore di contestazioni esterne	{Evidenze/presidi emersi: Carenza di nomina formalizzata e segregazione di funzioni in merito al soggetto dedicato all'appostamento del dato in amministrazione trasparente.	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Procedura; Implementazione dell'impianto tecnologico; Formazione.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
15	**Dati / privacy**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Nel trattamento di dati (anche sanitari) su contenzioso/accesso/convenzioni, esistono regole pratiche su minimizzazione, accessi profilati, canali sicuri e 'chi vede cosa'? **Focus:** Intercetta rischio di accesso improprio e data breach su fascicoli sensibili.	**ORG:** • Istruzioni operative privacy non tradotte in prassi • Accessi concessi per comodità • Mancanza controllo su estrazioni/copie **TECH:** • Cartelle condivise senza profilazione • Invii non sicuri (mail non cifrata, allegati liberi) • Log accessi non consultati/assenti **REL:** • Richieste 'fammi vedere il fascicolo' da non autorizzati • Pressioni interne per bypassare controlli • Contatti diretti con esterni su dati sensibili	[Evidenze/presidi emersi: Gestione di una cartella autonoma con segregazione profilata ed esclusiva ad alcuni membri della struttura. [Gap principali: Carenza di segregazione di funzioni; Archivio informatizzato.	☐ L X M ☐ H	Processo carente e non presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio; Procedura e audit entro 6 mesi; Implementazione dell'impianto tecnologico; Formazione.
16	**Protocollo / canali**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** È realmente impedito (o almeno governato) l'uso di canali paralleli per atti e comunicazioni ufficiali (WhatsApp, mail private, consegna a mano senza protocollo)? **Focus:** I canali paralleli azzerano tracciabilità e	**ORG:** • Eccezioni tollerate e mai sanate • Mancanza regole e sanzioni interne • Assenza controllo del dirigente sul flusso reale **TECH:** • Protocollo non usabile/complesso → bypass	Nessuno.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			responsabilità, aprendo a manipolazioni e favoritismi.	• Assenza integrazione PEC–protocollo • Nessuna evidenza di ricezione/lettura formalizzata **REL:** • Relazioni informali che spingono scorciatoie • Pressione 'serve subito' • Collusioni per evitare tracce						
17	**Atti / firma**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Esiste un controllo effettivo su firme e sottoscrizioni (firma digitale, deleghe, firma 'per conto') e sulle versioni finali degli atti? **Focus:** il rischio si rappresenta con la possibilità che l'atto risulti non valido e manomesso: chi firma deve avere potere e vedere l'ultima versione corretta.	**ORG:** • Delega non verificata prima della firma • Firma su bozza non consolidata • Mancanza doppio controllo su atti sensibili **TECH:** • Versioning assente (non si sa qual è l'ultima) • Workflow firma non bloccante • Log firma non archiviati nel fascicolo **REL:** • Pressioni per firmare in fretta • Firma di cortesia per altri uffici • Rischio firma su contenuti imposti da esterni.	Nessuna.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
18	**Conservazione / fascicoli**	Esito: ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Domanda:** Fascicoli e atti sono conservati in modo uniforme (fascicolo informatico / conservazione a norma) evitando archivi personali, cartaceo sparso e drive non controllati? **Focus:** Senza conservazione ordinata non si ricostruisce chi ha fatto cosa e quando: rischio alto in audit e contenziosi.	**ORG:** • Regole fascicolazione non applicate • Ruoli su archiviazione non chiari • Archivi personali tollerati **TECH:** • Conservazione digitale non completata • Permessi cartelle non gestiti • Back-up/DR non testato per fascicoli sensibili **REL:** • Resistenze a mettere tutto nel sistema • Paura di controllo (si preferisce tenere nel cassetto) • Scambi informali di documenti fuori processo	Nessuna.	☐ L ☐ M ☐ H	N/A	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico;
19	**Transazioni**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Accordi transattivi/conciliazioni seguono un percorso con istruttoria, valutazione costi- benefici, parere legale, approvazione competente, tracciabilità pagamenti? **Focus:** Intercetta il rischio 'paghiamo per chiudere': senza percorso, la	**ORG:** • Criteri di transazione non definiti • Autorizzazioni non formalizzate • Valutazione economica non documentata **REL:** • Fascicolo transazione non completo • Tracciamento pagamenti	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			transazione può diventare scorciatoia opaca.	non collegato al provvedimento ▪ Nessun reporting transazioni per causa/motivo						
20	**Sinistri / assicurazioni**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Per sinistri e RC (dove pertinente) esistono registro, flusso con assicurazione, tracciamento franchigie, analisi cause ricorrenti e azioni di prevenzione? **Focus:** Se i sinistri sono solo gestiti e non governati, si ripetono e aumentano costi e contenziosi.	**ORG:** ▪ Registro sinistri non aggiornato ▪ Ruoli con assicurazione non definiti ▪ Nessuna analisi periodica cause/aree critiche **TECH:** ▪ Documentazione sinistro dispersa ▪ Scadenze denuncia/istruttoria non monitorate ▪ Reportistica assente su costi/franchigie	[Evidenze/presidi emersi: Non esiste un contratto assicurativo e i sinistri vengono gestiti in house.	X L ☐ M ☐ H	Processo carente ed altamente discrezionale	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Procedura e audit entro 6 mesi; Implementazione dell'impianto tecnologico; Formazione.
21	**Integrazione contabile**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Spese legali, contributi unificati, consulenze e liquidazioni sono integrate con contabilità (impegni, autorizzazioni, controlli) evitando pagamenti fuori circuito? **Focus:** Serve a capire se la spesa legale è controllata come qualunque spesa, evitando duplicazioni e pagamenti impropri.	**ORG:** ▪ Regole autorizzative non chiare ▪ Controlli su congruità non formalizzati ▪ Deroghe frequenti per urgenza **TECH:** ▪ Dati legale ↔ contabilità non allineati ▪ Mancanza riconciliazioni periodiche ▪ Assenza controlli anti-	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				duplicazione su fatture/parcelle						
22	**Controlli interni**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Sono previsti controlli di secondo livello / a campione su fascicoli (contenzioso, accesso, convenzioni): completezza, motivazioni, tempi, coerenza, con esiti e azioni correttive? **Focus:** Senza controlli a campione, gli errori diventano prassi che si rappresenta come opacità, finchè non si rappresenta un danno.	**ORG:** • Assenza piano controlli e criteri campionamento • Esiti non formalizzati / nessun follow-up • Controllo affidato agli stessi che operano **TECH:** • Mancanza dashboard e indicatori di anomalia • Log non consultati • Difficoltà estrazione dati (reporting manuale) **REL:** • Resistenze a farsi controllare • Protezione corporativa tra uffici • Pressioni per non verbalizzare criticità	Nessuna.	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio; Procedura e audit; Implementazione dell'impianto tecnologico; Formazione.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
23	**Gestione urgenze**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Le urgenze (scadenze giudiziarie, accessi, rinnovi) sono gestite con regole chiare e piani di continuità, evitando decisioni emergenziali senza traccia? **Focus:** Urgenza = alibi tipico: la prassi o l'assenza di procedure serve a comprendere se il processo è governato o serve a saltare procedure e controlli.	**ORG:** • Criteri urgenza non definiti • Back-up assente (se manca una persona, blocco) • Deroghe non tracciate né autorizzate **TECH:** • Alert scadenze non attivi/non usati • Nessun piano sostituzioni nel workflow • Documentazione a posteriori non recuperabile **REL:** • Pressioni di avvocati/controparte/ dirigenza • Urgenze create ad arte per favorire scelte • Conflitti tra uffici operativi e controllo	Nessuna,	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Procedura; Implementazione dell'impianto tecnologico; Formazione.
24	**Reporting direzionale**	Esito: ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Esiste un reporting periodico alla Direzione su: contenzioso (numero/valore/esiti), convenzioni (scadenze/criticità), accesso (volumi/tempi/esiti) e azioni di mitigazione? **Focus:** Se non si misura e non si riporta, non si governa: il rischio resta	**ORG:** • Nessun calendario reporting • Informazioni non validate (ognuno ha i suoi numeri) • Decisioni senza follow-up su azioni **TECH:** • Cruscotti assenti o manuali (Excel fragile)	[Evidenze/presidi emersi: Reporting esiste solo per gli Affari Legali e non è presente per gli Affari Generali	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			invisibile al top management.	• Dati non integrati tra sistemi • KPI non calcolabili per qualità del dato **REL:** • Direzione non chiede dati (mancanza tone from the top) • Paura di esporre criticità • Rischio di edulcorare numeri/ritardi						
25	**Cultura / integrità**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** il personale ha ricevuto formazione mirata (accesso, convenzioni, anticorruzione, privacy, contenzioso) e usa format/checklist standard senza scorciatoie tollerate dal top management? **Focus:** Se la cultura è debole anche la procedura migliore viene aggirata: si vede se il sistema regge solo sotto pressione.	**ORG:** • Formazione sporadica/non mirata • Checklist non adottate o non aggiornate • Deroghe tollerate (sempre fatto così) **TECH:** • Materiali/format non disponibili in repository unico • Nessun tracciamento formazione (chi ha fatto cosa) • Assenza strumenti semplici per standardizzare (modelli) **REL:** • Normalizzazione delle pressioni (utenza/esterni/interni) • Paura di esporsi	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Evidenze	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				segnalando criticità • Conflitti tra fare in fretta e fare bene						

Scheda registro rischi corruttivi - UOC Servizio Tecnico

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	**Governance / ruoli (RUP/DEC/DL/CSE/collaudi)**	X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Ruoli e responsabilità (RUP/DEC/DL/CSE/collaudi[1]) sono formalizzati e aggiornati per tutti gli interventi e appalti tecnici? **Focus**: Non basta "sappiamo chi fa cosa": serve atto/nomina, perimetro, sostituzioni, incompatibilità, e chiarezza su chi autorizza varianti/SAL/collaudi.	**ORG**: • Nomine non sistematiche o ex post • Stesse persone su tutto (accumulo poteri) • Incompatibilità non gestite (DL vs collaudo) **TECH**: • Modelli digitali di nomina assenti • Mancanza workflow approvativo • Repository atti non unico **REL**: • Pressioni per	Esistono ordini di servizio Viene usato SPID per accesso alle piattaforme Viene utilizzato un archivio digitale atti centralizzato Gap principali: Carenza gestionale struttura	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione impianto tecnologico

[1] D.Lgs. 36/2023), i ruoli di RUP (Responsabile Unico del Progetto), DEC (Direttore dell'Esecuzione del Contratto), DL (Direttore dei Lavori), CSE (Coordinatore per la Sicurezza in Esecuzione) e i collaudatori devono essere formalizzati, aggiornati e attribuiti in modo chiaro per ogni appalto, con responsabilità definite e spesso separate (anche se RUP e DEC possono coincidere in certi casi)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				nominare sempre gli stessi • Accordi informali con fornitori su referenti • Ruoli negoziati a voce con reparti						
2	**Programmazione**	X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste una programmazione annuale (manutenzioni/adeguamenti/impianti) con criteri di priorità documentati e approvati? **Focus**: Mancato governo il carico con un piano (anche leggero) e criteri: sicurezza, continuità assistenziale, compliance, rischio impianti, budget.	**ORG**: • Piano non formalizzato / non approvato • Priorità decise caso per caso • Urgenze sempre fuori piano **TECH**: • Nessun sistema per piano/KPI • Assenza storico interventi (dati dispersi) • Ticket non classificati per criticità **REL**:	Gap principali: Vengono utilizzate cartelle in Cloud su OneDrive	☐ L X M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Pressioni dei reparti più forti • Interventi spinti da interessi esterni • Fornitori orientano le priorità						
3	**Flussi operativi**	X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Le richieste dei reparti (guasti/interventi/adeguamenti) passano da un canale unico e tracciato (ticket/protocollo), senza scorciatoie? **Focus**: Intercetta chiamate dirette, WhatsApp, favori, interventi non registrati (poi difficili da controllare e rendicontare).	**ORG**: • Canali multipli non governati • Interventi fuori sistema • Nessuna regola su urgenze vs ordinario **TECH**: • Ticket system assente/limitato • Nessun time-stamp certo • Log non consultabili / modificabili **REL**: • Richieste personalizzate da singoli • Pressioni per saltare	richieste gestite evitando raggiri o preferenze	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				la coda • Fornitori contattati direttamente dai reparti						
4	**Urgenze**	X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Le urgenze sono definite e validate (chi decide, criteri, motivazione) e non diventano la regola? **Focus**: Punta su abuso di urgenza/somma urgenza: se tutto è urgente, si apre la porta a deroghe, affidamenti ripetuti, extra-costi.	**ORG**: • Criteri urgenza assenti • Validazione sempre dal medesimo soggetto • Motivazioni generiche **TECH**: • Campo urgenza editabile senza log • Mancano allegati obbligatori (foto/verbale) • Nessun alert su urgenze ricorrenti **REL**: • Pressioni da Direzioni/Primari	Accordi quadro per evitare urgenze, cinque accordi quadro: ognuno per presidio ospedaliero con un budget predefinito Gap principali: Procedura d'urgenza assente e di definizione di urgenza	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Procedura specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Fornitori di fiducia spinti come unici disponibili • Collusioni su urgenze pilotate						
5	**Governance / segregazione (urgenza, scelta fornitore, SAL, collaudo, liquidazione)**	X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Chi autorizza e chi esegue sono separati nei passaggi critici (urgenza, scelta fornitore, SAL, collaudo, liquidazione)? **Focus**: Qui cerchi la segregazione reale: se lo stesso soggetto decide, controlla e certifica, il rischio di maladministration sale anche con procedure formalmente corrette.	**ORG**: • Accentramento decisioni su un solo responsabile • Deleghe non formalizzate/obsolete • Sostituzioni non previste (turnover/assenze) **TECH**: • Workflow approvativi non configurati • Permessi applicativi non coerenti coi ruoli • Mancanza di tracciamento step-by-step **REL**: • Pressioni per "sbloccare" pratiche • Interferenze di	Procedura condivisa con ditta specializzata esterna Chi esegue e chi autorizza sono due soggetti distinti da delibera e su SAL doppia firma di RUP e direttore lavori (Procedura NSO) Deleghe funzionale carente sostituita con ordini di servizio	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				reparti/dirigenza su iter • Relazioni personali con fornitori influenti						
6	**Gestione fornitori**	☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito**: Esiste un albo/short-list di operatori tecnici (per categoria impianti) con criteri di qualificazione e aggiornamento periodico? Focus: Verifica che non si scelga sempre "a memoria": qualifiche, abilitazioni, coperture, performance, storico contestazioni.	**ORG:** • Qualificazione non standardizzata • Aggiornamenti non periodici • Criteri non trasparenti (chi entra/esce) **TECH:** • Dossier fornitori non digitalizzato • Scadenziari certificazioni non automatici • Storico interventi non collegato al fornitore **REL:** • Fornitori spingono per restare "unici" • Pressioni territoriali/relazionali • Relazioni	Lavoro con categorie certificate SOA Gap principali: Esiste una consequenzialità nella scelta dei fornitori abituali Albo fornitori non presente Procedura su MEPA con trattativa privata e discrezionalità sulle procedure Mancata valutazione sulle prestazioni rese	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione impianto tecnologico Procedure specifiche Audit da effettuarsi entro il primo semestre del 2026 per verifica azioni di miglioramento Report da e verso RPCT

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				consolidate riducono contendibilità						
7	**Budget / spesa**	X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste un controllo preventivo tecnico-economico (stima, prezziari, alternative) prima di attivare affidamenti/interventi? **Focus:** Non è (solo) ragioneria: è presidio tecnico su quantità, prezzi, congruità, scelta soluzione (ripara vs sostituisci).	**ORG:** • Stime fatte dal fornitore senza verifica • Mancanza doppia verifica (tecnica e economica) • Assenza di approvazione formale pre-spesa **TECH:** • Fogli di calcolo non versionati • Nessun archivio comparativi/preventivi • Template computo/analisi prezzi assente **REL:** • Fornitori impostano soluzioni più costose	Prezziario regionale e prezziario DEI Software adeguato ed integrato	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Pressioni per chiudere senza comparazione • Rapporti personali con tecnici esterni						
8	**Capitolati / specifiche**	X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le specifiche tecniche/capitolati sono redatti in modo neutro (no su misura) e revisionati da seconda linea? **Focus**: Intercetta requisiti che restringono la concorrenza: marchi, caratteristiche uniche, compatibilità artificiose, tempi impossibili.	**ORG**: • Nessuna revisione indipendente • Copia-incolla da offerte fornitori • Requisiti non motivati tecnicamente **TECH**: • Versioning capitolati assente • Mancanza tracciamento modifiche • Archivio capitolati tipo non controllato **REL**: • Fornitori suggeriscono clausole ad hoc • Contatti informali prima della gara	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Pressioni interne per quel fornitore						
9	**Affidamenti tecnici**	X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Per affidamenti sotto soglia/urgenti, la scelta fornitore è tracciata con criteri (rotazione, comparativi, motivazione)? **Focus:** si chiama sempre lo stesso, se la rotazione è solo formale, e se i comparativi sono reali (non preventivi di comodo).	**ORG:** • Rotazione non applicata o deroghe seriali • Comparativi non omogenei • Motivazioni standard e non verificabili **TECH:** • Registro affidamenti non aggiornato • Nessun cruscotto per rotazione/cluster impianti • Documenti salvati in cartelle personali REL: • Fornitori storici con accesso privilegiato • Pressioni continuità non motivate • Relazioni personali/territoriali	Gap principali: No registro affidamenti in quanto si tende a prediligere una procedura ad evidenza pubblica	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
10	**Esecuzione lavori**	X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: DL/DEC effettuano controlli in corso d'opera documentati (sopralluoghi, check, non conformità) e non solo a vista? **Focus**: Intercetta SAL automatici, controlli occasionali, qualità non verificata, lavori pagati senza riscontri oggettivi.	**ORG:** • Sopralluoghi non pianificati • Verbali non standardizzati • Non conformità non gestite (azioni/costi) **TECH:** • Checklist digitali assenti • Foto/geo/ora non tracciate • Repository verbali non unico **REL:** • Fornitore accompagna il controllo • Pressioni per chiudere SAL a fine mese • Rapporti informali DL- impresa	Pressioni per chiudere SAL gestito correttamente	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
I1	**Varianti**	X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le varianti (tecniche/economiche/tempi) sono motivate, autorizzate e analizzate (cause, impatti, alternative)? **Focus**: Varianti = punto classico di extra-costo. Qui si verifica se sono fisiologiche o diventano canale di aumento spesa.	**ORG**: • Soglie autorizzative non chiare • Varianti proposte dal fornitore senza contraddittorio • Assenza analisi cause (progettazione carente?) **TECH**: • Tracciamento versioni progetto assente • Nessun registro varianti con motivi/costi • Allegati scambiati via mail personale **REL**: • Accordi informali poi sistemiamo con variante • Pressioni per accelerare senza atti • Collusioni su extra lavorazioni	Le soglie autorizzative vengono legittimate con l'adozione di provvedimenti deliberativi	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
12	**Contabilità lavori**	X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** SAL/contabilità lavori sono verificati su quantità/prezzi e separati da chi autorizza il pagamento? **Focus:** Verifica segregazione e capacità di contestare: misure, libretti, computi, prezzi, trattenute, penali.	**ORG:** • Segregazione assente (stessa persona tutto) • Controlli quantitativi deboli • Penali mai applicate **TECH:** • Software contabilità non usato o non completo • Mancanza audit trail su misure/SAL • Documenti non firmati digitalmente **REL:** • Pressioni a far passare SAL • Imprese insistono su pagamenti rapidi • Rapporti personali condizionano contestazioni	Gestionale utilizzato Segregazione chiara	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
13	**Collaudi / chiusura**	X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Collaudi/CRE/verifiche finali sono indipendenti e includono gestione difetti, riserve, as-built e manuali impianti? **Focus:** Non è firma e via: serve chiusura tecnica completa, consegna documentale e presa in carico manutentiva.	**ORG:** • Collaudatore non realmente indipendente • Chiusure accelerate senza difetti list • Documentazione impianti incompleta **TECH:** • Archivio as-built/manuali non centralizzato • Scadenziario garanzie assente • Check di completezza non automatizzato **REL:** • Pressioni per inaugurare/aprire reparti • Imprese spingono per chiudere prima • Tolleranza di favore su difetti	I collaudi vengono gestiti da soggetti terzi Gap principali: Mancanza registro collaudi	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Predisposizione registro collaudi

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
14	**Impianti critici**	X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Per impianti critici (elettrico, gruppi elettrogeni, UPS, antincendio, climatizzazione aree critiche, gas medicali se in perimetro) esiste manutenzione preventiva con verifiche e registri? **Focus**: Intercetta interventi non tracciati, manutenzioni a guasto, affidamenti ripetitivi e urgenze seriali su impianti essenziali.	**ORG**: • Piano manutenzioni preventive incompleto • Responsabili impianto non formalizzati • Controlli su esecuzione manutentore deboli **TECH**: • CMMS non usato per scadenze • Registri cartacei frammentati • Log interventi modificabili senza traccia **REL**: • Fornitori unici difficili da cambiare • Pressioni per deroghe temporanee • Rapporti consolidati che riducono controllo	Per impianti elettrici i controlli esterni vengono eseguiti ai sensi della l. n. 462/01	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
15	**Gestione consulenze tecniche (progettazione, DL, collaudi, perizie)**	X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Gli incarichi a professionisti esterni (progettazione, DL, collaudi, perizie) sono motivati, tracciati e con verifica di incompatibilità/conflitti ? **Focus**: Intercetta affidamenti ripetitivi, incarichi frazionati, consulenti "di casa", perizie orientate.	**ORG**: • Motivazioni generiche (mancanza competenze interne) • Rotazione non applicata sugli incarichi • Verifiche conflitti/incompatibilità assenti **TECH**: • Archivio incarichi non unico • Mancanza tracciamento revisioni elaborati • Consegne via canali non istituzionali **REL**: • Professionisti legati a fornitori/impresa • Pressioni per nominare "quello che conosce il reparto" • Scambi informali su perizie/stime	Gap principali: L'archivio incarichi è gestito e controllato da più soggetti	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Procedura su gestione accesso archivio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
16	**Tracciabilità economica (computi, perizie, SAL)**	X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le richieste di integrazione/correzione atti tecnici (computi, perizie, SAL) sono tracciate e motivate, senza "ritocchi" informali? **Focus:** Punta su manipolazioni ex post di quantità/prezzi o motivazioni per far quadrare importi, tempi o pagamenti.	**ORG:** • Correzioni gestite senza procedura • Mancanza doppia firma su rettifiche • Nessuna policy su errori/annullamenti **TECH:** • Versioning documenti assente • Audit trail modifiche non disponibile • File scambiati in formati editabili non controllati **REL:** • Pressioni a "sistemare" importi • Fornitori insistono su modifiche rapide • Collusioni su extra contabilizzati	Procedura forte Il processo non necessita di alcuna rettifica	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
17	**Controllo accessi fornitori**	X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** L'accesso dei fornitori alle strutture (anche per manutenzioni) è autorizzato, registrato e con supervisione quando necessario? **Focus:** Intercetta ingressi non tracciati, lavori non richiesti, prelievo materiali, manomissioni, e rischio sicurezza.	**ORG:** • Autorizzazioni non formalizzate • Assenza registro presenze fornitori • Supervisione non prevista in aree sensibili **TECH:** • Registro accessi non digitalizzato • Nessun collegamento accesso-tickets/interventi • Alert accessi fuori orario assenti **REL:** • Fornitori chiedono libertà di accesso • Pressioni da reparti per ingresso immediato • Relazioni personali facilitano bypass	La responsabilità per controllo e custodia è rimessa alla ditta	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
18	**Sicurezza cantieri**	X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Nei cantieri (interni/esterni) sono governati PSC/POS, permessi, accessi, verbali coordinamento e segnalazioni infortuni/near miss? **Focus**: È indicatore di controllo reale su imprese, subappalti, presenze e scorciatoie che impattano sicurezza e regolarità.	**ORG**: • CSE nominato tardi o non presente • Permessi lavoro non standard • Accessi imprese non controllati **TECH**: • Registro accessi digitale assente • Verifiche documentali non tracciate • Repository PSC/POS non controllato **REL**: • Imprese spingono per fare prima • Tolleranza verso irregolarità minori • Pressioni per non bloccare attività cliniche	Gap principali: Registro accessi digitale assente	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
19	**Subappalti (idoneità, DURC, requisiti, tracciabilità presenze)**	X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: I subappalti/terzisti sono autorizzati, verificati e coerenti con contratto (idoneità, DURC, requisiti, tracciabilità presenze)? Focus: Punto tipico di rischio: soggetti non valutati, catene opache, lavori svolti da chi non doveva.	**ORG**: • Autorizzazioni subappalto non presidiate • Verifiche requisiti solo a campione • Mancanza controlli presenze e ruoli **TECH**: • Fascicolo fornitore non completo in digitale • Alert su scadenze DURC/requisiti assente • Scambi documentali via canali informali **REL**: • Impresa impone subappaltatore di fiducia • Pressioni a chiudere un occhio per tempi • Rischio collusioni/ricadute territoriali	Esiste una procedura per la gestione dei subappalti	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
20	**Servizi continuativi**	X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Nei contratti continuativi (manutenzione impianti, global service, energia, ascensori, antincendio, ecc.) esistono KPI/SLA e controlli su prestazioni/penali? **Focus**: il contratto è governato o si paga e basta: ticket, tempi risposta, disponibilità impianti, penali, contestazioni.	**ORG:** • KPI non definiti o non misurati • Penali mai applicate • Controllo prestazioni senza campionamento **TECH:** • Misure KPI non automatizzate • Ticket non collegati al contratto • Report fornitore non verificabili **REL:** • Fornitore storico con tolleranza alta • Pressioni per evitare contestazioni • Collusione su finti tempi/chiusure ticket	Esiste una procedura Gap principali: Procedura di controllo DEC da implementare con criteri di valutazione dei controlli Controllo in capo al singolo DEC ed elevata discrezionalità	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Predisposizione procedure specifiche Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
21	**Magazzini tecnici (se gestiti dalla UOC)**	☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito**: Materiali/ricambi (se gestiti dalla UOC) sono tracciati (entrate/uscite/giacenze) e l'uso è riconciliabile con interventi? **Focus**: Intercetta sparizioni, uso privato, acquisti ripetitivi, scorte gonfiate, ricambi non registrati.	**ORG**: • Responsabile magazzino non definito • Inventari saltuari • Prelievi senza autorizzazione **TECH**: • Gestionale magazzino assente • Movimenti non tracciati per utente/ora • Codifica articoli incoerente **REL**: • Richieste informali di materiali • Fornitori influenzano scelte ricambi • Favori tra personale su prelievi	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
22	**Patrimonio / immobili**	☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Esiste un inventario tecnico del patrimonio (edifici/impianti/asset) aggiornato e usato per pianificare interventi e rischi? **Focus:** Senza inventario affidabile, la programmazione è opaca: si spende a sensazione e cresce il rischio di scelte pilotate.	**ORG:** • Inventario senza owner • Aggiornamenti sporadici • Nessuna regola su installazioni/dismissioni **TECH:** • Asset management assente o incompleto • Dati su file locali non controllati • Nessuna integrazione con ticket/manutenzioni **REL:** • Fornitori spingono rinnovi non necessari • Interessi interni su nuovi lavori vs manutenzione • Pressioni politiche/territoriali su sedi	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
23	**Accessi / chiavi**	☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito**: La gestione accessi (chiavi, badge, aree tecniche, locali impianti) è controllata, tracciata e con revoca tempestiva? **Focus**: Intercetta accessi non autorizzati a locali tecnici, manomissioni, furti, interventi non ufficiali.	**ORG**: • Registro consegna chiavi incompleto • Nessuna riconsegna alla cessazione • Accessi concessi senza motivazione **TECH**: • Controllo accessi non loggato • Badge non profilati per ruolo • Nessun alert accessi fuori orario **REL**: • Fornitori chiedono accesso libero • Pressioni per evitare procedure • Scambi di chiavi tra colleghi	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
24	**Documentazione tecnica**	☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Fascicoli tecnici (certificazioni, libretti impianto, verifiche periodiche, manuali, schemi) sono completi e facilmente reperibili? **Focus**: Se la documentazione è frammentata: non conformità, affidamenti a memoria, potere informativo in mano a pochi.	**ORG**: • Nessun responsabile fascicoli • Archivi in uffici/personali • Scadenze verifiche non presidiate **TECH**: • DMS/repository non strutturato • Metadati assenti (impianto/sede/scadenza) • Versioning e permessi non gestiti **REL**: • Monopolio informativo di singoli • Fornitori tengono loro i documenti • Pressioni a chiudere senza carte complete	Gap principali: Organizzazione archivi non gestita e non presidiata	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Procedura gestione archivi

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
25	**Integrità dati (ticket, interventi, SAL, registri)**	X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** È garantita l'integrità dei dati tecnici (ticket, interventi, SAL, registri) contro modifiche ex post e cancellazioni? **Focus**: Tende a valutare la cronologicità degli interventi: (cambiare date, chiusure ticket, quantità, motivazioni urgenza.)	**ORG:** • Accessi applicativi non profilati • Controlli su modifiche non previsti • Mancanza di revisioni periodiche **TECH:** • Audit trail assente/inaccessibile • Permessi admin troppo ampi • Backup/versioning non testati **REL:** • Pressioni per aggiustare report • Fornitori chiedono rettifiche non tracciate • Cultura tollerante verso scorciatoie	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

Scheda registro rischi corruttivi - UOC Strutture Amministrative dei Presidi Ospedalieri Aziendali (Sciacca/Ribera)

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	**Governance/ ruoli**	**Esito:** ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Ruoli, responsabilità e deleghe sulle attività sensibili (accettazione, rettifiche, cassa/ticket, esenzioni, rilascio copie, ecc.) sono formalizzati e noti? **Focus**: Ruoli/deleghe non chiari o non rispettati su attività sensibili (accettazione, rettifiche, cassa/ticket, esenzioni, copie) con rischio di favoritismi, manipolazioni e indebiti.	ORG: • Deleghe non aggiornate o di fatto • Sovrapposizioni (più persone con stessi poteri senza criteri) • Mancata indicazione di sostituti/backup • Presidi deboli su attività ad alto impatto (cassa/rettifiche) TECH: • Profili applicativi non allineati alle deleghe • Utenze condivise o generiche • Assenza di matrice ruoli-permessi per modulo/operazione	Deleghe esistenti, da riconfermare	☐ L ☐ M X H	Processo parzialmente presidiato	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Predisposizione di nuove deleghe e ordini di servizio analitici Audit per minimizzazione del rischio entro tre mesi

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Difficoltà a verificare chi ha fatto cosa **REL:** • Pressioni informali (reparti/utenza) su sblocchi • Prassi di favori/deroghe • Cultura: si è sempre fatto così • Interferenze esterne (richieste improprie)						
2	**Segregazione/controlli**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Chi inserisce/varia i dati (anagrafica, prestazioni, esenzioni, ricoveri) è diverso da chi valida/autorizza e da chi incassa/chiude? **Focus:** Assenza di effettiva segregazione tra inserimento/variazione, validazione/autorizzazione e incasso/chiusura con rischio di manipolazioni,	**ORG:** • Compiti accentrati per carenza di personale • Mancanza di doppia verifica su operazioni critiche • Controlli solo a campione non strutturati • Sostituzioni gestite senza regole **TECH:** • Workflow senza step di approvazione	Deleghe esistenti, da riconfermare	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Predisposizione di nuove deleghe e ordini di servizio analitici Audit per minimizzazione del rischio entro tre mesi

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			rettifiche opportunistiche e indebiti.	• Assenza di blocchi su annulli/storni/retrodataz i oni • Mancanza di alert su operazioni anomale • Tracciamento incompleto di validazioni **REL:** • Chiamate dirette per saltare controlli • Relazioni consolidate operatore-utenza/reparti • Pressioni sulla rapidità a scapito delle verifiche • Rischio collusione in team chiusi						
3	**Procedure operative**	**Esito:** ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esistono procedure operative aggiornate e da banco (passi, controlli, eccezioni) per accettazione/ricoveri/dim issioni/cassa/rettifiche/ril ascio copie?	**ORG:** • Procedure generiche/non aderenti al presidio **TECH:** • Manuali applicativi assenti o non aggiornati • Cambi software senza	Deleghe esistenti, da riconfermare	☐ L X M ☐ H	Processo non presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Predisposizione di nuove deleghe e ordini di servizio analitici

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			Focus: Procedure operative assenti/non aggiornate e gestione "ad personam" di eccezioni e casi critici con aumento di errori, deroghe non tracciate e trattamenti preferenziali.	aggiornare istruzioni **REL:** • Cultura risolvo io senza standard • Dipendenza da singoli esperti						Audit per minimizzazione del rischio entro tre mesi
4	**Accessi fisici**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Accessi a sportelli, back-office, archivi, locali cassa e stampanti (ricette/modulistica) sono controllati (chiavi/badge/visitatori)? **Focus:** Accessi fisici non governati a sportelli, back-office, archivi, locali cassa e stampanti con rischio di sottrazione/manomissione documenti e pressioni dirette sugli operatori.	**ORG:** • Chiavi gestite in modo informale • Archivi aperti senza registro accessi • Postazioni condivise senza presidio • Visitatori/fornitori non regolati **TECH:** • Badge non nominativi o non revocati • Mancanza log accessi a varchi/archivi • Stampanti libere con output sensibili • Assenza timeout/blocco	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				sessione PC **REL:** • Pressioni allo sportello (utenza) • Accessi impropri di reparti/terzi per sblocchi • Familiarità eccessiva con utenti ricorrenti • Clima conflittuale che porta a deroghe						
5	**Accettazione /identità**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Quesito: All'accettazione (PS/ambulatori/ricoveri) l'identificazione dell'assistito e la verifica documentale sono standardizzate e tracciate? Focus: Identificazione/documentazione dell'assistito non standardizzata o non tracciata con rischio di abusi su identità/deleghe, doppie anagrafiche, esenzioni indebite e contenziosi.	**ORG:** • Controlli identità lasciati alla sensibilità dell'operatore • Checklist assente per minori/deleghe/stranieri / urgenze • Fretta/urgenza senza regole • Mancato controllo duplicati **TECH:** • Anagrafiche duplicate non segnalate dal sistema • Scansioni/documenti	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				non agganciati al record • Campi chiave non obbligatori o aggirabili • Log incompleti su creazione/modifica anagrafiche **REL:** • Pressioni del paziente/familiari • Reparti che chiedono accettazioni al volo • Intercessioni di terzi • Conflitti al front-office						
6	**Ricoveri/dimissioni**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Quesito: Il flusso amministrativo ricovero→dimissione (apertura/chiusura pratica, classificazioni, esenzioni, pagamenti) ha controlli su completezza e coerenza? Focus: Flusso amministrativo ricovero→dimissione privo di controlli di completezza/coerenza con rischio di chiusure scorrette, correzioni	**ORG:** • Nessun controllo di secondo livello su chiusure pratiche • Ruoli non chiari tra presidio/reparto/amministrazione • Correzioni postume senza regole • Check documenti mancanti non strutturato **TECH:**	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			postume non motivate e irregolarità nei pagamenti/oneri.	▪ Possibilità di retrodatare/chiudere senza motivazione • Assenza report pratiche aperte/anomale • Integrazione debole tra moduli (PS, ricovero, anagrafe, cassa) • Audit trail non consultato/monitorato **REL:** • Richieste dei reparti per sistemare dopo • Conflitti su responsabilità • Pressioni su tempi di chiusura per indicatori • Complicità per aggiustare casi specifici						
7	**Rettifiche/annulli**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No	Quesito: Annulli, storni e rettifiche (prestazioni, ticket, esenzioni, anagrafiche, date) richiedono motivazione	**ORG:** • Nessun livello autorizzativo per rettifiche • Controlli ex post assenti (campionamenti) • Correzioni al telefono	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		X N.A.	tracciata e autorizzazione? Focus: Annulli, storni e rettifiche non adeguatamente motivati/autorizzati e non monitorati con rischio di cancellazione tracce, storni indebiti e aggiustamenti opportunistici.	• Mancanza soglie/limiti per operatore **TECH:** • Log modifiche non dettagliati (chi/cosa/quando/perché) • Campo motivazione non obbligatorio • Possibilità di cancellare senza storicizzazione • Report rettifiche non disponibile o non usato **REL:** • Pressioni da utenza (non voglio pagare) • Pressioni interne per risolvere • Relazioni personali che inducono deroghe • Rischio collusione operatore-utente						

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
8	Cassa/ticket	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Quesito: Incassi ticket (contanti/POS), emissione ricevute e quadrature giornaliere sono riconciliate con controlli indipendenti? Focus: Gestione cassa/ticket e quadrature non riconciliate con controlli indipendenti con rischio di ammanchi, incassi senza ricevuta, annulli impropri e riconciliazioni "creative".	**ORG:** • Mancanza separazione tra chi incassa e chi riconcilia • Verifiche non giornaliere o non formalizzate • Gestione contanti non presidiata (fondo cassa) • Sostituzioni senza passaggio consegne **TECH:** • POS non riconciliato con gestionale • Possibilità di annullare ricevute senza autorizzazione • Report incassi non completi (per turno/operatore) • Log cassa non consultati/estratti **REL:** • Pressioni dell'utenza su pagamenti • Tentativi di accordi informali	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Conflitti allo sportello che generano sconti impropri • Familiarità con utenti abituali						
9	**Esenzioni/riduzioni**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Gestione esenzioni e riduzioni: verifica requisiti, documentazione, validità e controlli su abusi/duplicazioni sono effettivi? **Focus:** Gestione esenzioni/riduzioni con verifiche e controlli inefficaci (requisiti, documentazione, scadenze) con rischio di esenzioni non dovute o mantenute oltre scadenza per pressioni/favori.	**ORG:** • Regole interpretate diversamente tra operatori • Controlli scadenze non presidiati • Documentazione accettata senza criteri • Nessun campionamento su pratiche sensibili **TECH:** • Sistema non segnala esenzioni scadute/anomale • Blocchi assenti su codici non coerenti • Archiviazione digitale assente (documenti non tracciati)	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Report esenzioni inserite per operatore non disponibile **REL:** • Pressioni paziente/famiglia • Intercessioni di terzi (referenti, istituzioni) • Conflitti e aggressività allo sportello • Rischio clientelismo territoriale						
10	**Rilascio copie/atti**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Rilascio copie (cartella clinica, referti, certificazioni): deleghe, identità, pagamenti dovuti e tracciamento consegna sono presidiati? **Focus**: Rilascio copie/atti non presidiato (deleghe, identità, pagamenti, tracciamento consegna) con rischio di violazioni privacy, corsie	**ORG:** • Procedura deleghe non applicata in modo uniforme • Consegna senza registro/protocollo • Urgenze gestite a voce senza traccia **TECH:** • Sistema non traccia richiesta→evasione→consegna • Invio documenti via	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			preferenziali, omissioni di diritti dovuti e dispersione documentale.	email senza controlli • Log accesso/stampa non monitorati **REL:** • Pressioni di avvocati/terzi/agenzie • Reparti che sollecitano pratiche specifiche • Conoscenze personali che accelerano richieste						
11	**Privacy/GDPR operativo**	**Esito:** ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Accessi ai dati sanitari/amministrativi: si applica il need to know e si gestiscono violazioni (data breach) con flusso chiaro? **Focus:** Accessi ai dati sanitari/amministrativi non limitati al need-to-know e gestione incidenti (data breach) non strutturata con rischio di consultazioni improprie,	**ORG:** • Istruzioni operative privacy carenti per sportelli/back-office • Segnalazioni incidenti non incoraggiate • Ruoli DPO/referenti non chiari nel presidio • Formazione sporadica e non verificata **TECH:** • Profili troppo permissivi • Alert assenti su consultazioni anomale • Log non analizzati	Nessuna	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Formazione specifica Audit Azione di minimizzazione del rischio entro tre mesi

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			divulgazioni e non conformità GDPR.	• Condivisione credenziali o sessioni aperte **REL:** • Curiosità interna (dati di conoscenti) • Richieste improprie di reparti/terzi • Pressioni per sapere info su pazienti • Tolleranza verso piccole violazioni						
12	**Liste/urgenze**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito**: Le richieste di priorità/urgenze amministrative (accettazioni, pratiche, copie, esenzioni) hanno criteri oggettivi e tracciati, evitando corsie preferenziali? **Focus**: Gestione urgenze/priorità amministrative senza criteri oggettivi e tracciati con rischio di corsie preferenziali, favoritismi	**ORG:** • Nessun criterio scritto per urgenze • Decisione lasciata al singolo operatore • Registro urgenze e motivazioni assente • Turni scoperti che amplificano deroghe **TECH:** • Flag urgenza senza motivazione o assente • Tracciamento precedenze assente • Report urgenze non	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			e decisioni condizionate da pressioni.	esiste • Canali informali fuori sistema **REL:** • Pressioni esterne (conoscenti, istituzioni) • Pressioni interne (dirigenti/reparti) • Utenza aggressiva che ottiene priorità • Rischio scambio favori						
13	**Eccezioni/downtime**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Le eccezioni (manuali, urgenze, downtime informatico, casi senza documenti) sono gestite con registri e controlli ex post? **Focus:** Gestione eccezioni, procedure manuali e downtime informatico senza registri/controlli ex post con rischio di operazioni non tracciate e	**ORG:** • Registro eccezioni assente • Controllo ex post non fatto o episodico • Eccezioni gestite a voce • Validazione a posteriori senza responsabilità definita **TECH:** • Moduli offline non integrati • Backlog non riconciliato dopo ripristino	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			ricostruzioni ex post non verificabili.	• Log downtime/operazioni mancanti • Inserimenti retrodatati senza evidenza **REL:** • Pressioni in emergenza per saltare passaggi • Tolleranza verso scorciatoie • Reparti impongono tempi • Rischio collusione su casi manuali						
14	**Reporting direzionale**	**Esito:** ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I flussi informativi amministrativi (pratiche aperte, anomalie, rettifiche, incassi, esenzioni) sono prodotti con periodicità e discussi con la Direzione? **Focus:** Assenza o debolezza di reporting direzionale su pratiche/anomalie/rettific	**ORG:** • Nessun calendario report/riunioni • Report prodotti ma non letti (no follow-up) **TECH:** • Estrazioni dati difficili (dipendenza IT/fornitore) • Report non affidabili (incoerenze tra sistemi)	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			he/incassi/esenzioni con rischio di mancato governo dei processi e di emersione tardiva delle criticità (reclami/ispezioni).	**REL:** • Resistenze a far emergere criticità • Conflitti reparti vs amministrazione						
15	**Monitoraggio rettifiche**	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Quesito: Esiste un monitoraggio su rettifiche/annulli/storni (per operatore, causale, importo, ripetitività) con soglie e verifiche? Focus: Mancato monitoraggio strutturato di rettifiche/annulli/storni (pattern per operatore/causale/importo) con rischio di non intercettare anomalie e comportamenti ricorrenti.	**ORG:** ▪ Responsabile monitoraggio non definito • Procedura escalation assente • Verifiche a sensazione • Check incrociati con cassa/utenza assenti **TECH:** • Report non disponibili o non configurati • Indicatori assenti (top rettifiche, orari, utenti ricorrenti) • Log non integrabili tra moduli • Alert non impostati **REL:** • Tolleranza verso pratiche comode	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Team che si copre reciprocamente • Pressioni per non mettere in discussione colleghi • Collusione con utenza abituale						
16	**Reclami/segnalazioni**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Reclami e segnalazioni su sportelli/cassa/pratiche vengono registrati, classificati e chiusi con azioni? **Focus:** Reclami e segnalazioni non registrati/analizzati/chiusi con azioni correttive con rischio di reiterazione di prassi opache, favoritismi e violazioni.	**ORG:** • Registro unico assente e responsabile non assegnato • Chiusure senza evidenza/azioni • Nessun feedback agli interessati • Timore di segnalare internamente **TECH:** • Canali non tracciati (telefonate, messaggi) • Ticketing assente • Dati non aggregati per tipologia/sportello • Nessun collegamento a log di sistema	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				REL: • Utenza conflittuale che stressa lo sportello • Reparti scaricano responsabilità • Cultura punitiva disincentiva segnalazioni • Possibili ritorsioni/influenze locali						
17	**Personale esterno**	**Esito:** ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Se opera personale esterno (cooperative/appalti/supporto), compiti consentiti e limiti (accessi, dati, cassa, archivi) sono chiari e controllati? **Focus**: Personale esterno (cooperative/appalti/supporto) con accessi/attività sensibili non chiaramente limitati e controllati con rischio di abusi, zone	**ORG:** • Contratti/ordini non traducono limiti operativi • Supervisione quotidiana assente • Affiancamento non formalizzato • Responsabilità di presidio non assegnata **TECH:** • Utenze assegnate senza profilazione minima • Accessi non revocati a fine servizio • Log non distinguono	Nessuna	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Predisposizione ordine di servizio specifici per il controllo degli accessi del personale esterno alla struttura Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			grigie e responsabilità diffuse.	esterni/interni • Tracciamento attività sensibili svolte da esterni assente **REL:** • Dipendenza dal singolo esterno esperto • Reti relazionali esterne nel territorio • Pressioni per chiudere un occhio • Confusione di ruoli con personale interno						
18	**Turni/picchi**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Turni, assenze e picchi: esistono regole che evitano scorciatoie su controlli e tracciabilità? **Focus:** Durante turni scoperti/picchi di affluenza, scorciatoie operative che saltano	**ORG:** • Piani turni non coprono presidi critici (cassa/validazioni) • Procedure minime per emergenza assenti • Backlog non gestito con criteri • Dipendenza da pochi operatori chiave	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Procedura specifica per la gestione di turni, assenze e picchi

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			controlli e tracciabilità con rischio di errori, deroghe e operazioni non verificabili.	**TECH:** • Postazioni condivise e login al volo • Operazioni fuori sistema per velocità • Strumenti gestione flusso utenza assenti • Report arretrati mancanti **REL:** • Pressioni da utenza e reparti • Stress che porta a deroghe • Cultura del risolvere subito senza traccia • Micro-collusioni in contesti caotici						
19	**Controlli log**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: I log di accesso e di operazione (consultazioni, stampe, modifiche) vengono periodicamente controllati su campioni mirati?	**ORG:** • Piano controlli assente (criteri/frequenza) • Controlli solo dopo segnalazioni • Tempo/competenze non assegnati • Esiti controlli non tracciati	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiati	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			Focus: Log di accesso/operazione non controllati con periodicità e criteri mirati con rischio di mancata rilevazione di abusi, consultazioni improprie e anomalie.	**TECH:** • Log non accessibili agli autorizzati (dipendenza IT/fornitore) • Log incompleti (manca dettaglio operazione) • Strumenti di analisi/estrazione assenti • Conservazione log insufficiente **REL:** • Reticenza a controllare colleghi • Paura di conflitti • Normalizzazione consultazioni improprie • Pressioni per non far emergere anomalie						
20	**Richieste improprie**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Esiste un canale/istruzione per gestire richieste improprie (favori, salti fila, esenzioni per conoscenza) e per registrare il fatto?	**ORG:** • Procedura escalation assente (a chi segnalo?) • Tutela operatore non definita • Registro episodi ricorrenti assente • Direzione/RPCT non coinvolti su pattern di	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			Focus: Assenza di istruzioni/canali per gestire e registrare richieste improprie (favori, salti fila, esenzioni "per conoscenza") con rischio di gestione opaca e non tracciabile delle pressioni.	pressioni **TECH:** • Spazio nel sistema per annotare pressioni assente • Canali informali predominanti • Tracciamento override assente • Statistiche su deroghe non estraibili **REL:** • Pressioni politiche/territoriali • Utenza influente • Intermediazioni di reparti/dirigenti • Cultura di accomodamento (evitiamo problemi)						
21	**Integrità documentale**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No	**Quesito:** Documenti amministrativi (deleghe, ricevute, moduli, richieste copie) sono numerati/protocollati e	**ORG:** • Conservazione a fascicoli senza regole • Protocollo non usato su tipologie rilevanti • Archivi non presidiati	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Procedura specifica per la gestione documentale relativa a deleghe e richiesta copie

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ N.A.	conservati per evitare sostituzioni o sparizioni? **Focus:** Gestione documentale non presidiata (numerazione/protocollo/ conservazione) con rischio di manomissioni, sostituzioni, smarrimenti selettivi e ricostruzioni ex post.	• Smarrimenti gestiti senza **TECH:** • Repository digitale con versioning assente • Scansioni non indicizzate o non collegate al caso • File sovrascrivibili **REL:** • Pressioni per trovare o far sparire documenti • Conflitti tra uffici (scarico responsabilità) • Abitudini informali (documenti a mano) • Terzi che chiedono accesso/anticipazioni						
22	**Qualità dati**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No	Quesito: Controllo su duplicazioni anagrafiche, incoerenze e anomalie ricorrenti (es. codici esenzione ripetuti, omonimie, CF errati) è attivo? Focus:	**ORG:** • Responsabile data quality assente • Correzioni fatte quando capita • Routine pulizia dati assente	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		X N.A.	Controlli di qualità dati (duplicazioni, incoerenze, anomalie ricorrenti) non attivi con rischio di errori sistemici e utilizzo opportunistico di record/anagrafiche.	• Regole merge/unificazione record assenti **TECH:** • Sistemi non segnalano duplicati/anomalie • Matching assente/disattivato • Report qualità dati assente ▪ Log modifiche non correlabili agli eventi **REL:** • Risolvere veloce creando nuovi record • Pressioni sui tempi allo sportello ▪ Scarsa collaborazione per bonifica dati ▪ Uso opportunistico di duplicati					
23	**Fornitori IT**	**Esito:** ☐ Si	Quesito: Richieste al fornitore IT/applicativo (modifiche, sblocco utenze, correzioni	**ORG:** • Richieste via telefono senza ticket • Autorizzazioni non formalizzate	N.A.	☐ L ☐ M	N.A.	☐ L ☐ M	☐ Alta ☐ Media	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ Parziale ☐ No X N.A.	massive) sono tracciate e autorizzate, con controlli sugli esiti? Focus: Richieste al fornitore IT/applicativo (modifiche, sblocchi, correzioni massive) non tracciate/autorizzate e non verificate negli esiti con rischio di alterazioni su dati e permessi.	• Controllo ex post su modifiche assente • Ruoli non chiari tra presidio, ICT e fornitore **TECH:** • Ticketing non obbligatorio/non integrato • Log intervento fornitore non disponibili • Accessi remoti non tracciati o non controllati • Ambienti test/produzione non separati per cambi critici **REL:** • Relazioni informali con tecnici/fornitore • Pressioni per fare subito senza controlli • Bypass ICT centrale • Collusione su interventi mirati		☐ H		☐ H	☐ Bassa	

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
24	**Controlli incrociati**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Sono effettuati controlli incrociati tra volumi operativi (accessi, prestazioni, pratiche) e incassi/esenzioni/rettifich e per intercettare scostamenti? **Focus:** Assenza di controlli incrociati tra volumi operativi e incassi/esenzioni/rettifich e con rischio di scostamenti non rilevati e "buchi" gestiti solo a posteriori.	**ORG:** • Routine riconciliazione assente • KPI non definiti o non condivisi • Analisi scostamenti solo su richiesta • Azioni correttive senza responsabili/tempi **TECH:** • Dati volumi/incassi su sistemi diversi non riconciliabili • Report tardivi o assenti • Dashboard e trend storici assenti • Difficoltà tracciare causali scostamento **REL:** • Resistenze a far emergere buchi • Pressioni a minimizzare problemi • Conflitti tra uffici su responsabilità	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Aggiustamenti per far tornare i conti						
25	**Miglioramento**	**Esito:** ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Quando emergono criticità (ammanchi, anomalie, data breach, reclami gravi), esiste ciclo: analisi causa, azioni, follow-up e verifica efficacia? **Focus:** Mancanza di ciclo strutturato di miglioramento (analisi causa, azioni, follow-up, verifica efficacia) a fronte di criticità con rischio di cronicizzazione e ripetizione degli eventi.	**ORG:** • Azioni correttive non formalizzate (solo si sistema) **TECH:** • Repository azioni ed evidenze chiusura assente **REL:** • Cultura difensiva (non mettere nero su bianco) • Paura responsabilità personali	Nessuna	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione impianto tecnologico Formazione specifica Procedura per gestione delle criticità
26	**PS/Urgenze**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale	In PS, accettazioni in urgenza/dati incompleti senza regole di recupero e controlli con rischio di pratiche sospese, correzioni postume e	**ORG:** • Regola recupero dati non assegnata a ruolo/turno • Registro pratiche da completare assente	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ No X N.A.	incoerenze amministrative.	• Controllo secondo livello assente • Backlog gestito quando si può **TECH:** • Flag dati incompleti assente/non obbligatorio • Chiusura senza completezza minima possibile • Report pratiche sospese assente/usato poco • Modifiche postume non monitorate **REL:** • Pressioni PS/reparti: sistematelo dopo • Utenza in urgenza → deroghe frequenti • Turnover operatori → perdita responsabilità • Tolleranza su incompletezze						

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
27	Cassa/POS	Esito: ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Storni POS e operazioni anomale (rimborsi, duplicati, incassi differiti) senza autorizzazione e riconciliazione documentata con rischio di irregolarità e frodi sui pagamenti.	**ORG:** • Autorizzazione non formalizzata • Nessuna soglia per storni/rimborsi • Riconciliazione non indipendente • Documentazione supporto non standardizzata **TECH:** • POS non integrato col gestionale (controlli manuali fragili) • Report POS non archiviati/firmati per turno • Annulli senza motivazione obbligatoria • Log cassa non incrociati con flussi bancari **REL:** • Pressioni utenza su annulli/storni • Conflitti allo sportello → scorciatoie	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Relazioni personali per sconti impropri • Accordi informali su rimborsi						
28	**Copie cartella**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Richieste sensibili di copie cartella (legali/assicurazioni/mediazioni/casi noti) gestite fuori canale o senza tracciabilità con rischio di anticipazioni improprie e violazioni privacy.	**ORG:** • Canale dedicato/istruzioni assenti • Urgenze gestite a persona senza traccia • Registro consegna con identità/delega non robusto **TECH:** • Tracciamento richiesta-lavorazione-consegna assente • Invii email/PEC senza checklist • Stampa/download non tracciati • Log consultazioni archivio digitale assenti **REL:** • Pressioni da	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				legali/assicurazioni/terzi • Interferenze su casi specifici • Anticipazioni per relazione personale • Tensione con utenza → concessioni improprie						
29	**Anagrafe/merge**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Creazione/unificazione anagrafiche (merge/bonifica duplicati) senza controllo di secondo livello e audit trail con rischio di manipolazioni dello storico, esenzioni e prestazioni.	**ORG:** • Merge consentiti a troppi operatori • Flusso autorizzativo o campionamento assente • Motivazioni non standardizzate • Data owner assente nel presidio **TECH:** • Funzione merge senza audit trail dettagliato • Motivazione non obbligatoria • Log non esportabili/monitorabili • Alert assenti su merge ripetuti	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				REL: • Pressioni a sistemare subito • Creazione nuovo record invece di correggere • Uso opportunistico duplicati • Scarsa collaborazione su data quality						
30	**InterfacceCUP/Distretto**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Interfacce CUP-Presidio-Distretto con override/modifiche fuori standard non controllati end-to-end con rischio di spostamenti/riclassificazioni/priorità improprie e manomissioni "soft".	**ORG:** • Confini responsabilità tra uffici non chiari • Referente unico anomalie interfaccia assente • Regole diverse tra presidi → incoerenze • Escalation lenta → soluzioni informali **TECH:** • Integrazione debole (mancano log end-to-end) • Modifiche possibili fuori workflow standard • Report no-show/override non	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				analizzati • Canali fuori sistema predominanti **REL:** • Pressioni da intermediari o utenza nota • Richieste improprie di priorità/spostamenti • Dinamiche territoriali (favori/segnalazioni) • Conflitti CUP/Distretto/Presidio che generano scorciatoie						

Scheda registro rischi corruttivi - UOC Strutture Amministrative dei Presidi Ospedalieri Aziendali (Agrigento)

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	**Governance/ ruoli**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Ruoli, responsabilità e deleghe sulle attività sensibili (accettazione, rettifiche, cassa/ticket, esenzioni, rilascio copie, ecc.) sono formalizzati e noti? **Focus:** Ruoli/deleghe non chiari o non rispettati su attività sensibili (accettazione, rettifiche, cassa/ticket, esenzioni, copie) con rischio di favoritismi, manipolazioni e indebiti.	**ORG:** • Deleghe non aggiornate o di fatto • Sovrapposizioni (più persone con stessi poteri senza criteri) • Mancata indicazione di sostituti/backup • Presidi deboli su attività ad alto impatto (cassa/rettifiche) **TECH:** • Profili applicativi non allineati alle deleghe • Utenze condivise o generiche • Assenza di matrice ruoli-permessi per modulo/operazione • Difficoltà a verificare chi ha fatto cosa	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				REL: • Pressioni informali (reparti/utenza) su sblocchi • Prassi di favori/deroghe • Cultura: si è sempre fatto così • Interferenze esterne (richieste improprie)						
2	**Segregazione/controlli**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Chi inserisce/varia i dati (anagrafica, prestazioni, esenzioni, ricoveri) è diverso da chi valida/autorizza e da chi incassa/chiude? **Focus:** Assenza di effettiva segregazione tra inserimento/variazione, validazione/autorizzazione e incasso/chiusura con rischio di manipolazioni, rettifiche opportunistiche e indebiti.	**ORG:** • Compiti accentrati per carenza di personale • Mancanza di doppia verifica su operazioni critiche • Controlli solo a campione non strutturati • Sostituzioni gestite senza regole **TECH:** • Workflow senza step di approvazione • Assenza di blocchi su annulli/storni/retrodataz	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				ioni • Mancanza di alert su operazioni anomale • Tracciamento incompleto di validazioni **REL:** • Chiamate dirette per saltare controlli • Relazioni consolidate operatore-utenza/reparti • Pressioni sulla rapidità a scapito delle verifiche • Rischio collusione in team chiusi						
3	**Procedure operative**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Quesito: Esistono procedure operative aggiornate e da banco (passi, controlli, eccezioni) per accettazione/ricoveri/dimissioni/cassa/rettifiche/rilascio copie? Focus: Procedure operative assenti/non aggiornate e gestione "ad personam" di eccezioni e casi critici	**ORG:** • Procedure generiche/non aderenti al presidio **TECH:** • Manuali applicativi assenti o non aggiornati • Cambi software senza aggiornare istruzioni **REL:**	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			con aumento di errori, deroghe non tracciate e trattamenti preferenziali.	• Cultura risolvo io senza standard • Dipendenza da singoli esperti						
4	Accessi fisici	**Esito:** ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Accessi a sportelli, back-office, archivi, locali cassa e stampanti (ricette/modulistica) sono controllati (chiavi/badge/visitatori)? **Focus:** Accessi fisici non governati a sportelli, back-office, archivi, locali cassa e stampanti con rischio di sottrazione/manomissione documenti e pressioni dirette sugli operatori.	**ORG:** • Chiavi gestite in modo informale • Archivi aperti senza registro accessi • Postazioni condivise senza presidio • Visitatori/fornitori non regolati **TECH:** • Badge non nominativi o non revocati • Mancanza log accessi a varchi/archivi • Stampanti libere con output sensibili • Assenza timeout/blocco sessione PC **REL:** • Pressioni allo sportello	Gap principali: Evidente carenza nella gestione degli archivi	X L ☐ M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Procedura per la gestione degli accessi agli archivi

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				(utenza) • Accessi impropri di reparti/terzi per sblocchi • Familiarità eccessiva con utenti ricorrenti • Clima conflittuale che porta a deroghe						
5	**Accettazione /identità**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito**: All'accettazione (PS/ambulatori/ricoveri) l'identificazione dell'assistito e la verifica documentale sono standardizzate e tracciate? **Focus**: Identificazione/documentazione dell'assistito non standardizzata o non tracciata con rischio di abusi su identità/deleghe, doppie anagrafiche, esenzioni indebite e contenziosi.	**ORG:** • Controlli identità lasciati alla sensibilità dell'operatore • Checklist assente per minori/deleghe/stranieri / urgenze • Fretta/urgenza senza regole • Mancato controllo duplicati **TECH:** • Anagrafiche duplicate non segnalate dal sistema • Scansioni/documenti non agganciati al record • Campi chiave non obbligatori o aggirabili • Log incompleti su	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				creazione/modifica anagrafiche **REL:** • Pressioni del paziente/familiari • Reparti che chiedono accettazioni al volo • Intercessioni di terzi • Conflitti al front-office						
6	**Ricoveri/dimissioni**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Quesito: Il flusso amministrativo ricovero→dimissione (apertura/chiusura pratica, classificazioni, esenzioni, pagamenti) ha controlli su completezza e coerenza? Focus: Flusso amministrativo ricovero→dimissione privo di controlli di completezza/coerenza con rischio di chiusure scorrette, correzioni postume non motivate e irregolarità nei pagamenti/oneri.	**ORG:** • Nessun controllo di secondo livello su chiusure pratiche • Ruoli non chiari tra presidio/reparto/amministrazione • Correzioni postume senza regole • Check documenti mancanti non strutturato **TECH:** • Possibilità di retrodatare/chiudere senza motivazione • Assenza report	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				pratiche aperte/anomale • Integrazione debole tra moduli (PS, ricovero, anagrafe, cassa) • Audit trail non consultato/monitorato **REL:** • Richieste dei reparti per sistemare dopo • Conflitti su responsabilità • Pressioni su tempi di chiusura per indicatori • Complicità per aggiustare casi specifici						
7	**Rettifiche/annulli**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Quesito: Annulli, storni e rettifiche (prestazioni, ticket, esenzioni, anagrafiche, date) richiedono motivazione tracciata e autorizzazione? Focus: Annulli, storni e	**ORG:** • Nessun livello autorizzativo per rettifiche • Controlli ex post assenti (campionamenti) • Correzioni al telefono • Mancanza soglie/limiti per operatore **TECH:**	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			rettifiche non adeguatamente motivati/autorizzati e non monitorati con rischio di cancellazione tracce, storni indebiti e aggiustamenti opportunistici.	• Log modifiche non dettagliati (chi/cosa/quando/perché) • Campo motivazione non obbligatorio • Possibilità di cancellare senza storicizzazione • Report rettifiche non disponibile o non usato **REL:** • Pressioni da utenza (non voglio pagare) • Pressioni interne per risolvere • Relazioni personali che inducono deroghe • Rischio collusione operatore-utente						

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
8	**Cassa/ticket**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Incassi ticket (contanti/POS), emissione ricevute e quadrature giornaliere sono riconciliate con controlli indipendenti? **Focus:** Gestione cassa/ticket e quadrature non riconciliate con controlli indipendenti con rischio di ammanchi, incassi senza ricevuta, annulli impropri e riconciliazioni "creative".	**ORG:** • Mancanza separazione tra chi incassa e chi riconcilia • Verifiche non giornaliere o non formalizzate • Gestione contanti non presidiata (fondo cassa) • Sostituzioni senza passaggio consegne **TECH:** • POS non riconciliato con gestionale • Possibilità di annullare ricevute senza autorizzazione • Report incassi non completi (per turno/operatore) • Log cassa non consultati/estratti **REL:** • Pressioni dell'utenza su pagamenti • Tentativi di accordi informali	Competenza Direzione Sanitaria	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Conflitti allo sportello che generano sconti impropri • Familiarità con utenti abituali						
9	**Esenzioni/riduzioni**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Gestione esenzioni e riduzioni: verifica requisiti, documentazione, validità e controlli su abusi/duplicazioni sono effettivi? **Focus:** Gestione esenzioni/riduzioni con verifiche e controlli inefficaci (requisiti, documentazione, scadenze) con rischio di esenzioni non dovute o mantenute oltre scadenza per pressioni/favori.	**ORG:** • Regole interpretate diversamente tra operatori • Controlli scadenze non presidiati • Documentazione accettata senza criteri • Nessun campionamento su pratiche sensibili **TECH:** • Sistema non segnala esenzioni scadute/anomale • Blocchi assenti su codici non coerenti • Archiviazione digitale assente (documenti non tracciati)	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Report esenzioni inserite per operatore non disponibile **REL:** • Pressioni paziente/famiglia • Intercessioni di terzi (referenti, istituzioni) • Conflitti e aggressività allo sportello • Rischio clientelismo territoriale						
10	**Rilascio copie/atti**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Rilascio copie (cartella clinica, referti, certificazioni): deleghe, identità, pagamenti dovuti e tracciamento consegna sono presidiati? **Focus:** Rilascio copie/atti non presidiato (deleghe, identità, pagamenti, tracciamento consegna) con rischio di violazioni privacy, corsie	**ORG:** • Procedura deleghe non applicata in modo uniforme • Consegna senza registro/protocollo • Urgenze gestite a voce senza traccia **TECH:** • Sistema non traccia richiesta→evasione→consegna • Invio documenti via	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			preferenziali, omissioni di diritti dovuti e dispersione documentale.	email senza controlli • Log accesso/stampa non monitorati **REL:** • Pressioni di avvocati/terzi/agenzie • Reparti che sollecitano pratiche specifiche • Conoscenze personali che accelerano richieste						
11	**Privacy/GDPR operativo**	**Esito:** ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Accessi ai dati sanitari/amministrativi: si applica il need to know e si gestiscono violazioni (data breach) con flusso chiaro? **Focus:** Accessi ai dati sanitari/amministrativi non limitati al need-to-know e gestione incidenti (data breach) non strutturata con rischio di consultazioni improprie,	**ORG:** • Istruzioni operative privacy carenti per sportelli/back-office • Segnalazioni incidenti non incoraggiate • Ruoli DPO/referenti non chiari nel presidio • Formazione sporadica e non verificata **TECH:** • Profili troppo permissivi • Alert assenti su consultazioni anomale • Log non analizzati	L'intervistata riferisce che esiste una gestione, sul tema, per i soli atti amministrativi	X L ☐ M ☐ H	Processo carente	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura sulla gestione delle richieste di accesso, soprattutto per gli atti amministrativi contenenti dati particolari (art. 10 GDPR) Formazione specifica Audit Minimizzazione necessaria entro tre mesi

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			divulgazioni e non conformità GDPR.	• Condivisione credenziali o sessioni aperte **REL:** • Curiosità interna (dati di conoscenti) • Richieste improprie di reparti/terzi • Pressioni per sapere info su pazienti • Tolleranza verso piccole violazioni						
12	Liste/urgenze	**Esito:** ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le richieste di priorità/urgenze amministrative (accettazioni, pratiche, copie, esenzioni) hanno criteri oggettivi e tracciati, evitando corsie preferenziali? **Focus:** Gestione urgenze/priorità amministrative senza criteri oggettivi e tracciati con rischio di corsie preferenziali, favoritismi	**ORG:** • Nessun criterio scritto per urgenze • Decisione lasciata al singolo operatore • Registro urgenze e motivazioni assente • Turni scoperti che amplificano deroghe **TECH:** • Flag urgenza senza motivazione o assente • Tracciamento precedenze assente • Report urgenze non	L'intervistata riferisce che non esiste una procedura di definizione delle urgenze	X L ☐ M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Predisposizione di una procedura specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			e decisioni condizionate da pressioni.	esiste • Canali informali fuori sistema **REL:** • Pressioni esterne (conoscenti, istituzioni) • Pressioni interne (dirigenti/reparti) • Utenza aggressiva che ottiene priorità • Rischio scambio favori						
13	**Eccezioni/ downtime**	**Esito:** ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le eccezioni (manuali, urgenze, downtime informatico, casi senza documenti) sono gestite con registri e controlli ex post? **Focus:** Gestione eccezioni, procedure manuali e downtime informatico senza registri/controlli ex post con rischio di operazioni non tracciate e	**ORG:** • Registro eccezioni assente • Controllo ex post non fatto o episodico • Eccezioni gestite a voce • Validazione a posteriori senza responsabilità definita **TECH:** • Moduli offline non integrati • Backlog non riconciliato dopo ripristino	Gap principali: Controlli non formalizzati Assenza di un registro	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Procedura specifica su controlli Predisposizione di un registro informatico per la gestione delle urgenze Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			ricostruzioni ex post non verificabili.	• Log downtime/operazioni mancanti • Inserimenti retrodatati senza evidenza **REL:** • Pressioni in emergenza per saltare passaggi • Tolleranza verso scorciatoie • Reparti impongono tempi • Rischio collusione su casi manuali						
14	**Reporting direzionale**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I flussi informativi amministrativi (pratiche aperte, anomalie, rettifiche, incassi, esenzioni) sono prodotti con periodicità e discussi con la Direzione? **Focus:** Assenza o debolezza di reporting direzionale su pratiche/anomalie/rettific	**ORG:** • Nessun calendario report/riunioni • Report prodotti ma non letti (no follow-up) **TECH:** • Estrazioni dati difficili (dipendenza IT/fornitore) • Report non affidabili (incoerenze tra sistemi)	L'intervistata riferisce che esiste una procedura aziendale Viene effettuato un report bimestrale	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			he/incassi/esenzioni con rischio di mancato governo dei processi e di emersione tardiva delle criticità (reclami/ispezioni).	REL: • Resistenze a far emergere criticità • Conflitti reparti vs amministrazione						
15	**Monitoraggio rettifiche**		**Quesito:** Esiste un monitoraggio su rettifiche/annulli/storni (per operatore, causale, importo, ripetitività) con soglie e verifiche? **Focus:** Mancato monitoraggio strutturato di rettifiche/annulli/storni (pattern per operatore/causale/importo) con rischio di non intercettare anomalie e comportamenti ricorrenti.	ORG: • Responsabile monitoraggio non definito • Procedura escalation assente • Verifiche a sensazione • Check incrociati con cassa/utenza assenti TECH: • Report non disponibili o non configurati • Indicatori assenti (top rettifiche, orari, utenti ricorrenti) • Log non integrabili tra moduli • Alert non impostati REL: • Tolleranza verso pratiche comode	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Team che si copre reciprocamente • Pressioni per non mettere in discussione colleghi • Collusione con utenza abituale						
16	**Reclami/ segnalazioni**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Quesito: Reclami e segnalazioni su sportelli/cassa/pratiche vengono registrati, classificati e chiusi con azioni? Focus: Reclami e segnalazioni non registrati/analizzati/chiusi con azioni correttive con rischio di reiterazione di prassi opache, favoritismi e violazioni.	**ORG:** • Registro unico assente e responsabile non assegnato • Chiusure senza evidenza/azioni • Nessun feedback agli interessati • Timore di segnalare internamente **TECH:** • Canali non tracciati (telefonate, messaggi) • Ticketing assente • Dati non aggregati per tipologia/sportello • Nessun collegamento a log di sistema	Competenza della Direzione Sanitaria	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				REL: • Utenza conflittuale che stressa lo sportello • Reparti scaricano responsabilità • Cultura punitiva disincentiva segnalazioni • Possibili ritorsioni/influenze locali						
17	**Personale esterno**	**Esito:** ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Se opera personale esterno (cooperative/appalti/supporto), compiti consentiti e limiti (accessi, dati, cassa, archivi) sono chiari e controllati? **Focus:** Personale esterno (cooperative/appalti/supporto) con accessi/attività sensibili non chiaramente limitati e controllati con rischio di abusi, zone	**ORG:** • Contratti/ordini non traducono limiti operativi • Supervisione quotidiana assente • Affiancamento non formalizzato • Responsabilità di presidio non assegnata **TECH:** • Utenze assegnate senza profilazione minima • Accessi non revocati a fine servizio • Log non distinguono	Gap: Gli accessi del personale esterno non sono controllati Per quanto riguarda il personale dipendente del servizio di pulizie il controllo è affidato alle ditte aggiudicatarie;	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio; Predisposizione di regolamento per la corretta gestione dei controlli degli accessi alla struttura da parte di soggetti non autorizzati; Ordine di servizio al personale di controllo delle società aggiudicatarie per il servizio di pulizia nella gestione del controllo degli accessi da parte del personale esterno alla struttura; Audit;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			grigie e responsabilità diffuse.	esterni/interni • Tracciamento attività sensibili svolte da esterni assente REL: • Dipendenza dal singolo esterno esperto • Reti relazionali esterne nel territorio • Pressioni per chiudere un occhio • Confusione di ruoli con personale interno						
18	Turni/picchi	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Turni, assenze e picchi: esistono regole che evitano scorciatoie su controlli e tracciabilità? Focus: Durante turni scoperti/picchi di affluenza, scorciatoie operative che saltano controlli e tracciabilità con rischio di errori,	ORG: • Piani turni non coprono presidi critici (cassa/validazioni) • Procedure minime per emergenza assenti • Backlog non gestito con criteri • Dipendenza da pochi operatori chiave	Assente	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio; Predisposizione di procedura specifica che gestisca: turni, assenze e picchi del personale; Audit;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			deroghe e operazioni non verificabili.	**TECH:** • Postazioni condivise e login al volo • Operazioni fuori sistema per velocità • Strumenti gestione flusso utenza assenti • Report arretrati mancanti **REL:** • Pressioni da utenza e reparti • Stress che porta a deroghe • Cultura del risolvere subito senza traccia • Micro-collusioni in contesti caotici						
19	**Controlli log**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I log di accesso e di operazione (consultazioni, stampe, modifiche) vengono periodicamente controllati su campioni mirati?	**ORG:** • Piano controlli assente (criteri/frequenza) • Controlli solo dopo segnalazioni • Tempo/competenze non assegnati • Esiti controlli non tracciati	Assente	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			Focus: Log di accesso/operazione non controllati con periodicità e criteri mirati con rischio di mancata rilevazione di abusi, consultazioni improprie e anomalie.	**TECH:** • Log non accessibili agli autorizzati (dipendenza IT/fornitore) • Log incompleti (manca dettaglio operazione) • Strumenti di analisi/estrazione assenti • Conservazione log insufficiente **REL:** • Reticenza a controllare colleghi • Paura di conflitti • Normalizzazione consultazioni improprie • Pressioni per non far emergere anomalie						
20	**Richieste improprie**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No	Quesito: Esiste un canale/istruzione per gestire richieste improprie (favori, salti fila, esenzioni per conoscenza) e per registrare il fatto?	**ORG:** • Procedura escalation assente (a chi segnalo?) • Tutela operatore non definita • Registro episodi ricorrenti assente • Direzione/RPCT non	Assente	☐ L ☐ M ☐ H	N/A	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N/A

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ N.A.	Focus: Assenza di istruzioni/canali per gestire e registrare richieste improprie (favori, salti fila, esenzioni "per conoscenza") con rischio di gestione opaca e non tracciabile delle pressioni.	coinvolti su pattern di pressioni TECH: • Spazio nel sistema per annotare pressioni assente • Canali informali predominanti • Tracciamento override assente • Statistiche su deroghe non estraibili REL: • Pressioni politiche/territoriali • Utenza influente • Intermediazioni di reparti/dirigenti • Cultura di accomodamento (evitiamo problemi)						

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
21	**Integrità documentale**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Documenti amministrativi (deleghe, ricevute, moduli, richieste copie) sono numerati/protocollati e conservati per evitare sostituzioni o sparizioni? Focus: Gestione documentale non presidiata (numerazione/protocollo/conservazione) con rischio di manomissioni, sostituzioni, smarrimenti selettivi e ricostruzioni ex post.	**ORG:** • Conservazione a fascicoli senza regole • Protocollo non usato su tipologie rilevanti • Archivi non presidiati • Smarrimenti gestiti senza **TECH:** • Repository digitale con versioning assente ▪ Scansioni non indicizzate o non collegate al caso • File sovrascrivibili **REL:** • Pressioni per trovare o far sparire documenti • Conflitti tra uffici (scarico responsabilità) • Abitudini informali (documenti a mano) • Terzi che chiedono accesso/anticipazioni	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
22	Qualità dati	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Quesito: Controllo su duplicazioni anagrafiche, incoerenze e anomalie ricorrenti (es. codici esenzione ripetuti, omonimie, CF errati) è attivo? Focus: Controlli di qualità dati (duplicazioni, incoerenze, anomalie ricorrenti) non attivi con rischio di errori sistemici e utilizzo opportunistico di record/anagrafiche.	**ORG:** • Responsabile data quality assente • Correzioni fatte quando capita • Routine pulizia dati assente • Regole merge/unificazione record assenti **TECH:** • Sistemi non segnalano duplicati/anomalie • Matching assente/disattivato • Report qualità dati assente • Log modifiche non correlabili agli eventi **REL:** • Risolvere veloce creando nuovi record ▪ Pressioni sui tempi allo sportello • Scarsa collaborazione per bonifica dati	Assente	☐ L ☐ M ☐ H	N/A	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N/A

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Uso opportunistico di duplicati						
23	**Fornitori IT**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Richieste al fornitore IT/applicativo (modifiche, sblocco utenze, correzioni massive) sono tracciate e autorizzate, con controlli sugli esiti? Focus: Richieste al fornitore IT/applicativo (modifiche, sblocchi, correzioni massive) non tracciate/autorizzate e non verificate negli esiti con rischio di alterazioni su dati e permessi.	**ORG:** • Richieste via telefono senza ticket • Autorizzazioni non formalizzate • Controllo ex post su modifiche assente • Ruoli non chiari tra presidio, ICT e fornitore **TECH:** • Ticketing non obbligatorio/non integrato • Log intervento fornitore non disponibili • Accessi remoti non tracciati o non controllati • Ambienti test/produzione non separati per cambi critici **REL:** • Relazioni informali con tecnici/fornitore	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Pressioni per fare subito senza controlli • Bypass ICT centrale • Collusione su interventi mirati						
24	**Controlli incrociati**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Quesito: Sono effettuati controlli incrociati tra volumi operativi (accessi, prestazioni, pratiche) e incassi/esenzioni/rettifiche per intercettare scostamenti? Focus: Assenza di controlli incrociati tra volumi operativi e incassi/esenzioni/rettifiche con rischio di scostamenti non rilevati e "buchi" gestiti solo a posteriori.	**ORG:** • Routine riconciliazione assente • KPI non definiti o non condivisi • Analisi scostamenti solo su richiesta • Azioni correttive senza responsabili/tempi **TECH:** • Dati volumi/incassi su sistemi diversi non riconciliabili • Report tardivi o assenti • Dashboard e trend storici assenti	N/A	☐ L ☐ M ☐ H	N/A	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N/A

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Difficoltà tracciare causali scostamento **REL:** • Resistenze a far emergere buchi • Pressioni a minimizzare problemi • Conflitti tra uffici su responsabilità • Aggiustamenti per far tornare i conti						
25	Miglioramento	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Quando emergono criticità (ammanchi, anomalie, data breach, reclami gravi), esiste ciclo: analisi causa, azioni, follow-up e verifica efficacia? **Focus:** Mancanza di ciclo strutturato di miglioramento (analisi causa, azioni, follow-up, verifica efficacia) a fronte	**ORG:** • Azioni correttive non formalizzate (solo si sistema) **TECH:** • Repository azioni ed evidenze chiusura assente **REL:** • Cultura difensiva (non mettere nero su bianco) • Paura responsabilità personali	Gap principali: Criticità non gestite in merito soprattutto ad una carenza di cultura privacy L'intervistata dichiara di non essere a conoscenza di una procedura "data breach" dal che decade una serie di criticità di controllo sulla fattispecie	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Formazione specifica al fine della minimizzazione del rischio specifico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			di criticità con rischio di cronicizzazione e ripetizione degli eventi.							
26	**PS/Urgenze**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	In PS, accettazioni in urgenza/dati incompleti senza regole di recupero e controlli con rischio di pratiche sospese, correzioni postume e incoerenze amministrative.	**ORG:** • Regola recupero dati non assegnata a ruolo/turno • Registro pratiche da completare assente • Controllo secondo livello assente • Backlog gestito quando si può **TECH:** • Flag dati incompleti assente/non obbligatorio • Chiusura senza completezza minima possibile • Report pratiche sospese assente/usato poco • Modifiche postume non monitorate **REL:** • Pressioni PS/reparti:	N/A	☐ L ☐ M ☐ H	N/A	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N/A

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				sistematelo dopo • Utenza in urgenza → deroghe frequenti • Turnover operatori → perdita responsabilità • Tolleranza su incompletezze						
27	**Cassa/POS**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Storni POS e operazioni anomale (rimborsi, duplicati, incassi differiti) senza autorizzazione e riconciliazione documentata con rischio di irregolarità e frodi sui pagamenti.	**ORG:** • Autorizzazione non formalizzata • Nessuna soglia per storni/rimborsi • Riconciliazione non indipendente • Documentazione supporto non standardizzata **TECH:** • POS non integrato col gestionale (controlli manuali fragili) • Report POS non	N/A	☐ L ☐ M ☐ H	N/A	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N/A

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				archiviati/firmati per turno • Annulli senza motivazione obbligatoria • Log cassa non incrociati con flussi bancari REL: • Pressioni utenza su annulli/storni • Conflitti allo sportello → scorciatoie • Relazioni personali per sconti impropri • Accordi informali su rimborsi						
28	Copie cartella	Esito: ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Richieste sensibili di copie cartella (legali/assicurazioni/mediazioni/casi noti) gestite fuori canale o senza tracciabilità con rischio di anticipazioni improprie e violazioni privacy.	ORG: • Canale dedicato/istruzioni assenti • Urgenze gestite a persona senza traccia • Registro consegna con identità/delega non robusto	N/A	☐ L ☐ M ☐ H	N/A	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N/A

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				TECH: • Tracciamento richiesta-lavorazione-consegna assente • Invii email/PEC senza checklist • Stampa/download non tracciati • Log consultazioni archivio digitale assenti REL: • Pressioni da legali/assicurazioni/terzi • Interferenze su casi specifici • Anticipazioni per relazione personale • Tensione con utenza → concessioni improprie						
29	**Anagrafe/merge**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No	Creazione/unificazione anagrafiche (merge/bonifica duplicati) senza controllo di secondo livello e audit trail con rischio di manipolazioni dello	**ORG:** • Merge consentiti a troppi operatori • Flusso autorizzativo o campionamento assente • Motivazioni non standardizzate	N/A	☐ L ☐ M ☐ H	N/A	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N/A

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		X N.A.	storico, esenzioni e prestazioni.	• Data owner assente nel presidio **TECH:** • Funzione merge senza audit trail dettagliato • Motivazione non obbligatoria • Log non esportabili/monitorabili • Alert assenti su merge ripetuti **REL:** • Pressioni a sistemare subito • Creazione nuovo record invece di correggere • Uso opportunistico duplicati • Scarsa collaborazione su data quality						
30	**InterfacceCUP/Distretto**	**Esito:** ☐ Sì	Interfacce CUP-Presidio-Distretto con override/modifiche fuori standard non controllati end-to-end con rischio di	**ORG:** • Confini responsabilità tra uffici non chiari • Referente unico anomalie interfaccia	N/A	☐ L ☐ M	N/A	☐ L ☐ M	☐ Alta ☐ Media	N/A

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ Parziale ☐ No X N.A.	spostamenti/riclassificazioni/priorità improprie e manomissioni "soft".	assente • Regole diverse tra presidi → incoerenze • Escalation lenta → soluzioni informali **TECH:** • Integrazione debole (mancano log end-to-end) • Modifiche possibili fuori workflow standard • Report no-show/override non analizzati • Canali fuori sistema predominanti **REL:** • Pressioni da intermediari o utenza nota • Richieste improprie di priorità/spostamenti • Dinamiche territoriali (favori/segnalazioni) • Conflitti CUP/Distretto/Presidio che generano scorciatoie		☐ H		☐ H	☐ Bassa	

Scheda registro rischi corruttivi - UOC Direzione Medica e Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri (SCIACCA)

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	Governance	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Le deleghe/competenze tra UOC Direzione Medica PO e Direzione Sanitaria di Presidio sono formalizzate, aggiornate e conosciute (chi decide cosa, chi firma cosa)? **Focus:** Se i confini sono incerti, nella pratica prevalgono decisioni non tracciate, deroghe e scarico di responsabilità.	**ORG:** Deleghe di fatto non scritte; Funzioni sovrapposte senza regole operative; Assenza di sostituzioni formalizzate; Controlli interni non assegnati **TECH:** Repository atti/procedure non unico; Versioni documenti non controllate; Assenza di workflow autorizzativi digitali **REL:** Pressioni del "clinico forte" o del contesto locale; Cultura del "ci pensiamo noi" senza formalità;	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Audit Formazione specifica Predisposizione deleghe ed ordini di servizio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				Decisioni condizionate da relazioni personali						
2	**Controlli e segregazione**	**Esito:** ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Per le decisioni sensibili (es. ricoveri programmati, trasferimenti, priorità sala) esiste segregazione: chi propone ≠ chi autorizza ≠ chi registra/chiude? **Focus:** Serve che nessuno possa da solo creare/alterare una decisione a favore di qualcuno; conta la segregazione reale, non solo sulla carta.	**ORG:** Una sola figura gestisce proposta/autorizzazione /registrazione; Controlli a campione sulle eccezioni assenti; Deleghe in bianco in periodi critici (ferie/notti) **TECH:** Credenziali condivise o postazioni comuni; Log non consultati o non conservati; Modifiche possibili senza tracciatura **REL:** Richieste informali da reparti/primari; Interventi/pressioni esterne (territorio/politica);	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Audit Formazione specifica Predisposizione deleghe ed ordini di servizio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				Conflitti tra UU.OO. gestiti "a negoziazione"						
3	**Flussi operativi**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** La gestione posti letto (assegnazione, blocchi, disponibilità reale) segue criteri dichiarati e regole su deroghe e fuori standard? **Focus:** Intercetta il rischio tipico: posto letto attribuito per pressione/favori con motivazioni ex post; focus sulle eccezioni.	**ORG:** Criteri priorità non standardizzati; Deroghe non motivate né approvate; Bed manager di fatto senza mandato; Report saturazione non usato nelle decisioni **TECH:** Sistema bed management assente o non in tempo reale; Stato letto aggiornato a posteriori dal reparto; Mancanza traccia su chi ha cambiato la disponibilità **REL:** Pressioni dei reparti per "tenere" letti; Pressioni esterne per ricovero rapido; Conflitti tra UU.OO. risolti per "peso" e non per criteri	Nessuna	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Audit Formazione specifica Procedura specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
4	**Flussi operativi**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste una lista/registro ricoveri programmati per UO con priorità cliniche e regole anti-salto fila, e viene usata davvero? **Focus:** Verifica se la priorità è tracciata o bypassabile con telefonate/urgenze elastiche; attenzione a scostamenti e inserimenti extra.	**ORG:** Criteri priorità non declinati per disciplina; Nessuna verifica su chi passa avanti; Urgenze non validate (urgenza "a richiesta") **TECH:** Liste su Excel/locali senza audit trail; Mancanza timestamp/utente su modifiche; Assenza alert su cambi frequenti di priorità **REL:** Pressioni da medici/dirigenza/utenza "nota"; Scambi tra UU.OO. (io ti sblocco oggi, tu domani); Reclami gestiti con scorciatoie anziché regole	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
5	**Flussi operativi**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I trasferimenti (intra-ospedale, inter-presidio, verso altre strutture) hanno criteri, autorizzazioni e tracciabilità (chi decide, perché, quando)? **Focus:** Rischio: trasferimenti comodi/pilotati (posti, preferenze, pressioni) con motivazioni generiche e non verificabili.	**ORG:** Criteri non formalizzati (clinico vs logistico); Decisioni non documentate o fatte al telefono; Assenza revisione periodica dei casi anomali **TECH:** Comunicazioni fuori sistema (chat/telefonate); Nessun registro unico trasferimenti con motivazione; Dati frammentati tra reparti e DMPO **REL:** Pressioni familiari/utenza per trasferimenti; Rapporti personali tra reparti/strutture esterne; Conflitti tra presidi risolti informalmente	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	*Processo presidiato*	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
6	Controlli	Esito: ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Le dimissioni (incluse dimissioni protette) seguono regole su tempi/criteri e le eccezioni (anticipate/tardive) vengono monitorate? Focus: Dimissioni forzate o ritardate possono diventare leva per liberare letti o favorire percorsi; conta il presidio delle eccezioni.	ORG: Presidio dimissioni critiche assente; Ruoli non chiari tra UO/DMPO/territorio; Mancanza escalation quando la regola salta TECH: Indicatori presidio (degenza media/outlier) assenti; Report non periodici o non discussi; Registrazioni tardive che rendono i dati inattendibili REL: Pressioni per dimettere "per far posto"; Pressioni per trattenere casi "noti"; Conflitti con territorio gestiti informalmente	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
7	**Sale operatorie**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il calendario sale operatorie (blocchi, liste, urgenze, spostamenti) ha regole chiare e le variazioni last-minute sono autorizzate e tracciate? **Focus:** Intercetta favoritismi su priorità/interventi e inserimenti extra lista; cruciale la tracciabilità delle variazioni e chi le dispone.	**ORG:** Regole urgenze non definite o non applicate; Coordinamento sala solo formale; Nessun controllo su scambi blocchi tra UU.OO. **TECH:** Agenda non unica o aggiornata manualmente; Log variazioni non disponibili o non consultati; Accessi troppo ampi con poteri di modifica **REL:** Pressioni di chirurghi/pazienti "importanti"; Accordi informali tra équipe (ti passo avanti se...); Conflitti gestiti per gerarchia e non per criteri clinici	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
8	Controlli	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le urgenze in sala (vera urgenza vs urgenza organizzativa) sono validate con criteri e controlli (anche a posteriori)? **Focus:** Se l'urgenza è scorciatoia, diventa la porta principale per bypassare liste e priorità; serve validazione e audit ex post.	**ORG:** Nessun audit sulle urgenze dichiarate; Criteri urgenza assenti per disciplina; Responsabilità di validazione non assegnata **TECH:** Dataset urgenze (timestamp, motivazione, validatore) assente; Report urgenze non disponibile a livello presidio; Modifiche motivazione/diagno si non tracciate **REL:** Pressioni per far rientrare casi extra lista; Richieste insistenti di pazienti/parenti; Conflittualità tra UU.OO. mascherata da urgenze	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
9	**Flussi operativi**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La gestione Day Hospital/Day Surgery (programmazione, ammissione, rinvii) ha criteri e controlli sulle eccezioni (extra, rinvii ripetuti)? **Focus:** Rischio: corsie preferenziali e rinvii opachi; conta lo storico rinvii e le motivazioni standard.	**ORG:** Regole non uniformi tra UU.OO.; Rinvii senza motivazione standard; Nessun presidio su rinvii anomali **TECH:** Liste su strumenti non tracciati; Storico rinvii incompleto (chi/quando/perché); Indicatori condivisi assenti a livello presidio **REL:** Pressioni per inserire casi segnalati; Relazioni personali incidono sulla calendarizzazione; Reclami trasformati in scorciatoie	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
10	Dati e tracciabilità	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La cartella clinica (compilazione, firme, chiusura) è governata con controlli su integrazioni post-dimissione e accessi? **Focus:** Intercetta rischio di aggiustare documenti dopo eventi avversi/contenzioso; serve controllo su accessi e versioni.	**ORG:** Regole chiusura cartella non presidiate; Aggiunte tardive senza controllo; Ruoli di validazione clinica/documentale non chiari **TECH:** Cartella ibrida senza tracciamento completo; Log accessi non monitorati; Modifiche senza versioning/timestamp **REL:** Pressioni in caso di eventi avversi o contenzioso; Cultura del "sistemiamo dopo"; Timore responsabilità che spinge a correzioni opache	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
11	**Dati e tracciabilità**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il processo di codifica SDO/DRG ha controlli indipendenti (qualità, completezza, coerenza) e gestione delle anomalie? **Focus:** Rischio: codifiche aggiustate per indicatori o coperture; serve controllo qualità e gestione outlier.	**ORG:** Codifica affidata a pochi senza verifica; Controllo qualità non strutturato o non periodico; Anomalie chiuse senza escalation **TECH:** Strumenti codifica senza audit trail; Report outlier/DRG non presidiati; Integrazioni manuali tra sistemi non tracciate **REL:** Pressioni su performance/produzione; Conflitti clinico-amministrativi gestiti informalmente; Cultura del risultato più che della correttezza	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
12	**Reporting**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Esistono report periodici di presidio su anomalie (posti letto, urgenze, rinvii, SDO, reclami) e vengono discussi con azioni tracciabili? **Focus:** Senza reporting e azioni, le criticità restano "voci"; conta la catena dato→decisione→azione →veri fica.	**ORG:** Riunioni senza verbali/azioni e responsabilità; KPI non assegnati a referenti; Nessuna accountability su scostamenti **TECH:** Report manuali e manipolabili; Dati non riconciliati tra sistemi; Dashboard con storico e trend assente **REL:** Pressioni a non far emergere criticità; Conflitti interni che bloccano azioni; Tolleranza verso prassi irregolari	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
13	**Gestione anomalie**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste una procedura operativa per gestire eccezioni/deroghe (ricoveri extra, salti lista, urgenze borderline) con motivazione e approvazione? **Focus:** La domanda valuta se le eccezioni sono governate o diventano la regola; serve registro deroghe e controllo ripetitività.	**ORG:** Deroghe decise caso per caso senza standard; Registro deroghe assente a livello presidio; Controllo su ripetitività delle deroghe assente **TECH:** Mancano campi obbligatori motivazione deroga nei sistemi; Deroghe gestite su canali paralleli (mail/chat); Impossibile estrarre elenco deroghe **REL:** Pressioni di ruolo/territorio che generano deroghe; Deroghe come moneta relazionale interna; Timore del conflitto porta a cedere senza traccia	Nessuna	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Audit Formazione specifica Procedura specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
14	Privacy e accessi	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	Quesito: Gli accessi a dati clinici (cartelle, referti) sono profilati e si gestiscono casi sensibili (VIP, dipendenti, minori) con regole e controlli ? Focus: Rischio: accessi indebiti e consultazioni improprie; contano profilazioni, audit log e gestione delle violazioni.	ORG: Autorizzazioni troppo ampie o non riviste; Procedure VIP non definite; Gestione violazioni non strutturata TECH: Log accessi non controllati/assenza alert; Credenziali condivise o sessioni non bloccate; Esportazioni/stamp e senza tracciatura REL: Pressioni interne ("dammi un'occhiata alla cartella"); Richieste esterne insistenti (familiari/conoscenti); Cultura riservatezza debole in presidio	Nessuna	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Audit Formazione specifica Procedura specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
15	**Flussi con utenza**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le richieste di copia cartella clinica/referti seguono canali ufficiali e controlli su priorità/urgenze, evitando corsie preferenziali? **Focus:** Intercetta favoritismi nei rilasci e rischi privacy; conta identità/delega, tracciabilità e tempi trasparenti.	**ORG:** Canali informali accettati (telefonate/reparto); Tempi non monitorati né trasparenti; Controllo su deleghe/identità incompleto **TECH:** Gestionale richieste non unico; Tracciamento stato pratica e consegna incompleto; Consegna via canali non sicuri **REL:** Pressioni legali/assicurative o di conoscenti; Richieste forti in casi mediatici; Cultura del favore per evitare reclami	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
16	**Servizi mortuari**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** La gestione di deceduti/camera mortuaria (accessi, tempi, consegna salma) è regolata e si prevengono contatti impropri con imprese funebri? **Focus:** interferenze e vantaggi indebiti; servono regole accessi, registri e controlli su segnalazioni.	**ORG:** Regole accesso imprese non chiare o non applicate; Responsabile unico e sostituto non definiti; Controlli su segnalazioni/reclami assenti **TECH:** Registro accessi incompleto o assente; Videosorveglianza assente/non presidiata (se prevista); Tracciabilità consegna/ritiro non completa **REL:** Pressioni/accordi con imprese funebri locali; Intermediazioni informali (personale che consiglia); Utenza vulnerabile e facilmente influenzabile	Gli intervistati riferiscono che esiste, tra l'altro, una difficoltà obiettiva riguardo allo smaltimento degli arti	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Audit Formazione specifica Procedura specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
17	**Accessi esterni**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Gli accessi di fornitori/manutentori/esterni in aree cliniche sono autorizzati, registrati e controllati (chi entra, dove, quando, con chi)? **Focus:** accessi liberi per favoritismi/collusioni o interferenze; conta autorizzazione nominativa, accompagnamento e riconsegna badge.	**ORG:** Autorizzazioni date verbalmente; Mancanza accompagnamento e riconsegna badge; Controlli su aree sensibili (archivi/depositi) assenti **TECH:** Registro accessi non informatizzato o incompleto; Badge condivisi o non nominativi; Integrazione con sistemi sicurezza/portineria assente **REL:** Familiarità tra personale e ditte (confini sfumati); Pressioni per far entrare subito bypassando regole; Collusioni su tempi/interventi/servizi extra	Nessuna	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Audit Formazione specifica Procedura specifica Predisposizione registro per il monitoraggio degli accessi

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
18	**Gestione spazi**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** L'uso di spazi clinici/non clinici (ambulatori, locali, depositi) è autorizzato e controllato, con regole su assegnazioni temporanee e cambi? **Focus:** assegnazioni opache e uso improprio con vantaggi indiretti; serve mappa spazi aggiornata e criteri assegnazione.	**ORG:** Mappa spazi non aggiornata o non gestita; Assegnazioni senza atto o senza criteri; Controlli su utilizzo reale assenti **TECH:** Inventario digitale spazi/assegnazioni assente; Tracciabilità cambi e autorizzatori assente; Segnalazioni automatiche occupazioni anomale assenti **REL:** Pressioni UU.OO. per prendersi spazi; Mediazioni informali tra dirigenti; Conflitti gestiti con scambi e favori	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
19	**Servizi appaltati**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Su servizi appaltati nel presidio (pulizie, ristorazione, portierato, trasporti) esistono controlli su prestazioni reali e gestione delle contestazioni? **Focus:** controlli di carta e tolleranza di disservizi per relazioni; contano verifiche sul campo e ticketing contestazioni.	**ORG:** Controlli prestazionali non programmati; Verifiche solo documentali senza riscontro; Contestazioni non tracciate o non escalate **TECH:** Assenza ticketing segnalazioni/interve nti; Report livelli di servizio non estratti o non condivisi; Dati SLA non affidabili **REL:** Relazioni consolidate con ditta (tolleranza); Pressioni per non contestare; Collusioni su turni/ore/servizi extra	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
20	**Turni e presenze**	**Esito**: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I processi su guardie/reperibilità/straordinari (validazione, autorizzazione, rendicontazione) sono controllati e segregati? **Focus** : ore non dovute e favoritismi sui turni; serve segregazione validazione e controlli ex post su anomalie ricorrenti.	**ORG:** Validazioni concentrate su una sola figura; Deroghe per necessità senza traccia; Controlli ex post assenti su anomalie ricorrenti **TECH:** Turnistica non integrata o modificabile senza traccia; Log modifiche turni non consultati; Report anomalie non presidiati (doppi turni/extra ore) **REL:** Pressioni per favorire alcuni professionisti; Scambi informali tra colleghi con copertura gerarchica; Conflitti gestiti con premi/punizioni tramite turni	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
21	**Gestione reclami**	**Esito:** ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I reclami/segnalazioni (URP o canali presidio) sono gestiti con tracciabilità, tempi e analisi ricorrenze, evitando soluzioni a favore? **Focus:** Il reclamo deve generare miglioramento, non scorciatoie e trattamenti differenziati; conta la tracciabilità end-to- end.	**ORG:** Canali multipli non coordinati; Risposte non standard e non tracciate; Analisi ricorrenze e azioni correttive assenti **TECH:** Sistema ticketing assente o non usato; Documentazione in email personali; Cruscotto tempi/temi ricorrenti assente **REL:** Pressioni per chiudere con favori; Timore reputazionale che blocca emersione; Utenza aggressiva che induce deroghe	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
22	**Risk management**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Incident reporting/eventi avversi: esistono canali, protezione e analisi, e si evitano aggiustamenti documentali o insabbiamenti? **Focus:** Se la gestione è punitiva/informale, gli eventi non emergono; rischio di minimizzazione e correzioni opache della documentazione.	**ORG:** Governance RM non chiara a livello presidio; Azioni correttive non assegnate né monitorate; Cultura colpevolizzante che disincentiva segnalazioni **TECH:** Piattaforma segnalazioni assente o non usata; Dati non protetti/anonimizzati o accessi troppo ampi; Report trend e follow-up assenti **REL:** Pressioni per minimizzare eventi sensibili; Conflitti tra équipe che bloccano trasparenza; Timore contenzioso/assicurazioni che guida scelte opache	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
23	**Flussi con altri uffici**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Nei flussi con Farmacia/Provveditorato (urgenze dispositivi, richieste extra, deroghe) la DMPO presidia regole e motivazioni per evitare urgenze pilotate? **Focus:** Intercetta richieste urgentissime usate per bypassare procedure e orientare soluzioni/forniture; conta il monitoraggio delle urgenze ripetute.	**ORG:** Regole urgenze non definite o troppo elastiche; Validazioni per prassi e non per criteri; Monitoraggio urgenze ripetute per reparto assente **TECH:** Workflow richiesta non tracciato end-to-end; Campi obbligatori (motivazione clinica/alternative) assenti; Report urgenze e ricorrenze non disponibili **REL:** Pressioni da clinici legati a specifici fornitori/soluzioni; Collusioni su urgenza per giustificare eccezioni; Relazioni personali che accelerano pratiche	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
24	**Formazione e accessi**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Tirocini, specializzandi, volontari, associazioni: accessi e autorizzazioni sono governati (criteri, registri, ambiti consentiti)? **Focus:** accessi "regalati" e presenza non autorizzata in reparti con esposizione dati/pazienti; serve registro e vigilanza.	**ORG:** Criteri non formalizzati o discrezionali; Tutoraggio e vigilanza non assegnati; Controlli su presenze e ambiti operativi assenti **TECH:** Registro digitale accessi/presenze assente; Badge non nominativi o non revocati; Accessi a sistemi/intranet non controllati **REL:** Pressioni università/associazioni/territorio; Relazioni personali determinano ingressi; Cultura permissiva (fate entrare poi vediamo)	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
25	**Integrità e conflitti**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esistono presidi operativi su conflitti di interesse, regali/ospitalità e relazioni improprie (anche con ditte e utenti) per chi opera nel presidio? **Focus:** Non basta la policy: conta l'emersione e la gestione dei casi e l'effetto reale sulle decisioni (posti letto, sala, accessi, urgenze).	**ORG:** Dichiarazioni non raccolte o non aggiornate; Gestione dei casi non definita (cosa succede quando emerge); Controlli su rotazioni/assegnazioni sensibili assenti **TECH:** Canale tracciato per segnalazioni interne assente; Documentazione sparsa e non monitorata; Analisi pattern (reparti/ditte/casi ricorrenti) assente **REL:** Pressioni ambientali tipiche (territorio piccolo); Familiarità con fornitori e utenza nota; Cultura del favore e del non creare problemi	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Audit Formazione specifica

Scheda registro rischi corruttivi - UOC Direzione Medica e Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri (LICATA)

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	Governance	Esito: ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	Quesito: Le deleghe/competenze tra UOC Direzione Medica PO e Direzione Sanitaria di Presidio sono formalizzate, aggiornate e conosciute (chi decide cosa, chi firma cosa)? Focus: Se i confini sono incerti, nella pratica prevalgono decisioni non tracciate, deroghe e scarico di responsabilità.	ORG: Deleghe di fatto non scritte; Funzioni sovrapposte senza regole operative; Assenza di sostituzioni formalizzate; Controlli interni non assegnati TECH: Repository atti/procedure non unico; Versioni documenti non controllate; Assenza di workflow autorizzativi digitali REL: Pressioni del "clinico forte" o del contesto locale; Cultura del "ci pensiamo noi" senza formalità;	Gap principali: Assenza di delega di funzioni	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Predisposizione di deleghe e segregazione di funzioni Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				Decisioni condizionate da relazioni personali						
2	**Controlli e segregazione**	**Esito:** ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Per le decisioni sensibili (es. ricoveri programmati, trasferimenti, priorità sala) esiste segregazione: chi propone ≠ chi autorizza ≠ chi registra/chiude? **Focus:** Serve che nessuno possa da solo creare/alterare una decisione a favore di qualcuno; conta la segregazione reale, non solo sulla carta.	**ORG:** Una sola figura gestisce proposta/autorizzazione /registrazione; Controlli a campione sulle eccezioni assenti; Deleghe in bianco in periodi critici (ferie/notti) **TECH:** Credenziali condivise o postazioni comuni; Log non consultati o non conservati; Modifiche possibili senza tracciatura **REL:** Richieste informali da reparti/primari; Interventi/pressioni esterne (territorio/politica);	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Predisposizione di deleghe e segregazione di funzioni Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				Conflitti tra UU.OO. gestiti "a negoziazione"						
3	**Flussi operativi**	**Esito:** ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La gestione posti letto (assegnazione, blocchi, disponibilità reale) segue criteri dichiarati e regole su deroghe e fuori standard? **Focus:** Intercetta il rischio tipico: posto letto attribuito per pressione/favori con motivazioni ex post; focus sulle eccezioni.	**ORG:** Criteri priorità non standardizzati; Deroghe non motivate né approvate; Bed manager di fatto senza mandato; Report saturazione non usato nelle decisioni **TECH:** Sistema bed management assente o non in tempo reale; Stato letto aggiornato a posteriori dal reparto; Mancanza traccia su chi ha cambiato la disponibilità **REL:** Pressioni dei reparti per "tenere" letti; Pressioni esterne per ricovero rapido; Conflitti tra UU.OO. risolti per "peso" e non per criteri	Gap principali: Esiste una prassi consolidata Assenza di un gestionale per bed management in tempo reale	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura specifica Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
4	**Flussi operativi**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste una lista/registro ricoveri programmati per UO con priorità cliniche e regole anti-salto fila, e viene usata davvero? **Focus:** Verifica se la priorità è tracciata o bypassabile con telefonate/urgenze elastiche; attenzione a scostamenti e inserimenti extra.	**ORG:** Criteri priorità non declinati per disciplina; Nessuna verifica su chi passa avanti; Urgenze non validate (urgenza "a richiesta") **TECH:** Liste su Excel/locali senza audit trail; Mancanza timestamp/utente su modifiche; Assenza alert su cambi frequenti di priorità **REL:** Pressioni da medici/dirigenza/utenza "nota"; Scambi tra UU.OO. (io ti sblocco oggi, tu domani); Reclami gestiti con scorciatoie anziché regole	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura specifica Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
5	**Flussi operativi**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** I trasferimenti (intra-ospedale, inter-presidio, verso altre strutture) hanno criteri, autorizzazioni e tracciabilità (chi decide, perché, quando)? **Focus:** Rischio: trasferimenti comodi/pilotati (posti, preferenze, pressioni) con motivazioni generiche e non verificabili.	**ORG:** Criteri non formalizzati (clinico vs logistico); Decisioni non documentate o fatte al telefono; Assenza revisione periodica dei casi anomali **TECH:** Comunicazioni fuori sistema (chat/telefonate); Nessun registro unico trasferimenti con motivazione; Dati frammentati tra reparti e DMPO **REL:** Pressioni familiari/utenza per trasferimenti; Rapporti personali tra reparti/strutture esterne; Conflitti tra presidi risolti informalmente	Gap principali: Esiste una prassi consolidata	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura specifica Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
6	**Controlli**	Esito: ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le dimissioni (incluse dimissioni protette) seguono regole su tempi/criteri e le eccezioni (anticipate/tardive) vengono monitorate? **Focus:** Dimissioni forzate o ritardate possono diventare leva per liberare letti o favorire percorsi; conta il presidio delle eccezioni.	**ORG:** Presidio dimissioni critiche assente; Ruoli non chiari tra UO/DMPO/territorio; Mancanza escalation quando la regola salta **TECH:** Indicatori presidio (degenza media/outlier) assenti; Report non periodici o non discussi; Registrazioni tardive che rendono i dati inattendibili **REL:** Pressioni per dimettere "per far posto"; Pressioni per trattenere casi "noti"; Conflitti con territorio gestiti informalmente	Utilizzo della Scheda Dimissioni Ospedaliere (SDO) Gap principali: Assenza di regole interne	X L ☐ M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Procedura specifica Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
7	Sale operatorie	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il calendario sale operatorie (blocchi, liste, urgenze, spostamenti) ha regole chiare e le variazioni last-minute sono autorizzate e tracciate? **Focus:** Intercetta favoritismi su priorità/interventi e inserimenti extra lista; cruciale la tracciabilità delle variazioni e chi le dispone.	**ORG:** Regole urgenze non definite o non applicate; Coordinamento sala solo formale; Nessun controllo su scambi blocchi tra UU.OO. **TECH:** Agenda non unica o aggiornata manualmente; Log variazioni non disponibili o non consultati; Accessi troppo ampi con poteri di modifica **REL:** Pressioni di chirurghi/pazienti "importanti"; Accordi informali tra équipe (ti passo avanti se...); Conflitti gestiti per gerarchia e non per criteri clinici	Utilizzo del sw OrmaWeb	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
8	**Controlli**	Esito: ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le urgenze in sala (vera urgenza vs urgenza organizzativa) sono validate con criteri e controlli (anche a posteriori)? **Focus:** Se l'urgenza è scorciatoia, diventa la porta principale per bypassare liste e priorità; serve validazione e audit ex post.	**ORG:** Nessun audit sulle urgenze dichiarate; Criteri urgenza assenti per disciplina; Responsabilità di validazione non assegnata **TECH:** Dataset urgenze (timestamp, motivazione, validatore) assente; Report urgenze non disponibile a livello presidio; Modifiche motivazione/diagnosi non tracciate **REL:** Pressioni per far rientrare casi extra lista; Richieste insistenti di pazienti/parenti; Conflittualità tra UU.OO. mascherata da urgenze	Gap principali: L'intervistato riferisce che il processo è gestito in assoluta discrezionalità da parte del chirurgo	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura specifica per la validazione e il controllo delle urgenze in sala Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
9	**Flussi operativi**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** La gestione Day Hospital/Day Surgery (programmazione, ammissione, rinvii) ha criteri e controlli sulle eccezioni (extra, rinvii ripetuti)? **Focus:** Rischio: corsie preferenziali e rinvii opachi; conta lo storico rinvii e le motivazioni standard.	**ORG:** Regole non uniformi tra UU.OO.; Rinvii senza motivazione standard; Nessun presidio su rinvii anomali **TECH:** Liste su strumenti non tracciati; Storico rinvii incompleto (chi/quando/perché); Indicatori condivisi assenti a livello presidio **REL:** Pressioni per inserire casi segnalati; Relazioni personali incidono sulla calendarizzazione; Reclami trasformati in scorciatoie	Competenza del CUP	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
10	**Dati e tracciabilità**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La cartella clinica (compilazione, firme, chiusura) è governata con controlli su integrazioni post-dimissione e accessi? **Focus:** Intercetta rischio di aggiustare documenti dopo eventi avversi/contenzioso; serve controllo su accessi e versioni.	**ORG:** Regole chiusura cartella non presidiate; Aggiunte tardive senza controllo; Ruoli di validazione clinica/documentale non chiari **TECH:** Cartella ibrida senza tracciamento completo; Log accessi non monitorati; Modifiche senza versioning/timestamp **REL:** Pressioni in caso di eventi avversi o contenzioso; Cultura del "sistemiamo dopo"; Timore responsabilità che spinge a correzioni opache	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
11	**Dati e tracciabilità**	**Esito:** ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il processo di codifica SDO/DRG ha controlli indipendenti (qualità, completezza, coerenza) e gestione delle anomalie? **Focus:** Rischio: codifiche aggiustate per indicatori o coperture; serve controllo qualità e gestione outlier.	**ORG:** Codifica affidata a pochi senza verifica; Controllo qualità non strutturato o non periodico; Anomalie chiuse senza escalation **TECH:** Strumenti codifica senza audit trail; Report outlier/DRG non presidiati; Integrazioni manuali tra sistemi non tracciate **REL:** Pressioni su performance/produzione; Conflitti clinico-amministrativi gestiti informalmente; Cultura del risultato più che della correttezza	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura specifica Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
12	**Reporting**	**Esito**: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esistono report periodici di presidio su anomalie (posti letto, urgenze, rinvii, SDO, reclami) e vengono discussi con azioni tracciabili? **Focus:** Senza reporting e azioni, le criticità restano "voci"; conta la catena dato→decisione→azione →veri fica.	**ORG:** Riunioni senza verbali/azioni e responsabilità; KPI non assegnati a referenti; Nessuna accountability su scostamenti **TECH:** Report manuali e manipolabili; Dati non riconciliati tra sistemi; Dashboard con storico e trend assente **REL:** Pressioni a non far emergere criticità; Conflitti interni che bloccano azioni; Tolleranza verso prassi irregolari	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
13	**Gestione anomalie**	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste una procedura operativa per gestire eccezioni/deroghe (ricoveri extra, salti lista, urgenze borderline) con motivazione e approvazione? **Focus:** La domanda valuta se le eccezioni sono governate o diventano la regola; serve registro deroghe e controllo ripetitività.	**ORG:** Deroghe decise caso per caso senza standard; Registro deroghe assente a livello presidio; Controllo su ripetitività delle deroghe assente **TECH:** Mancano campi obbligatori motivazione deroga nei sistemi; Deroghe gestite su canali paralleli (mail/chat); Impossibile estrarre elenco deroghe **REL:** Pressioni di ruolo/territorio che generano deroghe; Deroghe come moneta relazionale interna; Timore del conflitto porta a cedere senza traccia	Nessuna	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura specifica Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
14	**Privacy e accessi**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Gli accessi a dati clinici (cartelle, referti) sono profilati e si gestiscono casi sensibili (VIP, dipendenti, minori) con regole e controlli ? **Focus:** Rischio: accessi indebiti e consultazioni improprie; contano profilazioni, audit log e gestione delle violazioni.	**ORG:** Autorizzazioni troppo ampie o non riviste; Procedure VIP non definite; Gestione violazioni non strutturata **TECH:** Log accessi non controllati/assenza alert; Credenziali condivise o sessioni non bloccate; Esportazioni/stamp e senza tracciatura **REL:** Pressioni interne ("dammi un'occhiata alla cartella"); Richieste esterne insistenti (familiari/conoscenti); Cultura riservatezza debole in presidio	Esiste un regolamento interno privacy	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
15	**Flussi con utenza**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le richieste di copia cartella clinica/referti seguono canali ufficiali e controlli su priorità/urgenze, evitando corsie preferenziali? **Focus:** Intercetta favoritismi nei rilasci e rischi privacy; conta identità/delega, tracciabilità e tempi trasparenti.	**ORG:** Canali informali accettati (telefonate/reparto); Tempi non monitorati né trasparenti; Controllo su deleghe/identità incompleto **TECH:** Gestionale richieste non unico; Tracciamento stato pratica e consegna incompleto; Consegna via canali non sicuri **REL:** Pressioni legali/assicurative o di conoscenti; Richieste forti in casi mediatici; Cultura del favore per evitare reclami	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
16	**Servizi mortuari**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La gestione di deceduti/camera mortuaria (accessi, tempi, consegna salma) è regolata e si prevengono contatti impropri con imprese funebri? **Focus:** interferenze e vantaggi indebiti; servono regole accessi, registri e controlli su segnalazioni.	**ORG:** Regole accesso imprese non chiare o non applicate; Responsabile unico e sostituto non definiti; Controlli su segnalazioni/reclami assenti **TECH:** Registro accessi incompleto o assente; Videosorveglianza assente/non presidiata (se prevista); Tracciabilità consegna/ritiro non completa **REL:** Pressioni/accordi con imprese funebri locali; Intermediazioni informali (personale che consiglia); Utenza vulnerabile e facilmente influenzabile	Esiste un regolamento interno	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
17	**Accessi esterni**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Gli accessi di fornitori/manutentori/esterni in aree cliniche sono autorizzati, registrati e controllati (chi entra, dove, quando, con chi)? **Focus:** accessi liberi per favoritismi/collusioni o interferenze; conta autorizzazione nominativa, accompagnamento e riconsegna badge.	**ORG:** Autorizzazioni date verbalmente; Mancanza accompagnamento e riconsegna badge; Controlli su aree sensibili (archivi/depositi) assenti **TECH:** Registro accessi non informatizzato o incompleto; Badge condivisi o non nominativi; Integrazione con sistemi sicurezza/portineria assente **REL:** Familiarità tra personale e ditte (confini sfumati); Pressioni per far entrare subito bypassando regole; Collusioni su tempi/interventi/servizi extra	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
18	**Gestione spazi**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** L'uso di spazi clinici/non clinici (ambulatori, locali, depositi) è autorizzato e controllato, con regole su assegnazioni temporanee e cambi? **Focus:** assegnazioni opache e uso improprio con vantaggi indiretti; serve mappa spazi aggiornata e criteri assegnazione.	**ORG:** Mappa spazi non aggiornata o non gestita; Assegnazioni senza atto o senza criteri; Controlli su utilizzo reale assenti **TECH:** Inventario digitale spazi/assegnazioni assente; Tracciabilità cambi e autorizzatori assente; Segnalazioni automatiche occupazioni anomale assenti **REL:** Pressioni UU.OO. per prendersi spazi; Mediazioni informali tra dirigenti; Conflitti gestiti con scambi e favori	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Predisposizione di procedure specifiche Formazione specifica Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
19	**Servizi appaltati**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Su servizi appaltati nel presidio (pulizie, ristorazione, portierato, trasporti) esistono controlli su prestazioni reali e gestione delle contestazioni? **Focus:** controlli di carta e tolleranza di disservizi per relazioni; contano verifiche sul campo e ticketing contestazioni.	**ORG:** Controlli prestazionali non programmati; Verifiche solo documentali senza riscontro; Contestazioni non tracciate o non escalate **TECH:** Assenza ticketing segnalazioni/interve nti; Report livelli di servizio non estratti o non condivisi; Dati SLA non affidabili **REL:** Relazioni consolidate con ditta (tolleranza); Pressioni per non contestare; Collusioni su turni/ore/servizi extra	Gap principali: L'intervistato riferisce che i ticket di controllo avvengono in forma verbale	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura specifica Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
20	**Turni e presenze**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I processi su guardie/reperibilità/straordinari (validazione, autorizzazione, rendicontazione) sono controllati e segregati? **Focus:** ore non dovute e favoritismi sui turni; serve segregazione validazione e controlli ex post su anomalie ricorrenti.	**ORG:** Validazioni concentrate su una sola figura; Deroghe per necessità senza traccia; Controlli ex post assenti su anomalie ricorrenti **TECH:** Turnistica non integrata o modificabile senza traccia; Log modifiche turni non consultati; Report anomalie non presidiati (doppi turni/extra ore) **REL:** Pressioni per favorire alcuni professionisti; Scambi informali tra colleghi con copertura gerarchica; Conflitti gestiti con premi/punizioni tramite turni	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Predisposizione di procedure specifiche Formazione specifica Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
21	**Gestione reclami**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** I reclami/segnalazioni (URP o canali presidio) sono gestiti con tracciabilità, tempi e analisi ricorrenze, evitando soluzioni a favore? **Focus:** Il reclamo deve generare miglioramento, non scorciatoie e trattamenti differenziati; conta la tracciabilità end-to- end.	**ORG:** Canali multipli non coordinati; Risposte non standard e non tracciate; Analisi ricorrenze e azioni correttive assenti **TECH:** Sistema ticketing assente o non usato; Documentazione in email personali; Cruscotto tempi/temi ricorrenti assente **REL:** Pressioni per chiudere con favori; Timore reputazionale che blocca emersione; Utenza aggressiva che induce deroghe	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Predisposizione di procedura specifica Formazione specifica Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
22	**Risk management**	**Esito:** ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Incident reporting/eventi avversi: esistono canali, protezione e analisi, e si evitano aggiustamenti documentali o insabbiamenti? **Focus:** Se la gestione è punitiva/informale, gli eventi non emergono; rischio di minimizzazione e correzioni opache della documentazione.	**ORG:** Governance RM non chiara a livello presidio; Azioni correttive non assegnate né monitorate; Cultura colpevolizzante che disincentiva segnalazioni **TECH:** Piattaforma segnalazioni assente o non usata; Dati non protetti/anonimizzati o accessi troppo ampi; Report trend e follow-up assenti **REL:** Pressioni per minimizzare eventi sensibili; Conflitti tra équipe che bloccano trasparenza; Timore contenzioso/assicurazioni che guida scelte opache	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
23	**Flussi con altri uffici**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Nei flussi con Farmacia/Provveditorato (urgenze dispositivi, richieste extra, deroghe) la DMPO presidia regole e motivazioni per evitare urgenze pilotate? **Focus:** Intercetta richieste urgentissime usate per bypassare procedure e orientare soluzioni/forniture; conta il monitoraggio delle urgenze ripetute.	**ORG:** Regole urgenze non definite o troppo elastiche; Validazioni per prassi e non per criteri; Monitoraggio urgenze ripetute per reparto assente **TECH:** Workflow richiesta non tracciato end-to-end; Campi obbligatori (motivazione clinica/alternative) assenti; Report urgenze e ricorrenze non disponibili **REL:** Pressioni da clinici legati a specifici fornitori/soluzioni; Collusioni su urgenza per giustificare eccezioni; Relazioni personali che accelerano pratiche	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Predisposizione di procedura specifica Formazione specifica Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
24	**Formazione e accessi**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Tirocini, specializzandi, volontari, associazioni: accessi e autorizzazioni sono governati (criteri, registri, ambiti consentiti)? **Focus:** accessi "regalati" e presenza non autorizzata in reparti con esposizione dati/pazienti; serve registro e vigilanza.	**ORG:** Criteri non formalizzati o discrezionali; Tutoraggio e vigilanza non assegnati; Controlli su presenze e ambiti operativi assenti **TECH:** Registro digitale accessi/presenze assente; Badge non nominativi o non revocati; Accessi a sistemi/intranet non controllati **REL:** Pressioni università/associazioni/territorio; Relazioni personali determinano ingressi; Cultura permissiva (fate entrare poi vediamo)	Competenza del Dipartimento Amministrativo	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
25	**Integrità e conflitti**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esistono presidi operativi su conflitti di interesse, regali/ospitalità e relazioni improprie (anche con ditte e utenti) per chi opera nel presidio? **Focus:** Non basta la policy: conta l'emersione e la gestione dei casi e l'effetto reale sulle decisioni (posti letto, sala, accessi, urgenze).	**ORG:** Dichiarazioni non raccolte o non aggiornate; Gestione dei casi non definita (cosa succede quando emerge); Controlli su rotazioni/assegnazioni sensibili assenti **TECH:** Canale tracciato per segnalazioni interne assente; Documentazione sparsa e non monitorata; Analisi pattern (reparti/ditte/casi ricorrenti) assente **REL:** Pressioni ambientali tipiche (territorio piccolo); Familiarità con fornitori e utenza nota; Cultura del favore e del non creare problemi	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Predisposizione di procedura specifica Formazione specifica Audit

Scheda registro rischi corruttivi - UOC Direzione Medica e Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri (CANICATTì)

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	Governance	Esito: ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Le deleghe/competenze tra UOC Direzione Medica PO e Direzione Sanitaria di Presidio sono formalizzate, aggiornate e conosciute (chi decide cosa, chi firma cosa)? **Focus:** Se i confini sono incerti, nella pratica prevalgono decisioni non tracciate, deroghe e scarico di responsabilità.	**ORG:** Deleghe di fatto non scritte; Funzioni sovrapposte senza regole operative; Assenza di sostituzioni formalizzate; Controlli interni non assegnati **TECH:** Repository atti/procedure non unico; Versioni documenti non controllate; Assenza di workflow autorizzativi digitali **REL:** Pressioni del "clinico forte" o del contesto locale; Cultura del "ci pensiamo noi" senza formalità;	Nessuna	☐ L ☐ M X H	Processo scarsamente presidiato	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Predisposizione di deleghe e segregazione di funzioni Audit per la minimizzazione del rischio da effettuarsi entro tre mesi Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				Decisioni condizionate da relazioni personali						
2	**Controlli e segregazione**	**Esito:** ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Per le decisioni sensibili (es. ricoveri programmati, trasferimenti, priorità sala) esiste segregazione: chi propone ≠ chi autorizza ≠ chi registra/chiude? **Focus:** Serve che nessuno possa da solo creare/alterare una decisione a favore di qualcuno; conta la segregazione reale, non solo sulla carta.	**ORG:** Una sola figura gestisce proposta/autorizzazione /registrazione; Controlli a campione sulle eccezioni assenti; Deleghe in bianco in periodi critici (ferie/notti) **TECH:** Credenziali condivise o postazioni comuni; Log non consultati o non conservati; Modifiche possibili senza tracciatura **REL:** Richieste informali da reparti/primari; Interventi/pressioni esterne (territorio/politica);	Nessuna	☐ L ☐ M X H	Processo scarsamente presidiato	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Predisposizione di deleghe e segregazione di funzioni Audit per la minimizzazione del rischio da effettuarsi entro tre mesi Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				Conflitti tra UU.OO. gestiti "a negoziazione"						
3	**Flussi operativi**	**Esito:** ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La gestione posti letto (assegnazione, blocchi, disponibilità reale) segue criteri dichiarati e regole su deroghe e fuori standard? **Focus:** Intercetta il rischio tipico: posto letto attribuito per pressione/favori con motivazioni ex post; focus sulle eccezioni.	**ORG:** Criteri priorità non standardizzati; Deroghe non motivate né approvate; Bed manager di fatto senza mandato; Report saturazione non usato nelle decisioni **TECH:** Sistema bed management assente o non in tempo reale; Stato letto aggiornato a posteriori dal reparto; Mancanza traccia su chi ha cambiato la disponibilità **REL:** Pressioni dei reparti per "tenere" letti; Pressioni esterne per ricovero rapido; Conflitti tra UU.OO. risolti per "peso" e non per criteri	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura specifica Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
4	**Flussi operativi**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste una lista/registro ricoveri programmati per UO con priorità cliniche e regole anti-salto fila, e viene usata davvero? **Focus:** Verifica se la priorità è tracciata o bypassabile con telefonate/urgenze elastiche; attenzione a scostamenti e inserimenti extra.	**ORG:** Criteri priorità non declinati per disciplina; Nessuna verifica su chi passa avanti; Urgenze non validate (urgenza "a richiesta") **TECH:** Liste su Excel/locali senza audit trail; Mancanza timestamp/utente su modifiche; Assenza alert su cambi frequenti di priorità **REL:** Pressioni da medici/dirigenza/utenza "nota"; Scambi tra UU.OO. (io ti sblocco oggi, tu domani); Reclami gestiti con scorciatoie anziché regole	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura specifica Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
5	**Flussi operativi**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** I trasferimenti (intra-ospedale, inter-presidio, verso altre strutture) hanno criteri, autorizzazioni e tracciabilità (chi decide, perché, quando)? **Focus:** Rischio: trasferimenti comodi/pilotati (posti, preferenze, pressioni) con motivazioni generiche e non verificabili.	**ORG:** Criteri non formalizzati (clinico vs logistico); Decisioni non documentate o fatte al telefono; Assenza revisione periodica dei casi anomali **TECH:** Comunicazioni fuori sistema (chat/telefonate); Nessun registro unico trasferimenti con motivazione; Dati frammentati tra reparti e DMPO **REL:** Pressioni familiari/utenza per trasferimenti; Rapporti personali tra reparti/strutture esterne; Conflitti tra presidi risolti informalmente	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura specifica Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
6	**Controlli**	**Esito:** ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le dimissioni (incluse dimissioni protette) seguono regole su tempi/criteri e le eccezioni (anticipate/tardive) vengono monitorate? **Focus:** Dimissioni forzate o ritardate possono diventare leva per liberare letti o favorire percorsi; conta il presidio delle eccezioni.	**ORG:** Presidio dimissioni critiche assente; Ruoli non chiari tra UO/DMPO/territorio; Mancanza escalation quando la regola salta **TECH:** Indicatori presidio (degenza media/outlier) assenti; Report non periodici o non discussi; Registrazioni tardive che rendono i dati inattendibili **REL:** Pressioni per dimettere "per far posto"; Pressioni per trattenere casi "noti"; Conflitti con territorio gestiti informalmente	Utilizzo della Scheda Dimissioni Ospedaliere (SDO)	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Procedura specifica Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
7	**Sale operatorie**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il calendario sale operatorie (blocchi, liste, urgenze, spostamenti) ha regole chiare e le variazioni last-minute sono autorizzate e tracciate? **Focus:** Intercetta favoritismi su priorità/interventi e inserimenti extra lista; cruciale la tracciabilità delle variazioni e chi le dispone.	**ORG:** Regole urgenze non definite o non applicate; Coordinamento sala solo formale; Nessun controllo su scambi blocchi tra UU.OO. **TECH:** Agenda non unica o aggiornata manualmente; Log variazioni non disponibili o non consultati; Accessi troppo ampi con poteri di modifica **REL:** Pressioni di chirurghi/pazienti "importanti"; Accordi informali tra équipe (ti passo avanti se...); Conflitti gestiti per gerarchia e non per criteri clinici	Utilizzo del sw OrmaWeb	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
8	**Controlli**	Esito: ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le urgenze in sala (vera urgenza vs urgenza organizzativa) sono validate con criteri e controlli (anche a posteriori)? **Focus:** Se l'urgenza è scorciatoia, diventa la porta principale per bypassare liste e priorità; serve validazione e audit ex post.	**ORG:** Nessun audit sulle urgenze dichiarate; Criteri urgenza assenti per disciplina; Responsabilità di validazione non assegnata **TECH:** Dataset urgenze (timestamp, motivazione, validatore) assente; Report urgenze non disponibile a livello presidio; Modifiche motivazione/diagnosi non tracciate **REL:** Pressioni per far rientrare casi extra lista; Richieste insistenti di pazienti/parenti; Conflittualità tra UU.OO. mascherata da urgenze	Nessuna	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura specifica per la validazione e il controllo delle urgenze in sala Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
9	**Flussi operativi**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** La gestione Day Hospital/Day Surgery (programmazione, ammissione, rinvii) ha criteri e controlli sulle eccezioni (extra, rinvii ripetuti)? **Focus:** Rischio: corsie preferenziali e rinvii opachi; conta lo storico rinvii e le motivazioni standard.	**ORG:** Regole non uniformi tra UU.OO.; Rinvii senza motivazione standard; Nessun presidio su rinvii anomali **TECH:** Liste su strumenti non tracciati; Storico rinvii incompleto (chi/quando/perché); Indicatori condivisi assenti a livello presidio **REL:** Pressioni per inserire casi segnalati; Relazioni personali incidono sulla calendarizzazione; Reclami trasformati in scorciatoie	Competenza del CUP	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
10	**Dati e tracciabilità**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La cartella clinica (compilazione, firme, chiusura) è governata con controlli su integrazioni post-dimissione e accessi? **Focus:** Intercetta rischio di aggiustare documenti dopo eventi avversi/contenzioso; serve controllo su accessi e versioni.	**ORG:** Regole chiusura cartella non presidiate; Aggiunte tardive senza controllo; Ruoli di validazione clinica/documentale non chiari **TECH:** Cartella ibrida senza tracciamento completo; Log accessi non monitorati; Modifiche senza versioning/timestamp **REL:** Pressioni in caso di eventi avversi o contenzioso; Cultura del "sistemiamo dopo"; Timore responsabilità che spinge a correzioni opache	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
11	**Dati e tracciabilità**	**Esito:** ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il processo di codifica SDO/DRG ha controlli indipendenti (qualità, completezza, coerenza) e gestione delle anomalie? **Focus:** Rischio: codifiche aggiustate per indicatori o coperture; serve controllo qualità e gestione outlier.	**ORG:** Codifica affidata a pochi senza verifica; Controllo qualità non strutturato o non periodico; Anomalie chiuse senza escalation **TECH:** Strumenti codifica senza audit trail; Report outlier/DRG non presidiati; Integrazioni manuali tra sistemi non tracciate **REL:** Pressioni su performance/produzione; Conflitti clinico-amministrativi gestiti informalmente; Cultura del risultato più che della correttezza	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura specifica Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
12	Reporting	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esistono report periodici di presidio su anomalie (posti letto, urgenze, rinvii, SDO, reclami) e vengono discussi con azioni tracciabili? **Focus:** Senza reporting e azioni, le criticità restano "voci"; conta la catena dato→decisione→azione →veri fica.	**ORG:** Riunioni senza verbali/azioni e responsabilità; KPI non assegnati a referenti; Nessuna accountability su scostamenti **TECH:** Report manuali e manipolabili; Dati non riconciliati tra sistemi; Dashboard con storico e trend assente **REL:** Pressioni a non far emergere criticità; Conflitti interni che bloccano azioni; Tolleranza verso prassi irregolari	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
13	**Gestione anomalie**	Esito: ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste una procedura operativa per gestire eccezioni/deroghe (ricoveri extra, salti lista, urgenze borderline) con motivazione e approvazione? **Focus:** La domanda valuta se le eccezioni sono governate o diventano la regola; serve registro deroghe e controllo ripetitività.	**ORG:** Deroghe decise caso per caso senza standard; Registro deroghe assente a livello presidio; Controllo su ripetitività delle deroghe assente **TECH:** Mancano campi obbligatori motivazione deroga nei sistemi; Deroghe gestite su canali paralleli (mail/chat); Impossibile estrarre elenco deroghe **REL:** Pressioni di ruolo/territorio che generano deroghe; Deroghe come moneta relazionale interna; Timore del conflitto porta a cedere senza traccia	Nessuna	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura specifica Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
14	**Privacy e accessi**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Gli accessi a dati clinici (cartelle, referti) sono profilati e si gestiscono casi sensibili (VIP, dipendenti, minori) con regole e controlli ? **Focus:** Rischio: accessi indebiti e consultazioni improprie; contano profilazioni, audit log e gestione delle violazioni.	**ORG:** Autorizzazioni troppo ampie o non riviste; Procedure VIP non definite; Gestione violazioni non strutturata **TECH:** Log accessi non controllati/assenza alert; Credenziali condivise o sessioni non bloccate; Esportazioni/stamp e senza tracciatura **REL:** Pressioni interne ("dammi un'occhiata alla cartella"); Richieste esterne insistenti (familiari/conoscenti); Cultura riservatezza debole in presidio	Esiste un regolamento interno privacy	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
15	**Flussi con utenza**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le richieste di copia cartella clinica/referti seguono canali ufficiali e controlli su priorità/urgenze, evitando corsie preferenziali? **Focus:** Intercetta favoritismi nei rilasci e rischi privacy; conta identità/delega, tracciabilità e tempi trasparenti.	**ORG:** Canali informali accettati (telefonate/reparto); Tempi non monitorati né trasparenti; Controllo su deleghe/identità incompleto **TECH:** Gestionale richieste non unico; Tracciamento stato pratica e consegna incompleto; Consegna via canali non sicuri **REL:** Pressioni legali/assicurative o di conoscenti; Richieste forti in casi mediatici; Cultura del favore per evitare reclami	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
16	**Servizi mortuari**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La gestione di deceduti/camera mortuaria (accessi, tempi, consegna salma) è regolata e si prevengono contatti impropri con imprese funebri? **Focus:** interferenze e vantaggi indebiti; servono regole accessi, registri e controlli su segnalazioni.	**ORG:** Regole accesso imprese non chiare o non applicate; Responsabile unico e sostituto non definiti; Controlli su segnalazioni/reclami assenti **TECH:** Registro accessi incompleto o assente; Videosorveglianza assente/non presidiata (se prevista); Tracciabilità consegna/ritiro non completa **REL:** Pressioni/accordi con imprese funebri locali; Intermediazioni informali (personale che consiglia); Utenza vulnerabile e facilmente influenzabile	Esiste un regolamento interno	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
17	**Accessi esterni**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Gli accessi di fornitori/manutentori/esterni in aree cliniche sono autorizzati, registrati e controllati (chi entra, dove, quando, con chi)? **Focus:** accessi liberi per favoritismi/collusioni o interferenze; conta autorizzazione nominativa, accompagnamento e riconsegna badge.	**ORG:** Autorizzazioni date verbalmente; Mancanza accompagnamento e riconsegna badge; Controlli su aree sensibili (archivi/depositi) assenti **TECH:** Registro accessi non informatizzato o incompleto; Badge condivisi o non nominativi; Integrazione con sistemi sicurezza/portineria assente **REL:** Familiarità tra personale e ditte (confini sfumati); Pressioni per far entrare subito bypassando regole; Collusioni su tempi/interventi/servizi extra	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
18	**Gestione spazi**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** L'uso di spazi clinici/non clinici (ambulatori, locali, depositi) è autorizzato e controllato, con regole su assegnazioni temporanee e cambi? **Focus:** assegnazioni opache e uso improprio con vantaggi indiretti; serve mappa spazi aggiornata e criteri assegnazione.	**ORG:** Mappa spazi non aggiornata o non gestita; Assegnazioni senza atto o senza criteri; Controlli su utilizzo reale assenti **TECH:** Inventario digitale spazi/assegnazioni assente; Tracciabilità cambi e autorizzatori assente; Segnalazioni automatiche occupazioni anomale assenti **REL:** Pressioni UU.OO. per prendersi spazi; Mediazioni informali tra dirigenti; Conflitti gestiti con scambi e favori	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Predisposizione di procedure specifiche Formazione specifica Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
19	**Servizi appaltati**	**Esito**: ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Su servizi appaltati nel presidio (pulizie, ristorazione, portierato, trasporti) esistono controlli su prestazioni reali e gestione delle contestazioni? **Focus:** controlli di carta e tolleranza di disservizi per relazioni; contano verifiche sul campo e ticketing contestazioni.	**ORG:** Controlli prestazionali non programmati; Verifiche solo documentali senza riscontro; Contestazioni non tracciate o non escalate **TECH:** Assenza ticketing segnalazioni/interventi; Report livelli di servizio non estratti o non condivisi; Dati SLA non affidabili **REL:** Relazioni consolidate con ditta (tolleranza); Pressioni per non contestare; Collusioni su turni/ore/servizi extra	Nessuna	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura specifica Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
20	**Turni e presenze**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I processi su guardie/reperibilità/straordinari (validazione, autorizzazione, rendicontazione) sono controllati e segregati? **Focus**: ore non dovute e favoritismi sui turni; serve segregazione validazione e controlli ex post su anomalie ricorrenti.	**ORG:** Validazioni concentrate su una sola figura; Deroghe per necessità senza traccia; Controlli ex post assenti su anomalie ricorrenti **TECH:** Turnistica non integrata o modificabile senza traccia; Log modifiche turni non consultati; Report anomalie non presidiati (doppi turni/extra ore) **REL:** Pressioni per favorire alcuni professionisti; Scambi informali tra colleghi con copertura gerarchica; Conflitti gestiti con premi/punizioni tramite turni	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Predisposizione di procedure specifiche Formazione specifica Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
21	**Gestione reclami**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** I reclami/segnalazioni (URP o canali presidio) sono gestiti con tracciabilità, tempi e analisi ricorrenze, evitando soluzioni a favore? **Focus:** Il reclamo deve generare miglioramento, non scorciatoie e trattamenti differenziati; conta la tracciabilità end-to- end.	**ORG:** Canali multipli non coordinati; Risposte non standard e non tracciate; Analisi ricorrenze e azioni correttive assenti **TECH:** Sistema ticketing assente o non usato; Documentazione in email personali; Cruscotto tempi/temi ricorrenti assente **REL:** Pressioni per chiudere con favori; Timore reputazionale che blocca emersione; Utenza aggressiva che induce deroghe	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Predisposizione di procedura specifica Formazione specifica Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
22	**Risk management**	**Esito:** ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Incident reporting/eventi avversi: esistono canali, protezione e analisi, e si evitano aggiustamenti documentali o insabbiamenti? **Focus:** Se la gestione è punitiva/informale, gli eventi non emergono; rischio di minimizzazione e correzioni opache della documentazione.	**ORG:** Governance RM non chiara a livello presidio; Azioni correttive non assegnate né monitorate; Cultura colpevolizzante che disincentiva segnalazioni **TECH:** Piattaforma segnalazioni assente o non usata; Dati non protetti/anonimizzati o accessi troppo ampi; Report trend e follow-up assenti **REL:** Pressioni per minimizzare eventi sensibili; Conflitti tra équipe che bloccano trasparenza; Timore contenzioso/assicurazioni che guida scelte opache	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
23	**Flussi con altri uffici**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Nei flussi con Farmacia/Provveditorato (urgenze dispositivi, richieste extra, deroghe) la DMPO presidia regole e motivazioni per evitare urgenze pilotate? **Focus:** Intercetta richieste urgentissime usate per bypassare procedure e orientare soluzioni/forniture; conta il monitoraggio delle urgenze ripetute.	**ORG:** Regole urgenze non definite o troppo elastiche; Validazioni per prassi e non per criteri; Monitoraggio urgenze ripetute per reparto assente **TECH:** Workflow richiesta non tracciato end-to-end; Campi obbligatori (motivazione clinica/alternative) assenti; Report urgenze e ricorrenze non disponibili **REL:** Pressioni da clinici legati a specifici fornitori/soluzioni; Collusioni su urgenza per giustificare eccezioni; Relazioni personali che accelerano pratiche	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Predisposizione di procedura specifica Formazione specifica Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
24	**Formazione e accessi**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Tirocini, specializzandi, volontari, associazioni: accessi e autorizzazioni sono governati (criteri, registri, ambiti consentiti)? **Focus:** accessi "regalati" e presenza non autorizzata in reparti con esposizione dati/pazienti; serve registro e vigilanza.	**ORG:** Criteri non formalizzati o discrezionali; Tutoraggio e vigilanza non assegnati; Controlli su presenze e ambiti operativi assenti **TECH:** Registro digitale accessi/presenze assente; Badge non nominativi o non revocati; Accessi a sistemi/intranet non controllati **REL:** Pressioni università/associazioni/territorio; Relazioni personali determinano ingressi; Cultura permissiva (fate entrare poi vediamo)	Competenza del Dipartimento Amministrativo	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

Scheda registro rischi corruttivi - UOC Direzione Medica e Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri (AGRIGENTO)

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	Governance	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	Quesito: Le deleghe/competenze tra UOC Direzione Medica PO e Direzione Sanitaria di Presidio sono formalizzate, aggiornate e conosciute (chi decide cosa, chi firma cosa)? Focus: Se i confini sono incerti, nella pratica prevalgono decisioni non tracciate, deroghe e scarico di responsabilità.	ORG: Deleghe di fatto non scritte; Funzioni sovrapposte senza regole operative; Assenza di sostituzioni formalizzate; Controlli interni non assegnati TECH: Repository atti/procedure non unico; Versioni documenti non controllate; Assenza di workflow autorizzativi digitali REL: Pressioni del "clinico forte" o del contesto locale; Cultura del "ci pensiamo noi" senza formalità;	Nessuna	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura per deleghe di funzioni Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				Decisioni condizionate da relazioni personali						
2	**Controlli e segregazione**	**Esito:** ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Per le decisioni sensibili (es. ricoveri programmati, trasferimenti, priorità sala) esiste segregazione: chi propone ≠ chi autorizza ≠ chi registra/chiude? **Focus:** Serve che nessuno possa da solo creare/alterare una decisione a favore di qualcuno; conta la segregazione reale, non solo sulla carta.	**ORG:** Una sola figura gestisce proposta/autorizzazione /registrazione; Controlli a campione sulle eccezioni assenti; Deleghe in bianco in periodi critici (ferie/notti) **TECH:** Credenziali condivise o postazioni comuni; Log non consultati o non conservati; Modifiche possibili senza tracciatura **REL:** Richieste informali da reparti/primari; Interventi/pressioni esterne (territorio/politica);	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura per deleghe di funzioni Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				Conflitti tra UU.OO. gestiti "a negoziazione"						
3	**Flussi operativi**	Esito: ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La gestione posti letto (assegnazione, blocchi, disponibilità reale) segue criteri dichiarati e regole su deroghe e fuori standard? **Focus:** Intercetta il rischio tipico: posto letto attribuito per pressione/favori con motivazioni ex post; focus sulle eccezioni.	**ORG:** Criteri priorità non standardizzati; Deroghe non motivate né approvate; Bed manager di fatto senza mandato; Report saturazione non usato nelle decisioni **TECH:** Sistema bed management assente o non in tempo reale; Stato letto aggiornato a posteriori dal reparto; Mancanza traccia su chi ha cambiato la disponibilità **REL:** Pressioni dei reparti per "tenere" letti; Pressioni esterne per ricovero rapido; Conflitti tra UU.OO. risolti per "peso" e non per criteri	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
4	**Flussi operativi**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste una lista/registro ricoveri programmati per UO con priorità cliniche e regole anti-salto fila, e viene usata davvero? **Focus:** Verifica se la priorità è tracciata o bypassabile con telefonate/urgenze elastiche; attenzione a scostamenti e inserimenti extra.	**ORG:** Criteri priorità non declinati per disciplina; Nessuna verifica su chi passa avanti; Urgenze non validate (urgenza "a richiesta") **TECH:** Liste su Excel/locali senza audit trail; Mancanza timestamp/utente su modifiche; Assenza alert su cambi frequenti di priorità **REL:** Pressioni da medici/dirigenza/utenza "nota"; Scambi tra UU.OO. (io ti sblocco oggi, tu domani); Reclami gestiti con scorciatoie anziché regole	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
5	**Flussi operativi**	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** I trasferimenti (intra-ospedale, inter-presidio, verso altre strutture) hanno criteri, autorizzazioni e tracciabilità (chi decide, perché, quando)? **Focus:** Rischio: trasferimenti comodi/pilotati (posti, preferenze, pressioni) con motivazioni generiche e non verificabili.	**ORG:** Criteri non formalizzati (clinico vs logistico); Decisioni non documentate o fatte al telefono; Assenza revisione periodica dei casi anomali **TECH:** Comunicazioni fuori sistema (chat/telefonate); Nessun registro unico trasferimenti con motivazione; Dati frammentati tra reparti e DMPO **REL:** Pressioni familiari/utenza per trasferimenti; Rapporti personali tra reparti/strutture esterne; Conflitti tra presidi risolti informalmente	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
6	**Controlli**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Le dimissioni (incluse dimissioni protette) seguono regole su tempi/criteri e le eccezioni (anticipate/tardive) vengono monitorate? **Focus:** Dimissioni forzate o ritardate possono diventare leva per liberare letti o favorire percorsi; conta il presidio delle eccezioni.	**ORG:** Presidio dimissioni critiche assente; Ruoli non chiari tra UO/DMPO/territorio; Mancanza escalation quando la regola salta **TECH:** Indicatori presidio (degenza media/outlier) assenti; Report non periodici o non discussi; Registrazioni tardive che rendono i dati inattendibili **REL:** Pressioni per dimettere "per far posto"; Pressioni per trattenere casi "noti"; Conflitti con territorio gestiti informalmente	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
7	**Sale operatorie**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Il calendario sale operatorie (blocchi, liste, urgenze, spostamenti) ha regole chiare e le variazioni last-minute sono autorizzate e tracciate? **Focus:** Intercetta favoritismi su priorità/interventi e inserimenti extra lista; cruciale la tracciabilità delle variazioni e chi le dispone.	**ORG:** Regole urgenze non definite o non applicate; Coordinamento sala solo formale; Nessun controllo su scambi blocchi tra UU.OO. **TECH:** Agenda non unica o aggiornata manualmente; Log variazioni non disponibili o non consultati; Accessi troppo ampi con poteri di modifica **REL:** Pressioni di chirurghi/pazienti "importanti"; Accordi informali tra équipe (ti passo avanti se...); Conflitti gestiti per gerarchia e non per criteri clinici	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
8	Controlli	**Esito**: ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Le urgenze in sala (vera urgenza vs urgenza organizzativa) sono validate con criteri e controlli (anche a posteriori)? **Focus:** Se l'urgenza è scorciatoia, diventa la porta principale per bypassare liste e priorità; serve validazione e audit ex post.	**ORG:** Nessun audit sulle urgenze dichiarate; Criteri urgenza assenti per disciplina; Responsabilità di validazione non assegnata **TECH:** Dataset urgenze (timestamp, motivazione, validatore) assente; Report urgenze non disponibile a livello presidio; Modifiche motivazione/diagno si non tracciate **REL:** Pressioni per far rientrare casi extra lista; Richieste insistenti di pazienti/parenti; Conflittualità tra UU.OO. mascherata da urgenze	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
9	**Flussi operativi**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** La gestione Day Hospital/Day Surgery (programmazione, ammissione, rinvii) ha criteri e controlli sulle eccezioni (extra, rinvii ripetuti)? **Focus:** Rischio: corsie preferenziali e rinvii opachi; conta lo storico rinvii e le motivazioni standard.	**ORG:** Regole non uniformi tra UU.OO.; Rinvii senza motivazione standard; Nessun presidio su rinvii anomali **TECH:** Liste su strumenti non tracciati; Storico rinvii incompleto (chi/quando/perché); Indicatori condivisi assenti a livello presidio **REL:** Pressioni per inserire casi segnalati; Relazioni personali incidono sulla calendarizzazione; Reclami trasformati in scorciatoie	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
10	**Dati e tracciabilità**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La cartella clinica (compilazione, firme, chiusura) è governata con controlli su integrazioni post-dimissione e accessi? **Focus:** Intercetta rischio di aggiustare documenti dopo eventi avversi/contenzioso; serve controllo su accessi e versioni.	**ORG:** Regole chiusura cartella non presidiate; Aggiunte tardive senza controllo; Ruoli di validazione clinica/documentale non chiari **TECH:** Cartella ibrida senza tracciamento completo; Log accessi non monitorati; Modifiche senza versioning/timestamp **REL:** Pressioni in caso di eventi avversi o contenzioso; Cultura del "sistemiamo dopo"; Timore responsabilità che spinge a correzioni opache	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
11	**Dati e tracciabilità**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il processo di codifica SDO/DRG ha controlli indipendenti (qualità, completezza, coerenza) e gestione delle anomalie? **Focus:** Rischio: codifiche aggiustate per indicatori o coperture; serve controllo qualità e gestione outlier.	**ORG:** Codifica affidata a pochi senza verifica; Controllo qualità non strutturato o non periodico; Anomalie chiuse senza escalation **TECH:** Strumenti codifica senza audit trail; Report outlier/DRG non presidiati; Integrazioni manuali tra sistemi non tracciate **REL:** Pressioni su performance/produzione; Conflitti clinico-amministrativi gestiti informalmente; Cultura del risultato più che della correttezza	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
12	**Reporting**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Esistono report periodici di presidio su anomalie (posti letto, urgenze, rinvii, SDO, reclami) e vengono discussi con azioni tracciabili? **Focus:** Senza reporting e azioni, le criticità restano "voci"; conta la catena dato→decisione→azione →veri fica.	**ORG:** Riunioni senza verbali/azioni e responsabilità; KPI non assegnati a referenti; Nessuna accountability su scostamenti **TECH:** Report manuali e manipolabili; Dati non riconciliati tra sistemi; Dashboard con storico e trend assente **REL:** Pressioni a non far emergere criticità; Conflitti interni che bloccano azioni; Tolleranza verso prassi irregolari	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
13	**Gestione anomalie**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste una procedura operativa per gestire eccezioni/deroghe (ricoveri extra, salti lista, urgenze borderline) con motivazione e approvazione? **Focus:** La domanda valuta se le eccezioni sono governate o diventano la regola; serve registro deroghe e controllo ripetitività.	**ORG:** Deroghe decise caso per caso senza standard; Registro deroghe assente a livello presidio; Controllo su ripetitività delle deroghe assente **TECH:** Mancano campi obbligatori motivazione deroga nei sistemi; Deroghe gestite su canali paralleli (mail/chat); Impossibile estrarre elenco deroghe **REL:** Pressioni di ruolo/territorio che generano deroghe; Deroghe come moneta relazionale interna; Timore del conflitto porta a cedere senza traccia	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
14	**Privacy e accessi**	**Esito:** ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Gli accessi a dati clinici (cartelle, referti) sono profilati e si gestiscono casi sensibili (VIP, dipendenti, minori) con regole e controlli ? **Focus:** Rischio: accessi indebiti e consultazioni improprie; contano profilazioni, audit log e gestione delle violazioni.	**ORG:** Autorizzazioni troppo ampie o non riviste; Procedure VIP non definite; Gestione violazioni non strutturata **TECH:** Log accessi non controllati/assenza alert; Credenziali condivise o sessioni non bloccate; Esportazioni/stamp e senza tracciatura **REL:** Pressioni interne ("dammi un'occhiata alla cartella"); Richieste esterne insistenti (familiari/conoscenti); Cultura riservatezza debole in presidio	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
15	**Flussi con utenza**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le richieste di copia cartella clinica/referti seguono canali ufficiali e controlli su priorità/urgenze, evitando corsie preferenziali? **Focus:** Intercetta favoritismi nei rilasci e rischi privacy; conta identità/delega, tracciabilità e tempi trasparenti.	**ORG:** Canali informali accettati (telefonate/reparto); Tempi non monitorati né trasparenti; Controllo su deleghe/identità incompleto **TECH:** Gestionale richieste non unico; Tracciamento stato pratica e consegna incompleto; Consegna via canali non sicuri **REL:** Pressioni legali/assicurative o di conoscenti; Richieste forti in casi mediatici; Cultura del favore per evitare reclami	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
16	**Servizi mortuari**	**Esito**: ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La gestione di deceduti/camera mortuaria (accessi, tempi, consegna salma) è regolata e si prevengono contatti impropri con imprese funebri? **Focus:** interferenze e vantaggi indebiti; servono regole accessi, registri e controlli su segnalazioni.	**ORG:** Regole accesso imprese non chiare o non applicate; Responsabile unico e sostituto non definiti; Controlli su segnalazioni/reclami assenti **TECH:** Registro accessi incompleto o assente; Videosorveglianza assente/non presidiata (se prevista); Tracciabilità consegna/ritiro non completa **REL:** Pressioni/accordi con imprese funebri locali; Intermediazioni informali (personale che consiglia); Utenza vulnerabile e facilmente influenzabile	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
17	**Accessi esterni**	**Esito:** ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Gli accessi di fornitori/manutentori/esterni in aree cliniche sono autorizzati, registrati e controllati (chi entra, dove, quando, con chi)? **Focus:** accessi liberi per favoritismi/collusioni o interferenze; conta autorizzazione nominativa, accompagnamento e riconsegna badge.	**ORG:** Autorizzazioni date verbalmente; Mancanza accompagnamento e riconsegna badge; Controlli su aree sensibili (archivi/depositi) assenti **TECH:** Registro accessi non informatizzato o incompleto; Badge condivisi o non nominativi; Integrazione con sistemi sicurezza/portineria assente **REL:** Familiarità tra personale e ditte (confini sfumati); Pressioni per far entrare subito bypassando regole; Collusioni su tempi/interventi/servizi extra	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
18	**Gestione spazi**	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** L'uso di spazi clinici/non clinici (ambulatori, locali, depositi) è autorizzato e controllato, con regole su assegnazioni temporanee e cambi? **Focus:** assegnazioni opache e uso improprio con vantaggi indiretti; serve mappa spazi aggiornata e criteri assegnazione.	**ORG:** Mappa spazi non aggiornata o non gestita; Assegnazioni senza atto o senza criteri; Controlli su utilizzo reale assenti **TECH:** Inventario digitale spazi/assegnazioni assente; Tracciabilità cambi e autorizzatori assente; Segnalazioni automatiche occupazioni anomale assenti **REL:** Pressioni UU.OO. per prendersi spazi; Mediazioni informali tra dirigenti; Conflitti gestiti con scambi e favori	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
19	**Servizi appaltati**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Su servizi appaltati nel presidio (pulizie, ristorazione, portierato, trasporti) esistono controlli su prestazioni reali e gestione delle contestazioni? **Focus:** controlli di carta e tolleranza di disservizi per relazioni; contano verifiche sul campo e ticketing contestazioni.	**ORG:** Controlli prestazionali non programmati; Verifiche solo documentali senza riscontro; Contestazioni non tracciate o non escalate **TECH:** Assenza ticketing segnalazioni/interve nti; Report livelli di servizio non estratti o non condivisi; Dati SLA non affidabili **REL:** Relazioni consolidate con ditta (tolleranza); Pressioni per non contestare; Collusioni su turni/ore/servizi extra	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
20	**Turni e presenze**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I processi su guardie/reperibilità/straordinari (validazione, autorizzazione, rendicontazione) sono controllati e segregati? **Focus**: ore non dovute e favoritismi sui turni; serve segregazione validazione e controlli ex post su anomalie ricorrenti.	**ORG:** Validazioni concentrate su una sola figura; Deroghe per necessità senza traccia; Controlli ex post assenti su anomalie ricorrenti **TECH:** Turnistica non integrata o modificabile senza traccia; Log modifiche turni non consultati; Report anomalie non presidiati (doppi turni/extra ore) **REL:** Pressioni per favorire alcuni professionisti; Scambi informali tra colleghi con copertura gerarchica; Conflitti gestiti con premi/punizioni tramite turni	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
21	**Gestione reclami**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** I reclami/segnalazioni (URP o canali presidio) sono gestiti con tracciabilità, tempi e analisi ricorrenze, evitando soluzioni a favore? **Focus:** Il reclamo deve generare miglioramento, non scorciatoie e trattamenti differenziati; conta la tracciabilità end-to- end.	**ORG:** Canali multipli non coordinati; Risposte non standard e non tracciate; Analisi ricorrenze e azioni correttive assenti **TECH:** Sistema ticketing assente o non usato; Documentazione in email personali; Cruscotto tempi/temi ricorrenti assente **REL:** Pressioni per chiudere con favori; Timore reputazionale che blocca emersione; Utenza aggressiva che induce deroghe	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
22	**Risk management**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Incident reporting/eventi avversi: esistono canali, protezione e analisi, e si evitano aggiustamenti documentali o insabbiamenti? **Focus:** Se la gestione è punitiva/informale, gli eventi non emergono; rischio di minimizzazione e correzioni opache della documentazione.	**ORG:** Governance RM non chiara a livello presidio; Azioni correttive non assegnate né monitorate; Cultura colpevolizzante che disincentiva segnalazioni **TECH:** Piattaforma segnalazioni assente o non usata; Dati non protetti/anonimizzati o accessi troppo ampi; Report trend e follow-up assenti **REL:** Pressioni per minimizzare eventi sensibili; Conflitti tra équipe che bloccano trasparenza; Timore contenzioso/assicurazioni che guida scelte opache	Nessuna	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
23	**Flussi con altri uffici**	**Esito:** ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Nei flussi con Farmacia/Provveditorato (urgenze dispositivi, richieste extra, deroghe) la DMPO presidia regole e motivazioni per evitare urgenze pilotate? **Focus:** Intercetta richieste urgentissime usate per bypassare procedure e orientare soluzioni/forniture; conta il monitoraggio delle urgenze ripetute.	**ORG:** Regole urgenze non definite o troppo elastiche; Validazioni per prassi e non per criteri; Monitoraggio urgenze ripetute per reparto assente **TECH:** Workflow richiesta non tracciato end-to-end; Campi obbligatori (motivazione clinica/alternative) assenti; Report urgenze e ricorrenze non disponibili **REL:** Pressioni da clinici legati a specifici fornitori/soluzioni; Collusioni su urgenza per giustificare eccezioni; Relazioni personali che accelerano pratiche	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
24	**Formazione e accessi**	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Tirocini, specializzandi, volontari, associazioni: accessi e autorizzazioni sono governati (criteri, registri, ambiti consentiti)? **Focus:** accessi "regalati" e presenza non autorizzata in reparti con esposizione dati/pazienti; serve registro e vigilanza.	**ORG:** Criteri non formalizzati o discrezionali; Tutoraggio e vigilanza non assegnati; Controlli su presenze e ambiti operativi assenti **TECH:** Registro digitale accessi/presenze assente; Badge non nominativi o non revocati; Accessi a sistemi/intranet non controllati **REL:** Pressioni università/associazioni/territorio; Relazioni personali determinano ingressi; Cultura permissiva (fate entrare poi vediamo)	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
25	**Integrità e conflitti**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Esistono presidi operativi su conflitti di interesse, regali/ospitalità e relazioni improprie (anche con ditte e utenti) per chi opera nel presidio? **Focus:** Non basta la policy: conta l'emersione e la gestione dei casi e l'effetto reale sulle decisioni (posti letto, sala, accessi, urgenze).	**ORG:** Dichiarazioni non raccolte o non aggiornate; Gestione dei casi non definita (cosa succede quando emerge); Controlli su rotazioni/assegnazioni sensibili assenti **TECH:** Canale tracciato per segnalazioni interne assente; Documentazione sparsa e non monitorata; Analisi pattern (reparti/ditte/casi ricorrenti) assente **REL:** Pressioni ambientali tipiche (territorio piccolo); Familiarità con fornitori e utenza nota; Cultura del favore e del non creare problemi	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura Audit Formazione specifica

Scheda registro rischi corruttivi – Ufficio coordinamento Staff Direzione Generale

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	**Governance – una matrice deleghe/poteri di firma aggiornata e conosciuta, con**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Esiste una matrice deleghe/poteri di firma (DG e delegati) aggiornata e conosciuta, con limiti e sostituzioni? **Focus:** Verifica se "chi firma cosa" è chiaro, formalizzato e aggiornato, oppure si procede "a memoria" (rischio: firma impropria, atti invalidi, interferenze).	**ORG** • Matrice non aggiornata dopo riorganizzazioni/assenze • Sostituzioni di fatto senza formalizzazione • Limiti (importi/oggetti) non esplicitati • Staff non formato su deleghe e perimetri **TECH** • Deleghe non integrate nei sistemi (atti/protocollo) • Profili utente non allineati a deleghe reali • Assenza alert su firma non autorizzata • Nessun audit su accessi/firme digitali	Registro deleghe sia cartaceo che excel; Presenza di deleghe formali	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione del sistema tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				REL • Pressioni per "far firmare comunque" in urgenza • Interferenze di stakeholder esterni su atti specifici • Cultura interna: "firma come favore"						
2	**Governance – decisioni del DG sono sempre tradotte in atti tracciati**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le decisioni del DG sono sempre tradotte in atti tracciati (ordine di servizio, direttiva, delibera/determina) e non restano "a voce"? **Focus:** Intercetta decisioni informali non verificabili (favori, disparità, istruzioni non replicabili) e assenza di responsabilità documentata.	**ORG** • Assenza standard su quando serve un atto scritto • Staff costretto a eseguire senza istruzione formale • Manca controllo di coerenza tra decisione e atto finale **TECH** • Uso di canali non tracciati (WhatsApp/telefonate) • Mancanza repository unico delle direttive DG • Nessun versioning su bozze/approvazioni	Gap principali: Indebito uso di Whatsapp	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione del sistema tecnologico Direttiva aziendale su divieto uso canali social network

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				REL • Richieste informali da portatori d'interesse esterni • Corsie preferenziali per soggetti noti • Pressioni interne per eccezioni non motivate						
3	**Flussi atti – Nel flusso di delibere/determine sono sempre acquisiti pareri/istruttorie obbligatorie**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Nel flusso di delibere/determine sono sempre acquisiti pareri/istruttorie obbligatorie prima della firma? **Focus**: L'atto non deve arrivare a firma senza passaggi minimi (rischio: illegittimità, spesa non coperta, contenzioso).	**ORG** • Check-list pareri non prevista o non vincolante • Urgenza usata per saltare controlli • Ruoli istruttoria/controllo non separati **TECH** • Workflow non bloccante (si firma anche senza pareri) • Allegati fuori sistema senza tracciabilità • Controlli su completezza fascicolo digitale assenti	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione del sistema tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				REL • Pressioni per accelerare atti sensibili • Rischio collusivo: pareri di favore o tardivi • Conflitti tra direzioni scaricati sullo staff DG						
4	**Flussi atti – garantita la segregazione tra chi redige la bozza e**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: È garantita la segregazione tra chi redige la bozza e chi fa controllo di legittimità/qualità prima della firma DG? **Focus**: Se la stessa persona scrive e valida, aumentano errori/abusi non intercettati; valutare secondo livello reale.	**ORG** • Carenza personale: "fa tutto la stessa persona" • Secondo livello di controllo non formalizzato • Controlli solo a campione non dichiarati **TECH** • Manca tracciamento "chi ha controllato cosa" • Assenza validazione interna su workflow • Log non consultati o non conservati **REL** • Pressioni gerarchiche: "non fare osservazioni"	Segregazione garantita	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione del sistema tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Timore di conflitto con strutture proponenti • Cultura: controlli visti come ostacolo						
5	**Flussi atti – urgenze seguono un percorso dedicato con motivazione e controlli**	Esito: ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Le urgenze seguono un percorso dedicato con motivazione e controlli minimi non derogabili? **Focus**: Le urgenze devono essere governate (motivazione, tracciamento, controlli minimi); altrimenti diventano scorciatoia.	**ORG** • Criteri urgenza non definiti o abusati • Manca registro urgenze con motivazione • Controlli minimi non standardizzati **TECH** • Manca flag "atto urgente" e report dedicati • Workflow non distingue ordinario/urgente • Assenza audit su urgenze ripetute **REL** • Pressioni esterne per saltare la fila	Esiste procedura per le urgenze di carattere giudiziale Gap principali: Gestione delle urgenze non formalizzata	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione del sistema tecnologico Predisposizione di una procedura specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				▪ Pressioni interne per obiettivi/contesto ▪ Favoritismi mascherati da urgenza						
6	**Gestione richieste – un registro unico delle richieste in ingresso al DG**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste un registro unico (o ticketing) delle richieste in ingresso al DG (chi chiede, cosa, esito, tempi)? **Focus:** Evita gestione a messaggi e garantisce parità di trattamento, priorità motivate e tracciabilità delle decisioni.	**ORG** • Richieste gestite per canali informali • Priorità decise senza criteri • Nessun controllo su richieste sensibili ricorrenti **TECH** • Assenza sistema ticket o protocollo interno • Dati non strutturati: reporting impossibile • Nessun log su assegnazioni/riassegnazioni **REL** • Pressioni di utenti influenti e stakeholder	Gap principali: Utilizzo di foglio excel con motivazione incontro e criterio cronologico	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Formalizzazione di una procedura standard per la gestione delle richieste in ingresso al DG

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Collusioni: richieste pilotate ▪ Cultura: "chi conosci passa avanti"						
7	**Gestione agenda – Agende, incontri e riunioni con DG sono tracciati**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Agende, incontri e riunioni con DG sono tracciati (oggetto, partecipanti, follow-up)? **Focus**: Serve a prevenire lobbying opaco, promesse non verificabili e impegni senza responsabilità.	**ORG** • Nessuna regola su verbalizzazione/follow-up ▪ Incontri esterni gestiti fuori segreteria ▪ Manca responsabilità su azioni post-riunione **TECH** • Calendari non condivisi o non archiviati • Nessun repository per minute e azioni • Decisioni prese in riunione non tracciate **REL** • Pressioni esterne a porte chiuse	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Richieste di fornitori/intermediari senza trasparenza • Conflitti interni per accesso privilegiato al DG						
8	**Controlli – Prima della firma DG, è effettuato controllo di coerenza**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Prima della firma DG, è effettuato controllo di coerenza tra proposta/istruttoria e testo finale (modifiche last minute)? **Focus**: atto corretto in istruttoria ma alterato in chiusura (benefici mirati, requisiti cambiati, condizioni aggiunte).	**ORG** • Nessuna regola di freeze bozza prima firma • Modifiche finali senza nuovo controllo • Controllo non indipendente **TECH** • Mancanza versioning e confronto versioni • Bozze in email/Word senza traccia certa • Log modifiche non conservati/consultabili **REL** • Pressioni per inserire clausole o benefici	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Interferenze di strutture proponenti o esterne • Aggiustamenti per interessi di parte						
9	**Controlli – un controllo minimo su conflitti di interesse/astensione per atti**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** C'è un controllo minimo su conflitti di interesse/astensione per atti a firma DG (nomine, incarichi, rapporti con fornitori)? **Focus:** Valuta se esiste un punto di controllo reale su COI (segnalare, bloccare, escalare) e non solo fiducia.	**ORG** •Dichiarazioni/attestazioni COI non nei fascicoli • Nessun presidio di verifica • Regole su astensione e sostituzione non chiare **TECH** • Nessun campo/flag COI nel workflow • Manca integrazione con anagrafiche/rapporti • Tracciabilità controlli assente **REL** • Pressioni per chiudere favori su incarichi • Relazioni personali non dichiarate	Esistono dichiarazioni e attestazioni in merito al conflitto di interessi	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Procedura che determini la temporalità e le scadenze delle dichiarazioni COI

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Cultura: COI visto come formalità						
10	**Dati e accessi – profili di accesso ai sistemi sono coerenti con ruoli**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I profili di accesso ai sistemi (atti/protocollo/documentale) sono coerenti con ruoli e rivisti periodicamente? **Focus**: accessi troppo ampi o non revocati → manipolazioni, letture indebite, firme improprie.	**ORG** • Revisione periodica accessi assente • Revoche tardive (cessazioni/trasferimenti) • Utenti jolly condivisi o non nominativi **TECH** • Log accessi non monitorati/alertati • Assenza MFA per profili sensibili • Profili admin non segregati o non tracciati **REL** • Prestito credenziali per urgenze • Pressioni per ottenere accessi extra • Collusioni per modificare	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				atti/documenti						
11	**Dati e tracciabilità – e fascicoli Staff DG sono gestiti in un repository**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Bozze e fascicoli Staff DG sono gestiti in un repository ufficiale con regole di naming/versioni? **Focus**: Garantisce integrità e recuperabilità: chi ha scritto cosa, quando, quale versione è stata approvata.	**ORG** • Regole archiviazione/versione assenti • Bozze su PC personali • Nessun controllo su copie parallele **TECH** • Documentale usato a metà o non usato • Nessun versioning/lock documenti • Backup non verificati su cartelle critiche **REL** • Condivisioni informali con soggetti non autorizzati • Pressioni per avere bozze prima pubblicazione • Cultura: "manda il file	Gap principali: Esistenza di un archivio cartaceo	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Predisposizione di procedura specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				e basta"						
12	**Riservatezza – un flusso dedicato per documenti riservati gestiti dallo Staff**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito**: Esiste un flusso dedicato per documenti riservati (disciplinari, contenziosi, segnalazioni, dati sensibili) gestiti dallo Staff DG? **Focus**: diffusione indebita, accessi non autorizzati, trattamenti non conformi e fughe di notizie.	**ORG** ▪ Classificazione riservatezza non applicata • Circolazione cartacea senza registro • Regole need-to-know non chiare **TECH** • Cartelle condivise senza permessi granulari ▪ Invii non sicuri / uso improprio PEC • Assenza tracciamento download/stampa **REL** • Richieste improprie da colleghi/dirigenti • Pressioni esterne su pratiche sensibili • Ritorsioni/strumentalizz	Dati sensibili scambiati da uffici e non gestiti dalla totalità Gap principali: Mancanza di flusso digitale e formalizzazione di prassi e regole	☐ L X M ☐ H	Processo scarsamente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico (benché alcuni processi siano presidiati da gestionali: Kleopatra e OpenPGP) Procedura analitica per la segregazione, la gestione, l'archiviazione, la comunicazione, il controllo dei dati particolari, già sensibili Audit per minimizzazione del rischio entro tre mesi Report

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				azioni						
13	**Flussi interni – flusso Staff DG–Direzioni su atti strategici prevede tempi, canali**	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito**: Il flusso Staff DG–Direzioni (DS/DA) su atti strategici prevede tempi, canali e responsabilità (chi risponde, entro quando)? **Focus**: Valuta se la governance è strutturata o si lavora a rincorsa, con atti incompleti e scarico responsabilità.	**ORG** • Nessun SLA interno per pareri/riscontri • Responsabili non identificati per tipologia pratica • Escalation non definita verso DG **TECH** • Canali multipli (PEC/mail/drive): perdita tracce • Tracciamento stato pratica assente • Dashboard scadenze mancante **REL** • Conflittualità tra direzioni che influenza atti • Pressioni per far prevalere interessi di struttura	Gap principali: Prassi per il monitoraggio dei flussi	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Colpi di mano su testi e tempi						
14	**Controlli – atti con impatto economico, c'è verifica di copertura e**	Esito: ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Per atti con impatto economico, c'è verifica di copertura e coerenza con budget/atti programmatori prima della firma? **Focus:** Presidio contro impegni non sostenibili e spese decise fuori controllo.	**ORG** • Parere contabile tardivo o post-firma • Regola "senza copertura non va a firma" assente • Scarsa chiarezza tra proposta e impegno effettivo **TECH** • Atti non integrati con contabilità/PEG • Allegati economici non verificabili • Nessun report su scostamenti generati da atti DG **REL** • Pressioni per approvare spese sensibili • Richieste esterne con	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				impatto economico • Favoritismi in allocazione risorse						
15	**Trasparenza governance – presidia che atti soggetti a pubblicazione/trasparenza non siano ritardati**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Staff DG presidia che atti soggetti a pubblicazione/trasparenza non siano ritardati o filtrati? **Focus**: Rischio di trasparenza selettiva: pubblicazioni tardive, omissioni, atti non trovabili.	**ORG** • Controllo scadenze pubblicazione assente • Responsabilità non chiare (chi pubblica cosa) • Escalation su ritardi ripetuti assente **TECH** • Flusso atti→Albo/AT non integrato • Report su pubblicazioni mancanti/tardive assente • Metadati scarsi: reperimento difficile **REL** • Pressioni per non pubblicare "adesso" • Sensibilità	Procedura gestita con l'utilizzo del gestionale "LAPISweb"	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				politica/mediatica su atti • Cultura: trasparenza come rischio, non presidio						
16	**Gestione anomalie – emergono errori negli atti, esiste procedura tracciata per rettifica/revoca/annullamento**	Esito: ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Quando emergono errori negli atti, esiste procedura tracciata per rettifica/revoca/annullamento? **Focus:** Gestione pulita delle anomalie: no sostituzioni opache, no correzioni senza storico.	**ORG** • Regole su chi propone e chi autorizza assenti • Rettifiche sostituendo file senza atto formale • Registro errori e cause assente **TECH** • Sistema consente overwrite senza storico • Log su allegati sostituiti assenti • Nessun alert su rettifiche ripetute **REL** • Pressioni per aggiustare senza lasciare traccia • Conflitti tra uffici su responsabilità	Le anomalie e gli errori sono gestiti con apposito atto deliberativo Gap principali: Non esiste procedura formalizzata	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Procedura specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Strumentalizzazione dell'errore per interessi di parte						
17	**Controlli – controllo specifico per evitare inserimenti nominativi sensibili senza istruttoria**	Esito: ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Esiste controllo specifico per evitare inserimenti nominativi sensibili senza istruttoria completa (incarichi, nomine, indennità, autorizzazioni)? **Focus**: Atti ad personam: rischio favoritismi e disparità. Serve check reale su requisiti, criteri, motivazioni.	**ORG** • Istruttorie non standardizzate per atti su persone • Check requisiti/criteri non formalizzato • Staff DG senza potere reale di blocco/escalation **TECH** • Dati requisiti non verificati su sistemi ufficiali • Allegati caricati senza controllo completezza • Traccia di "chi inserisce il nome e perché" assente **REL** • Pressioni interne e sindacali	Controllo solo per area avvocati Gap principali: Procedura	☐ L X M ☐ H	Processo	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Pressioni esterne per sistemazioni • Conflitti personali che influenzano decisioni						
18	**Reporting – Staff DG produce report periodico su: urgenze, tempi medi,**	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Lo Staff DG produce report periodico su: urgenze, tempi medi, rettifiche, scadenze critiche, backlog? **Focus:** Senza reporting, governo a sensazione. Verifica controllo direzionale sul processo, non solo produzione atti.	**ORG** • Reporting non previsto nelle responsabilità • Indicatori non definiti • Riesame periodico e azioni correttive assenti **TECH** • Dati non estraibili: non strutturati • Dashboard/strumenti BI (business intelligence) assenti • Qualità dati scarsa (metadati incompleti) **REL** • Resistenze: "misurare = controllare" • Pressioni per non far emergere colli di	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				bottiglia • Cultura colpevolizzante anziché miglioramento						
19	**Monitoraggio – un sistema per monitorare l'attuazione delle delibere/direttive DG**	Esito: ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito**: Esiste un sistema per monitorare l'attuazione delle delibere/direttive DG (owner, scadenze, stato)? **Focus**: Non basta firmare: serve controllo su esecuzione. Rischio: delibere lettera morta o attuazioni selettive.	**ORG** • Owner non assegnato per attuazione • Scadenze non formalizzate • Escalation assente su ritardi **TECH** • Assenza workflow follow-up o task management • Stato (aperto/in corso/chiuso) non tracciato • Notifiche/alert non configurati **REL** • Interessi nel rallentare o accelerare attuazioni • Pressioni per attuare solo ciò che conviene • Conflitti organizzativi	Delibere notificate alla struttura proponente dell'atto e owner in delibera Gap principali: Nessun sistema di monitoraggio	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				che bloccano esecuzione						
20	**Flussi esterni – comunicazioni istituzionali verso esterno passano da controllo unico**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Le comunicazioni istituzionali verso esterno passano da controllo unico (contenuto, coerenza, autorizzazione)? **Focus**: Rischio reputazionale e disclosure improprie: messaggi non coordinati, risposte non ufficiali, impegni non autorizzati.	**ORG** • Ruoli non chiari tra staff, URP, comunicazione • Procedura di approvazione/validazione assente • Uscite per iniziativa personale **TECH** ▪ Canali non presidiati (PEC/email/social/sito) ▪ Archiviazione non univoca delle comunicazioni inviate • Versioni e approvazioni non tracciate **REL** • Pressioni mediatiche/politiche per risposte rapide • Contatti diretti con singoli componenti staff	Esistenza di regolamento specifico	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Narrazione orientata per interessi di parte						
21	**Integrità dati – i dati direzionali usati dal DG, è chiaro chi**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Per i dati direzionali usati dal DG, è chiaro chi li produce e come si garantisce integrità (no manipolazioni)? **Focus**: Dati per decidere: se sono alterabili, decisioni distorte (priorità, risorse, performance).	**ORG** • Responsabile dato non nominato (data owner) • Controlli incrociati assenti • Procedure estrazione/validazione non documentate **TECH** • Estrazioni manuali (Excel) senza audit trail • Log su modifiche ai report assenti • Controlli automatici di coerenza/anomalie assenti **REL** • Incentivi a "truccare" performance • Pressioni per far risultare tutto in linea ▪ Conflitti su	Esiste un gestionale informatico	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				attribuzione risultati						
22	**Controlli – arrivano proposte borderline , esiste canale strutturato per parere**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Quando arrivano proposte borderline (deroghe, eccezioni), esiste canale strutturato per parere legale/amministrativo prima della firma? **Focus**: Valuta se c'è un freno competente o si decide senza presidio, aumentando rischio contenzioso/abuso.	**ORG** • Non è chiaro quando attivare supporto legale • Pareri chiesti tardi (firma imminente) • Pareri non archiviati nel fascicolo atto **TECH** • Pareri via email non tracciati • Repository pareri per storico/consultazione assente • Link parere-atto non presente nel sistema atti **REL** • Pressioni per forzare interpretazioni • Influenza di interessi esterni su eccezioni • Parere usato come	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				copertura formale						
23	**Gestione fornitori/stakeholder – regolato l'accesso di fornitori/intermediari/stakeholder al DG**	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** È regolato l'accesso di fornitori/intermediari/stakeholder al DG (canali, prenotazioni, tracciamento, regole anti-intermediazione)? **Focus:** Prevenzione lobbying opaco: chi arriva al DG e con quali condizioni; evitare mediatori e favoritismi.	**ORG** • Regole di accreditamento/registrazione assenti • Incontri organizzati fuori segreteria • Policy su intermediari/presentazioni assente **TECH** • Agenda non tracciata o non condivisa • Registro digitale stakeholder incontrati assente • Alert su ricorrenza incontri con stessi soggetti assenti **REL** • Pressioni commerciali e sponsorizzazioni mascherate • Relazioni personali	Gap principali: Non ci sono procedure scritte	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	[redacted] ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura specifica Audit a tre mesi per valutazione della minimizzazione del rischio e azioni di miglioramento

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				che facilitano accesso privilegiato • Collusioni su procedure future (gare/incarichi)						
24	**Continuità operativa – Se una figura chiave dello Staff DG è assente, esiste il piano di continuità?**	**Esito**: ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito**: Se una figura chiave dello Staff DG è assente, esiste piano di continuità (sostituzioni, accessi, istruzioni operative)? **Focus**: dipendenza da persone → blocchi o improvvisazione, urgenze, scorciatoie e controlli ridotti.	**ORG** • Knowledge concentrata su una persona • Sostituzioni non formalizzate/non formate • Istruzioni operative non aggiornate **TECH** • Accessi non pronti per sostituti o troppo ampi • Credenziali condivise per continuità • Backup/restore non testati per archivi staff **REL** • Pressioni: "fate comunque" senza presidi • Favori in regime	Gap principali: Assenza di backup	☐ L X M ☐ H	Processo scarsamente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura specifica Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				emergenziale • Stress organizzativo che riduce attenzione ai controlli						
25	**Governance complessiva – pratiche sensibili lo Staff DG può dire no o scalare senza ritorsioni?**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Nelle pratiche sensibili lo Staff DG può dire no o scalare senza ritorsioni? **Focus:** Domanda su cultura e presidio: se non puoi bloccare/scalare, anche le procedure migliori restano carta.	**ORG** • Canale escalation formalizzato assente • Tutele per chi segnala criticità assenti • Ruolo staff percepito come solo esecutivo **TECH** • Tracciabilità segnalazioni interne (issue log) assente • Sistema per registrare criticità e azioni correttive assente • Report criticità non prodotto o non discusso **REL** • Pressioni gerarchiche e clima ritorsivo • Normalizzazione delle eccezioni	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Collusioni/alleanze che isolano chi controlla						

Scheda registro rischi corruttivi – UOC Controllo di gestione e sistemi informativi statistici aziendali (UOS)

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	**Modello SIL: ruoli, responsabilità e flussi approvativi**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste un atto interno aggiornato che definisce modello CONTROLLO DI GESTIONE (pianificazione–budget–reporting), ruoli, responsabilità e flussi approvativi? **Focus:** Approvazioni e controlli sul ciclo SIL non tracciati o bypassati, con rischio di decisioni discrezionali e di alterazione/aggiustamento non motivato di dati, budget e reporting.	**ORG:** Ruoli/deleghe non formalizzate; calendario non rispettato; controlli senza owner. **TECH:** Documenti sparsi; assenza repository/versioning; moduli non standard. **REL:** Pressioni per eccezioni; cultura "si è sempre fatto così"; controlli bypassati.	Esiste segregazione di funzioni chiara e definita La struttura utilizza sw Kleopatra	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
2	**Governance SIL: process owner/struttura di presidio**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: È nominato un process owner CONTROLLO DI GESTIONE (o struttura) con mandato, tempo e poteri per standard, controlli minimi e reporting direzionale? Focus: Assenza di presidio stabile (process owner) del SIL, con standard e controlli minimi applicati in modo disomogeneo e reporting direzionale non affidabile.	**ORG:** Mandato debole; risorse insufficienti; controlli non assegnati. **TECH:** Assenza strumenti KPI; estrazioni difficili; integrazioni mancanti. **REL:** Resistenze interne; conflitti tra strutture; scarsa collaborazione.	Esiste una direttiva aziendale, i flussi sono presenti e regolari	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio
3	**Ciclo SIL: calendario, milestone e deliverable**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste un ciclo di pianificazione e controllo formalizzato (calendario annuale/multiennale) con milestone, deliverable e responsabilità? **Focus:** Milestone e deliverable del ciclo SIL gestiti in	**ORG:** Scadenze "elastiche"; deliverable incompleti; responsabilità diffuse. **TECH:** Workflow assente; calendario non automatizzato; tracking deliverable assente.	Esiste un ciclo relativo alle performance Workflow presente Catena di responsabilità presente La tolleranza sui ritardi viene definita	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			modo "elastico", con ritardi e output incompleti che riducono la capacità di controllo e aumentano la discrezionalità.	**REL:** Negoziazioni continue; responsabilità "di nessuno"; tolleranza su ritardi.	con una procedura specifica annuale Direttiva datoriale					
4	**Traduzione indirizzi strategici in obiettivi e KPI**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il Piano Strategico/Atto di indirizzo (o equivalente) è tradotto in obiettivi misurabili, iniziative e target (KPI) per strutture e processi? **Focus:** Obiettivi e KPI non misurabili o non allineati ai livelli organizzativi, con rischio di priorità distorte e valutazioni di performance non verificabili.	**ORG:** Obiettivi generici; assenza target; disallineamento tra livelli. **TECH:** KPI non codificati; carenza di documentazione; cruscotti non integrati. **REL:** Conflitti su priorità; obiettivi "politici"; scarsa ownership.	Obiettivi attribuiti a tutte le strutture Presenza di segregazione forte e strutturata	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
5	**Budget: ipotesi tracciate, versioning e approvazioni**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Budget e programmazione operativa sono costruiti con ipotesi esplicite e tracciate (volumi, mix, costo del lavoro, acquisti, ricavi), versionate e approvate? **Focus:** Budget costruito su ipotesi non documentate/versionate o approvate informalmente, con rischio di numeri opachi, non replicabili e manipolabili.	**ORG:** Ipotesi non documentate; versioni multiple; approvazioni informali. **TECH:** tracciabilità assente. **REL:** Spinte a gonfiare/sottostimare; accordi informali;	Si è in attesa di un'attivazione definitiva della contabilità analitica Budget e programmazione operative sono in capo alla Direzione Generale	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.
6	**Criteri di ripartizione risorse e ribaltamenti (CdR/CdC)**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No	**Quesito:** Sono definiti criteri standard per la ripartizione delle risorse (centri di responsabilità/costo), inclusi driver e regole di ribaltamento?	**ORG:** Driver non definiti; criteri variabili; ribaltamenti contestati. **TECH:** Modello in fogli locali; mapping contabile instabile; scarsa automatizzazione.	Esistono rilievi di costo effettuati su base regionale sw "CRILL"	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ N.A.	**Focus**: Ripartizione risorse e ribaltamenti basati su driver variabili o contestabili, con rischio di allocazioni inique, favoritismi e scarsa confrontabilità tra strutture.	**REL:** Competizione tra strutture; percezione di iniquità; contestazioni.						
7	**Coerenza fabbisogni-programmazione e sostenibilità economica**	**Esito**: ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** È garantita coerenza tra fabbisogni (personale, beni/servizi) e programmazione, con verifiche ex ante di sostenibilità economico-finanziaria? **Focus**: Programmazione non sostenibile o scollegata dai fabbisogni reali, con rischio di avvio di attività	**ORG:** Fabbisogni scollegati; priorità non chiare; sostenibilità non verificata. **TECH:** Dati HR/acquisti non integrati; vincoli non modellati; controlli manuali. **REL:** Pressioni per avviare attività; promesse non	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			non finanziabili, sprechi e scelte non trasparenti.	realistiche; scarico responsabilità.						
8	**Contabilità analitica: perimetri, driver e aggiornamento**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste un modello di contabilità analitica (o equivalente) con perimetri, regole e aggiornamento periodico dei driver? **Focus:** Contabilità analitica assente o non governata, con costi per attività non attendibili e conseguente rischio di decisioni gestionali distorte.	**ORG:** Perimetri incerti; driver obsoleti; responsabilità su modello non assegnata. **TECH:** Analitica non disponibile; centri non allineati; driver non gestiti a sistema. **REL:** Resistenze a trasparenza costi; timore confronti; difese corporative.	La contabilità analitica viene gestita con sw COA (seppur non in maniera adeguata) Gestionale "Dedalus" per ricavi Piattaforma GP per gestione dei costi	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio
9	**Master data governance (anagrafiche, centri,**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale	**Quesito:** I dati di base (anagrafiche, centri, classificazioni, listini, regole) sono governati (data owner, qualità,	**ORG:** Data owner assenti; anagrafiche incoerenti; processi di change non governati.	È stata chiesta la revisione di tutti i permessi e definizione di ruoli e limiti di tutti gli operatori	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione impianto tecnologico Procedura specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
	classificazioni)	☐ No ☐ N.A.	storico delle modifiche dei file)? **Focus:** Master data incoerenti o modificabili senza presidio, con rischio di alterazione di classificazioni/anagrafiche e impatti distorsivi su report e controlli.	**TECH:** Master data non governati; permessi eccessivi; versioni multiple. **REL:** Correzioni "concordate"; uso opportunistico delle anagrafiche; opacità.						
10	**Qualità dati e gestione anomalie (log correzioni)**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Sono attivi controlli di qualità dati (completezza, coerenza, outlier) e gestione delle anomalie con tracciamento delle correzioni? **Focus:** Assenza di controlli di qualità dati e di tracciamento correzioni, con rischio di errori sistematici, outlier non	**ORG:** Controlli non previsti; correzioni non tracciate; responsabilità non definite. **TECH:** Assenza regole per la verifica della qualità dei dati; log correzioni assenti; nessun alert su anomalie. **REL:** Timore reputazionale; evitamento di anomalie; minimizzazione problemi.	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			gestiti e 'aggiustamenti' non auditabili.							
11	**Reporting direzionale/gestionale periodico, standard e validato**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Reporting direzionale e gestionale è periodico, standard e tempestivo (tempi certi, formato unico, comparazioni), con responsabilità di produzione/validazione? **Focus:** Reporting non standard o non tempestivo, con proliferazione di report ad hoc e rischio di 'guerra dei numeri', scarsa fiducia e decisioni su basi non solide.	**ORG:** Tempi lunghi; validazioni assenti; report "ad hoc" non comparabili. **TECH:** Assenza evidenze di standard di qualità, efficienza e appropriatezza; report manuali; indicatori non standard. **REL:** "Guerra dei numeri"; report usati come arma; scarsa fiducia.	Esiste una checklist di controllo che viene presidiata con una periodicità non definita	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
12	**KPI e cruscotti: definizioni univoche e soglie di alert**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esistono KPI chiave e cruscotti (strategici/operativi) con definizioni univoche (data dictionary), target e soglie di alert? **Focus**: KPI non definiti in modo univoco (data dictionary assente) o soglie non configurate, con rischio di indicatori opportunistici e allerta inefficace.	**ORG:** KPI troppi o non prioritizzati; definizioni divergenti; target assenti. **TECH:** Cruscotti non aggiornati; definizioni non centralizzate; soglie non configurate. **REL:** Indicatori scelti ad hoc; obiettivi non credibili.	Cruscotti di controllo aggiornati Controlli previsti e dialogo continuativo tra le strutture Gap principali: Formalizzare il sistema informativo	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione impianto tecnologico Regolamento sui controlli Audit
13	**Analisi scostamenti: root cause, azioni correttive e follow-up**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** È previsto un processo strutturato di analisi scostamenti (budget vs consuntivo) con root cause, azioni correttive e follow-up? **Focus**: Scostamenti budget-consuntivo trattati come mero commento, senza root	**ORG:** Analisi superficiale; azioni non assegnate; follow-up inesistente. **TECH:** Dati non riconciliati; commenti fuori sistema. **REL:** Ricerca del	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			cause e follow-up, con rischio di persistenza delle criticità e assenza di accountability.	colpevole; azioni non fatte; passività.						
14	**Forecast/rolling forecast e comunicazione alla Direzione**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Sono eseguite revisioni infrannuali (forecast/rolling forecast) con ipotesi aggiornate e comunicazione alla Direzione? **Focus:** Forecast non eseguiti o tardivi, con rischio di decisioni su scenari superati e mancata correzione di rotta.	**ORG:** Forecast saltuario; ipotesi non condivise; revisione tardiva. **TECH:** Forecast non supportato; scenari manuali; dati non tempestivi. **REL:** Riluttanza a cambiare rotta; timore di ammettere errori; silos.	Esistono revisioni mensili	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
15	**Regole di escalation per scostamenti rilevanti**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esistono regole di escalation e decisione per scostamenti rilevanti (soglie, responsabilità, tempi, documentazione)? **Focus:** Escalation non formalizzata per scostamenti rilevanti, con rischio di inerzia decisionale, rinvii e decisioni non documentate.	**ORG:** Escalation non chiara; rinvii; decisioni non documentate. **TECH:** Workflow approvativo assente; notifiche mancanti; documentazione dispersa. **REL:** Decisioni rinviate; conflitti non esplicitati; scarsa accountability.	Gap principali: Regole ben distribuite ma non formalizzate	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Predisposizione di adeguata segregazione di ruoli e funzioni Audit
16	**Sistema performance: obiettivi/pesi /indicatori e applicazione**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il sistema di responsabilizzazione (obiettivi, pesi, indicatori, valutazione) è coerente con KPI e budget e viene applicato in modo verificabile? **Focus:** Sistema di responsabilizzazione non coerente con KPI/budget o applicato in modo disomogeneo, con rischio	**ORG:** Obiettivi non coerenti; valutazioni discrezionali; applicazione disomogenea. **TECH:** Sistema performance non integrato; tracciamento pesi/indicatori fragile. **REL:** Incentivi distorti; percezione di	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			di valutazioni discrezionali e incentivi distorti.	favoritismi; conflitti interni.						
17	**Variazioni di budget (storni/riallocazioni): tracciamento e audit trail**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Sono tracciate e controllate le variazioni di budget (storni, riallocazioni, "compensazioni") con motivazioni, autorizzazioni e audit trail? **Focus:** Variazioni di budget non motivate o non tracciate (audit trail carente), con rischio di compensazioni anomale e copertura informale di scostamenti (red flag).	**ORG:** Variazioni frequenti; motivazioni generiche; controlli ex post assenti. **TECH:** Audit trail assente; permessi troppo ampi; storicizzazione mancante. **REL:** Pressioni per coprire scostamenti; "aggiustamenti" informali.	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.
18	**Riconciliazioni tra fonti (COGE/analitica/HR/acquisti/produzione)**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No	**Quesito:** Esiste riconciliazione periodica tra fonti informative (contabilità generale, analitica, produzione/attività, HR,	**ORG:** Riconciliazioni non fatte; scarti ignorati; contese tra uffici. **TECH:** Sistemi non parlano; export manuali;	Esiste un sistema di fonti informative che presta particolare attenzione agli scarti	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ N.A.	approvvigionamenti) e si gestiscono gli scarti? **Focus**: Mancata riconciliazione tra fonti informative (COGE/analitica/HR/acquisti/attività), con scarti ignorati e rischio di dati incoerenti e opacità gestionale.	chiavi di riconciliazione incoerenti. **REL:** Resistenze a far emergere scarti; conflitti tra uffici; collusioni possibili.	Il referente dei flussi è stato individuato con atto deliberativo					
19	**Segregazione funzioni nel ciclo SIL (proposta-validazione-consolidamento)**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: È garantita segregazione minima delle funzioni (chi propone ipotesi/budget non valida da solo i dati; chi consolida non modifica le fonti)? **Focus**: Concentrazione di fasi critiche su poche persone (assenza segregazione), con rischio di errori 'interessati', alterazioni e collusioni.	**ORG:** Concentrazione su poche persone; controlli tra pari; sostituzioni non tracciate. **TECH**: Profili condivisi; password comuni; log incompleti. **REL:** Relazioni strette; pressioni per bypassare regole; collusioni.	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
20	**Template/modelli SIL unici, aggiornati e reperibili (repository)**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le regole, i modelli e i template CONTROLLO DI GESTIONE (piani, budget, report, KPI) sono unici, aggiornati, reperibili e comunicati a tutte le strutture? **Focus:** Template e modelli SIL non unici o non reperibili, con diffusione di 'fogli locali' e rischio di difformità, perdita di controllo e manipolabilità.	**ORG:** Template diversi; formazione assente; prassi locali difformi. **TECH:** Intranet caotica; assenza repository ufficiale; template non controllati. **REL:** Comunicazioni verbali; prassi locali; "fogli personali" difesi.	Il processo è pubblicato correttamente su Amministrazione Trasparente Sul processo viene effettuato controllo da parte di OIV	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Verifica periodica di adeguatezza
21	**Decisioni investimenti/portafoglio: business case e monitoraggio benefici**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No	**Quesito:** Il CONTROLLO DI GESTIONE supporta decisioni di portafoglio/investimenti (prioritizzazione iniziative, business case, monitoraggio benefici) con criteri standard?	**ORG:** Business case non standard; benefici non misurati; governance debole. **TECH:** Portafoglio non tracciato; strumenti PM	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ N.A.	**Focus:** Prioritizzazione iniziative/investimenti senza criteri standard e business case, con rischio di scelte discrezionali e monitoraggio benefici insufficiente.	assenti; benefici non monitorati. **REL:** Sponsor non allineati; iniziative parallele; perdita di Focus.						
22	**Integrazione rischi strategici/operativi nel ciclo SIL**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I rischi strategici e operativi sono integrati nel ciclo (risk assessment su obiettivi, monitoraggio, contromisure) e discussi periodicamente? **Focus:** Rischi non integrati nel ciclo di pianificazione-controllo, con contromisure non monitorate e rischio di sottovalutazioni sistemiche.	**ORG:** Risk owner assenti; rischi non riesaminati; contromisure non monitorate. **TECH:** Registro rischi non strutturato; alert scadenze assenti; evidenze disperse. **REL:** Paura di trattare rischi; eccesso di ottimismo; sottovalutazioni.	Vengono effettuate riunioni operative con tutti i responsabili di struttura, al fine della corretta condivisione del processo	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
23	**Gestione relazioni con stakeholder interni e conflitti sui numeri**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Sono gestite le relazioni con stakeholder interni (strutture, direzioni) con momenti strutturati di confronto e regole per risolvere conflitti sui numeri? **Focus:** Confronti con stakeholder interni gestiti in modo informale, con rischio di negoziazione opportunistica di definizioni e dati e pressioni fuori canale.	**ORG:** Tavoli irregolari; decisioni per "forza"; conflitti non gestiti. **TECH:** Condivisione file non controllata; versioni concorrenti; assenza verbali standard. **REL:** Conflitti su metodologie; negoziazione delle definizioni; pressioni apicali.	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio
24	**Gestione reclami/segnalazioni interne su dati e pratiche distorsive**	Esito: ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Reclami/segnalazioni interne su dati, indicatori o pratiche distorsive sono raccolti, classificati e gestiti? **Focus:** Segnalazioni su dati/pratiche distorsive non raccolte o non analizzate, con rischio di	**ORG:** Canali non presidiati; ritorsioni percepite; minimizzazione. **TECH:** Canali non tracciati; impossibile analisi trend; classificazione assente. **REL:** Paura di segnalare; ritorsioni percepite; cultura di silenzio.	Il processo è gestito dalla commissione paritetica della UOC Risorse Umane	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			mancato 'radar' su maladministration e ritorsioni percepite.							
25	**Cruscotto Direzione: KPI, scostamenti, rischi e decisioni documentate**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste un cruscotto periodico per Direzione (KPI strategici, avanzamento programmi, scostamenti, rischi, azioni) e viene usato per decisioni documentate? **Focus:** Cruscotto direzionale assente o non usato per decisioni tracciate, con rischio di governance debole, scelte non supportate da evidenze e follow-up carente.	**ORG:** Direzione non richiede; responsabilità reporting non assegnata; governance debole. **TECH:** Assenza cruscotti; dati non affidabili; estrazioni manuali. **REL:** Resistenze a KPI e confronti; difese corporative; scarsa trasparenza.	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

Scheda registro rischi corruttivi - Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP)

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	**Governance SPP: perimetro, ruoli e flussi decisionali**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste un atto interno aggiornato che definisce perimetro SPP, ruoli, responsabilità e flussi decisionali? **Focus:** Assetto di governance della sicurezza non chiaro o non aggiornato, con sovrapposizioni e zone grigie (chi decide/chi verifica). Esiti: decisioni discrezionali non motivate, omissioni di presidi e responsabilità non presidiate.	**ORG**: Ruoli e deleghe SSL non formalizzati; Perimetro SPP ambiguo/variabile; Sovrapposizioni tra funzioni (DL, dirigenti, preposti, SPP) **TECH**: Documentazione SSL dispersa in più archivi; Assenza di versioning/controllo versioni; DVR e procedure non centralizzati e difficili da reperire **REL**: Mandato SPP percepito solo formale;	Regolamento aziendale pubblicato sul sito aziendale Viene utilizzato un gestionale	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				Scarsa autorevolezza/legittimazione interna; Bassa collaborazione delle strutture operative						
2	**Nomina e risorse del RSPP**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il RSPP è nominato correttamente, con requisiti verificati e risorse adeguate? **Focus:** Nomina del RSPP non adeguatamente presidiata (requisiti, incarico, risorse), con conseguente inefficacia del presidio e rischio di adempimenti solo formali.	**ORG**: Nomina meramente formale; Carichi incompatibili con l'incarico; Assenza di staff/risorse dedicate **TECH**: Mancanza di strumenti di analisi e reporting; Assenza di cruscotti per priorità e scadenze; Difficoltà nel consolidare dati SSL (infortuni, formazione, audit) **REL**: Isolamento del RSPP;	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				Resistenze/ostruzioni dirigenziali; Difficoltà a far applicare indicazioni e prescrizioni						
3	**Ruoli SSL di Datore di Lavoro, dirigenti e preposti**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Datore di Lavoro, dirigenti e preposti hanno ruoli SSL chiari e comunicati? **Focus**: Responsabilità SSL non chiare o non comunicate: rischio di scarico di responsabilità, controlli non effettuati e gestione difensiva degli adempimenti.	**ORG**: Deleghe incomplete o non coerenti; Responsabilita' non presidiate nei processi; Mancanza/inefficacia di meccanismi di accountability **TECH**: Organigramma della sicurezza non aggiornato; Anagrafiche/ruoli non allineati nei sistemi; Comunicazioni interne non tracciate (nomine, sostituzioni) **REL**: Scarico di responsabilità tra livelli;	Esiste un regolamento interno Ruoli e funzioni sono presidiati da deleghe ed individuazioni formali	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				Approccio difensivo (copertura formale); Conflittualita' tra funzioni operative e SPP						
4	**Aggiornamento e coerenza del DVR**[1]	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il DVR è aggiornato e coerente con attività e organizzazione reale? **Focus:** DVR non aggiornato o non coerente con attività e organizzazione reale: rischio di sottostima dei rischi, misure non adeguate e contestazioni in caso di evento.	**ORG:** Aggiornamenti tardivi del DVR; Cambi organizzativi non recepiti; Processo di revisione non pianificato/programmato **TECH:** Struttura DVR non standardizzata; Allegati e evidenze dispersi/non rintracciabili; Assenza di repository unico con controlli accesso **REL:** Minimizzazione dei rischi per ridurre	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

[1] Documento valutazione rischi.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				impatti operativi; Pressioni a mantenere DVR invariato; Bassa partecipazione delle UO alla valutazione						
5	**Sopralluoghi e misurazioni a supporto della valutazione dei rischi**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La valutazione dei rischi è supportata da sopralluoghi e misurazioni? **Focus:** Valutazione dei rischi basata su evidenze non sufficienti (sopralluoghi sporadici, misurazioni assenti): rischio di valutazioni non oggettive e interventi non mirati.	**ORG**: Sopralluoghi sporadici/non pianificati; Copertura disomogenea delle sedi/strutture; Mancanza di responsabilità chiare per i rilievi **TECH**: Assenza di dati strumentali/misurazioni; Report non standardizzati o non archiviati; Mancanza di strumenti per registrare esiti e follow-up **REL**: Pressioni a non evidenziare criticità;	Sopralluoghi periodici e su richiesta in caso di problematiche. Affidamento a ditta esterna per sopperire a carenza di personale interno	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				Resistenze locali durante i sopralluoghi; Segnalazioni informali non tracciate						
6	**Piano di miglioramento SSL (azioni, owner, scadenze)**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste un piano di miglioramento SSL con azioni, responsabili e scadenze? **Focus**: Assenza o debolezza del piano di miglioramento SSL: azioni non attuate, ritardi, priorità non governate, con rischio di permanenza delle criticità.	**ORG**: Azioni senza owner/responsabile; Scadenze e priorità non definite; Mancanza di coordinamento tra strutture coinvolte **TECH**: Assenza di strumenti di tracking; Follow-up gestito con file/mail non controllati; Nessun alert su scadenze e stati di avanzamento **REL**: Bassa attenzione manageriale al follow-up; Mancato supporto	PMA: Piano Misure di Adeguamento fornito da azienda esterna, con report di rischi	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				alle azioni correttive; Resistenze operative all'implementazione						
7	**Programmazione risorse economiche per la sicurezza (rischi-budget)**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le risorse economiche per la sicurezza sono programmate e coerenti? **Focus:** Risorse economiche non programmate o disallineate ai rischi: rischio di sotto-finanziamento delle misure e decisioni non trasparenti sulle priorità.	**ORG**: Budget SSL non dedicato/identificabile; Priorita' di spesa non formalizzate; Decisioni frammentate tra centri di costo **TECH**: Nessun collegamento DVR-contabilita'; Dati di spesa non analizzati per capitoli SSL; Assenza di tracciamento economico delle azioni DVR **REL**: Pressioni al contenimento costi; Priorita' influenzate da urgenze/pressioni;	Budget dedicato ad ogni struttura, per situazioni emergenziali accordi quadro con Ufficio Tecnico.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				Conflitti tra esigenze operative e misure SSL						
8	**Formazione obbligatoria SSL: pianificazione e tracciamento**	**Esito**: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La formazione obbligatoria SSL è pianificata e tracciata? **Focus**: Formazione obbligatoria gestita come adempimento: rischio di competenze non effettive, registri incompleti e non conformità in sede di verifica.	**ORG**: Formazione vista come mero adempimento; Piani formativi non coerenti con mansioni e rischi; Gestione assenze/sostituzioni non presidiata **TECH**: Registri formazione incompleti; Tracciamento non integrato (piattaforme/HR); Reportistica su scadenze e rinnovi assente **REL**: Scarsa partecipazione/coinvolgimento; Bassa percezione	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				utilità della formazione; Resistenze a liberare il personale dal servizio						
9	**Addestramento specifico per mansione (documentato)**	**Esito**: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** L'addestramento specifico per mansione è documentato? **Focus**: Addestramento specifico non documentato o informale: rischio di prassi scorrette, esposizione a infortuni e difficoltà di dimostrazione dell'adempimento.	**ORG**: Addestramento gestito in modo informale; Responsabili addestramento non identificati; Rotazioni/sostituzioni senza passaggio di consegne **TECH**: Nessuna tracciabilita' dell'addestramento; Moduli/verbali non standardizzati; Archiviazione non centralizzata delle evidenze **REL**: Abitudini scorrette consolidate; Tolleranza a scorciatoie operative;	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	[Misure principali / azioni / owner / tempi: _____ _____]

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				Segnalazioni non formalizzate sui gap di competenza						
10	**Applicazione operativa delle procedure di sicurezza**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le procedure di sicurezza sono applicate nella pratica? **Focus:** Scostamento tra procedure scritte e pratica: rischio di violazioni non rilevate, incidenti e responsabilità diffuse senza presidio.	**ORG:** Procedure non presidiate (owner/controlli); Mancanza di verifiche sull'applicazione; Gestione deroghe non regolata **TECH:** Documenti irreperibili o non aggiornati; Assenza di workflow approvativi/versioning; Mancanza di accesso semplice alle procedure in reparto **REL:** Scorciatoie tollerate; Pressioni su tempi/produzione; Normalizzazione della	L'intervistato riferisce che in caso di aggressione al personale può essere scaricato un QR code che permette di compilare automaticamente il documento.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				devianza (faccio così da sempre)						
11	**Gestione emergenze: piani, prove, aggiornamenti**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La gestione delle emergenze è strutturata e testata? **Focus**: Emergenze non gestite in modo strutturato o testato: rischio di inefficacia della risposta, danni a persone/beni e criticità in audit/ispezioni.	**ORG**: Prove di emergenza irregolari; Ruoli e squadre non aggiornati; Pianificazione esercitazioni non definita **TECH**: Piani non aggiornati o non diffusi; Mancanza di registri prove/esiti; Assenza di sistemi di allerta e tracciamento interventi **REL**: Bassa percezione del rischio; Partecipazione scarsa alle prove; Resistenze a interrompere attività per esercitazioni	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
12	**Analisi infortuni e near miss (apprendimento)**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Infortuni e near miss sono analizzati sistematicamente? **Focus:** Infortuni e near miss non analizzati sistematicamente: rischio di ripetizione eventi, mancata rimozione delle cause e sottosegnalazione.	**ORG:** Analisi superficiali degli eventi; Responsabilita' di indagine non definite; Azioni correttive non assegnate/monitorate **TECH:** Database non strutturato; Raccolta dati frammentata tra sistemi; Assenza di report periodici e trend analysis REL: Sottosegnalazione per timore o sfiducia; Cultura del silenzio sugli incidenti; Pressioni a minimizzare per evitare impatti	Gap principali: Carenza di regolamento/procedure specifica	☐ L ☐ M X H	Processo carente	X L X M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	Monitoraggio Predisposizione di regolamenti e procedure Formazione specifica Audit di verifica per minimizzazione entro tre mesi

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
13	**Analisi cause (oltre l'errore umano)**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le cause degli eventi sono analizzate oltre l'errore umano? **Focus:** Indagini focalizzate sull'errore umano senza analisi sistemica: rischio di approccio punitivo, mancato miglioramento e recidiva degli eventi.	**ORG:** Approccio punitivo nella gestione eventi; Mancanza di metodologie strutturate (RCA, ecc.); Assenza di team multidisciplinari di analisi **TECH:** Strumenti di analisi assenti; Modelli/report non standardizzati; Archiviazione evidenze e lesson learned non gestita **REL:** Cultura della colpa; Resistenze a evidenziare cause organizzative; Conflitti tra unità e scarico di responsabilità	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
14	**Sorveglianza sanitaria: coerenza con rischi e integrazione MC-SPP**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La sorveglianza sanitaria è coerente con i rischi ? **Focus:** Sorveglianza sanitaria non coerente con i rischi o non integrata: rischio di prescrizioni non aderenti e tutela effettiva ridotta.	**ORG:** Scarsa integrazione tra MC e SPP; Ruoli e flussi informativi non formalizzati; Riunioni/consultazioni non programmate **TECH:** Flussi informativi frammentati; Assenza di sistemi condivisi per idoneità e prescrizioni; Dati non disponibili per analisi di coerenza con DVR **REL:** Resistenze dei lavoratori; Pressioni a ridurre limitazioni; Gestione informale delle richieste di idoneità	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
15	**Monitoraggio prescrizioni del Medico Competente**	Esito: ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Le prescrizioni del MC sono monitorate? **Focus:** Prescrizioni e limitazioni del MC non monitorate: rischio di mancata applicazione, esposizione a rischi e responsabilità organizzative.	**ORG**: Prescrizioni non presidiate dagli owner; Assegnazioni mansioni non aggiornate; Assenza di verifiche periodiche sull'osservanza **TECH**: Nessun alert su scadenze/limitazioni; Tracciamento non integrato con HR/turni; Documenti non centralizzati e non accessibili ai responsabili **REL**: Pressioni organizzative per mantenere produttivita'; Richieste informali di deroghe; Timore del lavoratore di segnalare violazioni	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
16	**Rischi interferenziali e DUVRI (appalti sicuri)**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I rischi interferenziali (DUVRI) sono gestiti? **Focus**: Gestione carente dei rischi interferenziali (DUVRI): rischio di omissioni in coordinamento con appaltatori, incidenti e contenzioso.	**ORG**: Coordinamento carente tra strutture e appaltatori; Responsabilita' (RUP/DEC/Referenti) non chiare; Sopralluoghi congiunti non pianificati **TECH**: Documenti DUVRI non aggiornati; Archivi incompleti/non versionati; Assenza di tracciamento permessi di lavoro/interferenze **REL**: Minimizzazione dei rischi interferenziali; Pressioni per avviare lavori rapidamente; Gestione informale delle variazioni in corso d'opera	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
17	**Verifica idoneità tecnico-professionali (fornitori/appaltatori)**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Le idoneità tecnico-professionali sono verificate? **Focus:** Verifiche idoneità tecnico-professionali solo formali: rischio di affidamenti a operatori non idonei e responsabilità per mancata due diligence.	**ORG:** Controlli meramente formali; Check-list non standardizzate; Ruoli di verifica non presidiati **TECH:** Archivi incompleti della documentazione; Assenza di repository unico e scadenziario; Mancanza di tracciamento esiti/verifiche **REL:** Pressioni sui tempi di affidamento; Interferenze per favorire fornitori; Richieste di eccezioni/deroghe non tracciate	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
18	**Gestione DPI: adeguatezza, distribuzione, utilizzo**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I DPI sono adeguati e utilizzati? **Focus:** DPI non adeguati o non utilizzati: rischio di esposizione a pericoli, sprechi e contestazioni su responsabilità e controlli.	**ORG**: Distribuzione DPI non controllata; Ruoli e responsabilità per consegna/uso non chiari; Mancanza di verifiche in reparto **TECH**: DPI non tracciati (lotti, consegne, scadenze); Assenza di inventario/registro digitale; Difficoltà nel ricostruire consegne e sostituzioni **REL**: Resistenze all'uso dei DPI; Tolleranza a comportamenti non conformi; Pressioni operative a 'fare in fretta'	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
19	**Audit e sopralluoghi periodici SPP**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Il SPP svolge audit e sopralluoghi periodici? **Focus**: Audit e sopralluoghi non periodici: rischio di anomalie non rilevate, presidi deboli e assenza di evidenze di monitoraggio continuo.	**ORG**: Attivita' sporadiche/non pianificate; Piano audit assente o non rispettato; Risorse insufficienti per coprire tutte le sedi **TECH**: Report manuali e non standardizzati; Archiviazione non centralizzata degli esiti; Assenza di tool per pianificazione e follow-up **REL**: Tolleranza verso anomalie ricorrenti; Resistenze locali ai controlli; Ridotta collaborazione nel fornire evidenze	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
20	**Gestione non conformità e chiusura con follow-up**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le non conformità sono chiuse con follow-up? **Focus:** Non conformità non chiuse con follow-up: rischio di azioni correttive inefficaci, ripetizione problemi e perdita di controllo sul ciclo.	**ORG:** Azioni senza verifica di efficacia; Owner e scadenze non presidiati; Mancanza di procedure di escalation **TECH:** Nessun sistema di follow-up; Tracking su mail/fogli non controllati; Assenza di indicatori su stato azioni e arretrati **REL:** Resistenze al cambiamento; Accettazione di 'eccezioni' operative; Pressioni a chiudere formalmente senza interventi	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
21	**Reporting SSL alla Direzione (governo con i numeri)**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La Direzione riceve report strutturati SSL? **Focus**: Assenza di reporting strutturato alla Direzione: rischio di decisioni senza evidenze, priorità non governate e mancanza di accountability.	**ORG**: Reporting non richiesto/programmato; Ruoli di reporting non assegnati; Riesami/riunioni non strutturate **TECH**: KPI e cruscotti assenti; Dati non consolidati e non confrontabili; Report prodotti manualmente e non tracciati **REL**: Scarsa attenzione strategica al tema SSL; Focus su urgenze a scapito della prevenzione; Bassa domanda interna di trasparenza e misurazione	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
22	**KPI e indicatori di rischio SSL (prevenzione proattiva)**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esistono KPI e indicatori di rischio SSL? **Focus:** Indicatori di rischio SSL non definiti o non utilizzati: rischio di presidio reattivo, mancata individuazione precoce criticità e misure non mirate.	**ORG**: Indicatori non definiti; Responsabilita' di misurazione non assegnate; Obiettivi SSL non integrati nella performance **TECH**: Dati non integrati tra sistemi; Assenza di data quality e definizioni univoche; Mancanza di dashboard/automazioni di calcolo **REL**: Diffidenza verso KPI; Timore di esposizione di criticità; Bassa cultura del dato nei livelli operativi	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
23	**Coinvolgimento attivo dei lavoratori (partecipazione)**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I lavoratori sono coinvolti attivamente? **Focus:** Coinvolgimento dei lavoratori solo formale: rischio di mancata emersione segnali deboli, scarsa adozione misure e ridotta cultura della sicurezza.	**ORG:** Consultazione solo formale; Canali di partecipazione non strutturati; Riunioni periodiche non programmate **TECH:** Canali feedback assenti o non tracciati; Assenza di strumenti per raccolta/analisi segnalazioni; Comunicazioni non centralizzate **REL:** Disimpegno e bassa partecipazione; Sfiducia sull'utilità delle segnalazioni; Clima che scoraggia il confronto	Vengono effettuati regolarmente corsi di formazione al personale dipendente Si effettuano riunioni periodiche con RLS e lavoratori.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
24	**Gestione segnalazioni SSL senza ritorsioni (clima di fiducia)**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le segnalazioni SSL sono gestite senza ritorsioni? **Focus**: Segnalazioni SSL non gestite in modo protetto e tracciato: rischio di paura di segnalare, mancata emersione criticità e ritorsioni percepite.	**ORG**: Canali non presidiati; Ruoli per gestione segnalazioni non chiari; Tempi di risposta non definiti **TECH**: Tracciabilita' assente; Assenza di registri/protocolli dedicati; Mancanza di anonimato o riservatezza adeguata **REL**: Paura di segnalare; Ritorsioni percepite o isolamento; Pressioni a gestire 'in privato' fuori canale	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
25	**Riesame periodico del sistema SSL da parte della Direzione**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il sistema SSL è riesaminato periodicamente dalla Direzione? **Focus:** Riesame direzionale non strutturato: rischio di mancato miglioramento continuo, decisioni non motivate e assenza di priorità condivise.	**ORG:** Riesami non strutturati; Agenda/verbali e decisioni non formalizzati; Follow-up delle decisioni non presidiato **TECH:** Assenza di cruscotti e report periodici; Documentazione riesami dispersa; Dati non disponibili per valutazioni comparative **REL:** Approccio difensivo (adempimento); Resistenza a riconoscere criticità sistemiche; Scarsa ownership della Direzione sul tema	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

Scheda registro rischi corruttivi - CUP

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	**Governance e ruoli**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Sono definiti e praticati ruoli e responsabilità nel CUP (front office, back office, call center, referenti di struttura), con chiara segregazione tra chi prenota e chi autorizza deroghe/modifiche? **Focus**: Ruoli e responsabilità CUP non chiari e segregazione dei compiti insufficiente (front/back office, call center, referenti di struttura) → possibilità di gestire prenotazioni, modifiche, priorità ed esenzioni in modo discrezionale e non pienamente tracciabile,	**ORG**: RACI/deleghe non formalizzati o non aggiornati; sostituzioni "di fatto"; controlli di linea disomogenei; formazione non uniforme. **TECH**: profilazioni non coerenti con mansioni; account condivisi; workflow non vincolanti; log/report non strutturati. **REL**: pressioni per "favori/priorità improprie; interferenze interne; normalizzazione di prassi informali.	I flussi di gestione delle attività CUP sono governati dalla struttura con l'utilizzo del sw "ARIANNA CUP"	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			con rischio di favoritismi e opacità.							
2	**Prescrizioni e appropriatezza**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: La prenotazione avviene solo su prescrizione valida (classe di priorità, quesito diagnostico, prestazione corretta), con regole per rettifiche e rifiuti motivati e tracciati? **Focus**: Prenotazioni su prescrizioni non valide o non appropriate (prestazione/quesito/classe incompleti) → distorsione dell'accesso, incremento contenzioso, alterazione dei tempi e possibile danno economico (ticket/esenzioni) e reputazionale.	**ORG**: istruzioni operative sulla verifica ricetta non uniformi; criteri di rifiuto/rettifica non standard; controlli a campione carenti. **TECH**: controlli di completezza/validità non obbliganti; integrazione con prescrizione elettronica debole; campi chiave non vincolanti. **REL**: pressioni dell'utenza e di prescrittori per "forzare" la prenotazione; richieste informali di agevolazione.	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
3	**Classi di priorità**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: L'assegnazione e il rispetto delle classi di priorità (U/B/D/P o equivalenti) sono monitorati e le eventuali modifiche sono consentite solo con giustificazione e tracciabilità? **Focus**: Modifica impropria della classe di priorità (U/B/D/P o equivalenti) o del percorso di accesso → anticipazioni non dovute, inequità e possibili falsità/alterazioni nella motivazione clinico-amministrativa, con impatto su liste e valore pubblico.	**ORG**: regole su chi può modificare priorità e quando non chiare; autorizzazioni non formalizzate; audit periodici assenti. **TECH**: sistema consente variazioni senza motivazione obbligatoria; log non riesaminati; assenza di alert su pattern anomali. **REL**: pressioni per "urgenze" non documentate; segnalazioni informali; interferenze gerarchiche.	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio
4	**Agende e disponibilità**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le agende (aperture/chiusure, slot, tempi) sono gestite con criteri standard e motivazioni tracciate per	**ORG**: criteri di gestione agende non standard; responsabilità frammentate; deroghe frequenti; controlli ex post deboli.	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			blocchi, riduzioni o riserve di disponibilità? **Focus**: Gestione discrezionale di agende/slot (aperture/chiusure, blocchi, riserve di disponibilità) senza motivazione tracciata → creazione di corsie preferenziali, riduzione trasparenza e rischio di canalizzazione della domanda.	**TECH**: permessi di modifica agende troppo ampi; gestione agende su canali paralleli; tracciatura blocchi/riserve incompleta. **REL**: pressioni delle UU.OO. per riserve "dedicate"; richieste nominative; prassi consolidate.						
5	**Liste di attesa**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste un governo attivo della lista di attesa (pulizia duplicati, coerenza prestazioni, priorità, scadenze), con indicatori e responsabilità di monitoraggio? **Focus**: Governo debole della lista di attesa (duplicati, cancellazioni/spostamenti non motivati, mancata	**ORG**: responsabilità di monitoraggio e pulizia lista non definite; KPI/KRI non presidiati; procedure di riconciliazione assenti. **TECH**: strumenti di deduplica e report outlier mancanti; data quality insufficiente; integrazione tra sistemi incompleta.	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			riconciliazione) → salti di lista, opacità e tempi non presidiati, con rischio di disparità di trattamento e contestazioni.	**REL**: pressioni per anticipazioni; gestione "a chiamata" non tracciata; tolleranza verso eccezioni seriali.						
6	**Deroghe e urgenze**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Le prenotazioni in deroga/overbooking/ urgenza sono eccezionali, autorizzate e tracciate (chi decide, perché, evidenza), con controlli ex post su frequenza e motivazioni? **Focus:** Deroghe/overbooking/urgenze gestite come prassi (non eccezione) e senza autorizzazione/tracciabilità → aggiramento delle regole di accesso e aumento del rischio di favoritismi e disallineamenti sui tempi per classe.	**ORG**: criteri di urgenza e iter autorizzativo non strutturati; registro deroghe assente; controlli ex post non sistematici. **TECH**: "flag urgenza" senza motivazione obbligatoria; report su frequenza e motivazioni assenti; impossibilità di ricostruire catena decisionale. **REL**: pressioni assistenziali/utenza; segnalazioni informali; richieste di priorità improprie.	Il processo delle urgenze è presidiato anche grazie alla metodologia "RAO" Esiste una direttiva predisposta dal Direttore della struttura che individua limiti e gestisce legittimazione a "intervento postumo suggestionale"	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
7	**Disdette e no-show**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Le disdette, i mancati accessi (no-show) e le riprogrammazioni sono gestiti con regole e tracciabilità (cause, tempi, riutilizzo slot), con azioni per ridurre il fenomeno? **Focus**: Gestione non governata di disdette/no-show/riprogrammazioni → spreco di slot, incremento tempi e possibilità di manovre opportunistiche (disdette fittizie, riutilizzo non trasparente degli slot) con impatto su equità e performance.	**ORG**: regole e canali di disdetta non uniformi; mancano procedure di recupero slot e follow-up; responsabilità non chiare. **TECH**: assenza di reminder/recall efficaci; tracciatura cause e tempi di disdetta incompleta; liste di recupero non supportate. **REL**: utilizzo di intermediari/contatti informali; pressioni per riprogrammazioni preferenziali; cultura del "poi vediamo".	È la cabina di regia che provvede a disdette e no-show Lo specialista valuta l'appropriatezza del quesito diagnostico del medico (l'intervistato riferisce)	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio
8	**Esenzioni e ticket**	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito**: La gestione di esenzioni, riduzioni e ticket (verifica requisiti, aggiornamenti, casi particolari) è presidiata con controlli e	ORG: istruzioni su verifica requisiti/documentazione non robusta; controlli a campione carenti;	N.A	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			tracciabilità, evitando inserimenti manuali non giustificati? **Focus**: Inserimento/variazione impropria di esenzioni, riduzioni e ticket (anche via autocertificazione) → rischio di danno erariale, irregolarità contabili e favoritismi, con possibili profili disciplinari e di responsabilità.	gestione rettifiche non tracciata. **TECH**: controlli automatici su scadenze/requisiti e blocchi assenti; log variazioni non monitorati; integrazione con banche dati incompleta. **REL**: pressioni dell'utenza; conflitti/relazioni; richieste "di cortesia" a sportello.						
9	**Tracciabilità e accessi**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il sistema CUP consente una tracciabilità completa delle operazioni (prenotazione, modifica, annullo, cambio priorità/sede), con gestione degli accessi e revisione periodica delle utenze?	**ORG**: gestione amministratori di sistema e revisioni profili non strutturate; policy su account e credenziali non rigorose; conservazione log non definita.	L'intervistato riferisce che il controllo avviene principalmente attraverso la prenotazione Viene utilizzata metodologia "RAO"	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			Focus: Tracciabilità incompleta o aggirabile (prenotazione/modifica/annullo/cambio priorità/sede) e gestione accessi debole → possibilità di riscrivere eventi, occultare anomalie e violare riservatezza, riducendo auditabilità e deterrenza.	**TECH**: audit trail non immutabile; alert su modifiche retroattive/massive assenti; account condivisi; mancanza di report di controllo. **REL**: pressioni per "sistemare" pratiche; complicità tra operatori; utilizzo di scorciatoie fuori sistema.						
10	**Interfacce e trasparenza**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Le interfacce con strutture aziendali e (se presenti) privato accreditato per la prenotazione/erogazione sono regolamentate e tracciate, con reportistica su volumi, tempi e anomalie? **Focus**: Interfacce con strutture aziendali e (se presenti) privato accreditato non regolamentate e non	**ORG**: accordi operativi/SLA e regole di scambio dati non formalizzati; controlli su volumi e priorità assenti; reporting direzionale non strutturato. **TECH**: integrazioni applicative instabili; riconciliazioni e controlli di quadratura mancanti; qualità dati non presidiate.	Viene utilizzata metodologia "RAO"	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			riconciliate → canalizzazione di volumi, prenotazioni non pienamente tracciate, disallineamenti tra prenotato/erogato e opacità sui tempi.	REL: pressioni di strutture/erogatori; interessi economici; prassi informali di gestione dei flussi.						

Scheda registro rischi corruttivi - Rischio Clinico e Qualità

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	**Governance – Sistema di gestione del rischio clinico (ruoli/responsabilità)**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste un atto aggiornato che definisce ruoli/responsabilità del Sistema di gestione del rischio clinico (Risk Manager, referenti, comitati, flussi decisionali) ed è applicato nella pratica? **Focus:** Ruoli/responsabilità e flussi decisionali non chiaramente definiti/applicati → azioni correttive non assegnate o inefficaci.	**ORG:** • Ruoli/compiti sovrapposti o "di fatto" • Assenza di owner e scadenze • Verbali/decisioni non tracciati o non seguiti **TECH:** •Repository/versioning assenti o multipli • Tracciabilità approvazioni/letture nulla • Evidenze disperse/difficile ricostruire **REL:** • Resistenze interne ("non è compito mio") • Pressioni a minimizzare/non	Atti deliberativi e ordini di servizi dettagliati Misure NSIS, procedura scritta e pubblicata Gestione eventi sentinella Produzione di procedure Checklist sale operatorie e reportistiche di osservazioni nelle sale operatorie.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				formalizzare • Conflitti tra UU.OO./professioni						
2	**Governance – Piano annuale di risk management /qualità (priorità, indicatori, risorse)**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Assenza/inefficacia del piano annuale e dei monitoraggio → gestione "a spot", progetti non chiusi, priorità non governate. **Focus:** Esiste un Piano annuale (o equivalente) di risk management/qualità con priorità, progetti, indicatori, risorse e responsabilità, monitorato durante l'anno?	**ORG:** • Piano non approvato/aggiornato o non monitorato • Attività "a spot" senza responsabilità definite • Progetti non chiusi/scadenze slittano **TECH:** • Indicatori non estraibili o calcolati manualmente • Mancano cruscotti/registri avanzamento • Dati non riconciliati tra sistemi **REL:** • Priorità cambiano per urgenze/pressioni • Bassa partecipazione dei clinici	Esiste un gestionale informatico Piano triennale aggiornato ogni anno	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Percezione "adempimento"						
3	**Governance – Reporting periodico alla Direzione (eventi, trend, azioni correttive)**	Esito: ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La Direzione riceve report periodici su eventi, trend, indicatori e stato delle azioni correttive (con decisioni tracciate)? **Focus:** Report e decisioni non periodici/tracciati → assenza di escalation e follow-up sulle azioni correttive.	**ORG:** • Report non periodici o solo "a richiesta" • Nessun follow-up sulle decisioni • Escalation non definita (chi/come/quando) **TECH:** • Reportistica non automatizzata • Impossibile misurare tempi di presa in carico • Assenza dashboard storiche **REL:** • Timore reputazionale → sottostima del rischio • Filtri informali sulle informazioni • Conflitti su responsabilità	Report presenti Gap principali: Carenze tecnologiche	☐ L X M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
4	**Incident reporting – Attivazione, uso (anche near miss), feedback e azioni**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Incident reporting poco usato/inefficace → near miss/eventi non intercettati, backlog e mancato apprendimento organizzativo. Focus: Incident reporting: è attivo, semplice, conosciuto e usato anche per near miss, con feedback agli operatori e azioni conseguenti?	**ORG:** • Segnalazioni non analizzate o backlog • Feedback assente; formazione sporadica • Ruoli di presa in carico non chiari **TECH:** • Piattaforma complessa/non accessibile • Anonimato non percepito; tracciamento debole • Nessun workflow/alert su scadenze **REL:** • Paura di ritorsioni/colpa • Normalizzazione del rischio ("capita") • Clima conflittuale tra équipe	Processo gestito centralmente su piattaforma AGENAS Gap principali: Carenza digitale e pertanto di tracciamento	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
5	**Incident reporting – Classificazione/triage e tempi di gestione (presa in carico, output)**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esistono regole chiare su classificazione, triage e tempi di gestione degli eventi (chi prende in carico, entro quando, quali output)? **Focus:** Assenza di regole e tempi di gestione → triage discrezionale, chiusure formali e mancata misurazione efficacia.	**ORG:** • Triage lasciato al singolo • Ruoli di escalation non definiti • Tempi non misurati; chiusure formali **TECH:** • Nessun ticketing/workflow • Campi obbligatori assenti • Difficile collegare evento→azione→verifica **REL:** • Rimbalzo responsabilità tra UU.OO. • Pressioni a "chiudere" senza analisi • Comunicazioni solo informali	Regole presenti e ruoli formalizzati; Procedura presente con gestione eventi sentinella Gap principali: L'intervistato richiede adozione di direttive comportamentali.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Predisposizione direttiva comportamentale aziendale Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
6	**Incident reporting – Analisi strutturate (RCA/FMEA) per eventi gravi/sentinella**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Gli eventi gravi (o potenzialmente sentinella) attivano sempre analisi strutturate (RCA/FMEA[1] dove pertinente) con azioni, owner, scadenze e verifica efficacia? **Focus:** Eventi gravi non sempre analizzati con RCA/FMEA e ciclo completo → azioni senza owner/scadenze e assenza verifica efficacia.	**ORG:** • Analisi saltate o solo formali • Azioni senza owner/scadenze • Nessuna verifica efficacia post-azione **TECH:** • Evidenze disperse; timeline non ricostruibile • Assenza di repository per RCA • Dati non integrati (lab/cartella/etc.) **REL:** • Difesa corporativa/colpevolizzazione • Pressioni a limitare	Il processo è gestito attraverso portale aziendale (Flusso Simes)	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

[1] Le analisi strutturate RCA (Root Cause Analysis) e FMEA (Failure Mode and Effects Analysis) sono metodologie complementari: la **FMEA** è proattiva e si concentra sull'identificazione *preventiva* dei possibili guasti in prodotti/processi, valutandone rischi e impatti, mentre la **RCA** è reattiva, focalizzata sulla ricerca delle *cause profonde* di un problema *già verificatosi* per risolverlo definitivamente. Entrambe mirano a migliorare qualità e affidabilità, prevenendo errori futuri, spesso utilizzando la FMEA in fase di progettazione e la RCA per risolvere incidenti.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				documentazione • Conflitti multiprofessionali						
7	**Raccomandazioni – Mappatura/adozione raccomandazioni nazionali-regionali (gap, evidenze, responsabilità)**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** È disponibile una mappatura aggiornata delle Raccomandazioni nazionali/regionali rilevanti con stato di adozione, gap, evidenze e responsabilità? **Focus:** Raccomandazioni non mappate con gap/evidenze → conformità non dimostrabile e miglioramento non pianificato.	**ORG:** • Nessun gap assessment strutturato • Evidenze non raccolte/standardizzate • Responsabilità non assegnate per ogni raccomandazione **TECH:** • Evidenze non reperibili/archiviate • Versioning documenti assente • Mancano strumenti per autovalutazione periodica/audit **REL:** • "Lo facciamo già" senza prova • Resistenze ad audit/controlli	Gap principali: Archivio raccomandazioni cartaceo, poco agevole da gestire	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Conflitti tra standard e prassi locali						
8	**Pratiche di sicurezza – Checklist/bundle prioritari e misurazione aderenza (audit/feedback)**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste un set di checklist/bundle prioritari (es. chirurgia, farmaci, cadute, **Infezioni Correlate all'Assistenza** ospedaliera e viene misurata l'aderenza reale con audit e feedback? **Focus:** Checklist/bundle applicati in modo discontinuo e non verificato → variabilità elevata e presidi inefficaci.	**ORG:** • Uso discontinuo; audit sporadici • Standard diversi tra presidi/UU.OO. • Mancano feedback e azioni correttive **TECH:** • Checklist su carta non tracciata • Dati non aggregabili; nessun cruscotto • Assenza alert/obbligatorietà nei sistemi **REL:** • Resistenze ("perdita di tempo") • Gerarchie che inibiscono segnalazioni	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Cultura di tolleranza alle scorciatoie						
9	**Farmaci – Prescrizione/ preparazione /somministrazione (doppio controllo, LASA, alta vigilanza)**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Sono governati e controllati prescrizione–preparazione–somministrazione (doppio controllo dove previsto, LASA[2], farmaci ad alta vigilanza) con evidenze verificabili? **Focus:** Presidi farmacologici non applicati/controllati → errori terapeutici e somministrazioni non sicure.	**ORG:** • Doppio controllo non praticato • Turni/carichi spingono a scorciatoie •Formazione/competenza non omogenea **TECH:** • CPOE/alert assenti o disattivati • Log non analizzati; barcode non usato • Registrazioni incomplete o tardive **REL:** • Pressioni a velocizzare somministrazioni	Riferisce: difficoltà nei rapporti di dialogo con la Farmacia. Anche con riferimento alla gestione del conflitto di interessi.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Formazione dedicata per la gestione dei conflitti di interesse

[2] I farmaci **LASA** (Look Alike Sound Alike) sono medicinali con nomi o confezioni graficamente simili che presentano un elevato rischio di errore nella dispensazione e somministrazione, potenzialmente pericolosi per i pazienti, e richiedono misure preventive come stoccaggio separato, etichettatura di allerta (es. Tall Man Lettering) e doppi controlli per garantire la sicurezza

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Conflitti tra prescrittori e assistenza • Minimizzazione errori "minori"						
10	**Farmaci – Riconciliazione farmacologica (ingresso/trasferimenti/dimissione) e monitoraggio**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: La riconciliazione farmacologica è attiva nei passaggi critici (ingresso, trasferimenti, dimissione) ed è monitorata? Focus: Riconciliazione farmacologica non sistematica → errori nelle transizioni assistenziali e responsabilità non chiare.	**ORG:** • Responsabilità non chiara • Processi diversi tra UU.OO. • Follow-up non definito **TECH:** • Campi non obbligatori in cartella • Integrazione con territorio scarsa • Difficile estrarre indicatori di esito **REL:** • Rimbalzo responsabilità tra setting • Comunicazioni informali	Esistenza procedura specifica	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Pressioni su tempi di dimissione						
11	**Chirurgia – Checklist chirurgica e time-out (right patient/site/procedure) + audit**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Checklist chirurgica e time-out sono applicati con coerenza (right patient/site/procedure) e verificati con audit/feedback? **Focus:** Checklist/time-out applicati in modo formale e non verificato → rischio di mai-evento e non conformità non gestite.	**ORG:** • Time-out "di rito"; audit assenti • Standard differenti per sala/équipe • Nessuna gestione non conformità **TECH:** • Checklist non tracciata nei sistemi • Mancano dati su aderenza/variabilità • Evidenze non facilmente reperibili **REL:** • Gerarchie forti: nessuno interviene • Paura di conflitti in sala • Pressioni produttive (liste)	Esistono procedure e checklist	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
12	**Chirurgia/Dispositivi – Tracciabilità dispositivi/impianti (lotti, richiami, consensi, conte strumenti)**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Tracciabilità dispositivi/impianti (lotti, richiami, consensi, conte strumenti/garze se applicabile) è completa e auditabile? **Focus:** Tracciabilità incompleta → impossibilità di ricostruire lotto/richiamo e materiali usati (rischio clinico e contenzioso).	**ORG:** • Compiti non segregati; controlli "a fiducia" • Registri locali non standard • Richiami gestiti senza tracciamento completo **TECH:** • Sistemi non integrati (magazzino–sala–cartella) • Barcode/seriali non registrati • Assenza di report richiami/lotto **REL:** • Pressioni su tempi operatori • Comunicazioni informali con fornitori • Normalizzazione di deroghe	Esistono procedure e checklist	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
13	**ICA – Sorveglianza infezioni correlate all'assistenza (indicatori, audit, piani correttivi, bundle)**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Sorveglianza ICA: indicatori, audit e piani correttivi (igiene mani, bundle CVC/CAUTI/VAP dove pertinenti[3]) sono operativi e tracciati? **Focus:** Sorveglianza/audit ICA non pienamente operativi → trend ICA non intercettati e azioni correttive non efficaci.	**ORG:** • Controlli sporadici; responsabilità frammentate • Azioni correttive non assegnate • Formazione non mirata/continuativa **TECH:** • Dati microbiologia/clinica non integrati • Report tardivi; assenza cruscotti • Campi non standard in cartella **REL:** • Resistenze a cambiare pratiche • Percezione "non è priorità" • Conflitti tra servizi	Esistono procedure e checklist	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

[3] Il **Bundle CVC/CAUTI/VAP** è un insieme di pratiche cliniche (un "pacchetto" di azioni) che, se applicate simultaneamente e correttamente dal personale sanitario, riducono drasticamente le infezioni legate ai dispositivi medici, come quelle associate a **Cateteri Venosi Centrali (CVC)**, **Cateteri Urinari (CAUTI)** e **Ventilazione Meccanica (VAP)**, migliorando la sicurezza del paziente in ambito ospedaliero, specialmente in Terapia Intensiva. Questi bundle si basano sull'Evidence-Based Medicine e mirano a risultati ottimali prevenendo le complicanze

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
14	**Antimicrobico – Antimicrobial stewardship (governance prescrittiva, audit uso antibiotici, feedback)**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Antimicrobial stewardship: esistono regole di governance prescrittiva, audit su uso antibiotici e feedback clinico, con indicatori e azioni? **Focus:** Assenza di stewardship strutturata → inappropriatezza prescrittiva, resistenze e complicanze non governate.	**ORG:** • Percorso non definito; audit non strutturati • Ruoli (infettivologia/farmacia) non ingaggiati • Assenza di review periodiche **TECH:** • Mancano cruscotti su consumi/resistenze • Prescrizione non tracciata per indicazione • Alert non configurati **REL:** • Conflitti tra prescrittori • Resistenze al feedback • Pressioni cliniche/organizzative	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
15	**Cadute – Valutazione rischio, piani preventivi, analisi eventi e monitoraggio (anche territorio)**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Cadute: valutazione rischio, piani preventivi e analisi degli eventi sono standardizzati e monitorati (anche su territorio se pertinente)? Focus: Prevenzione cadute non standardizzata/monitorata → variabilità, sotto-segnalazione e ripetizione eventi.	**ORG:** • Scale rischio non applicate o non aggiornate • Piani standard non personalizzati • Analisi eventi assente o superficiale **TECH:** • Registrazioni a posteriori • Indicatori non disponibili/inaffidabili • Nessun collegamento evento→azione **REL:** • Normalizzazione ("capita") • Pressioni su carichi assistenziali • Comunicazioni informali	Esiste controllo sui reparti, sul territorio. Attivata formazione specifica	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
16	**Lesioni da pressione – Prevenzione, monitoraggio, audit (inclusi dispositivi) e responsabilità**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Lesioni da pressione[4]: prevenzione, monitoraggio e audit (inclusi dispositivi) sono tracciati e con responsabilità chiare? **Focus**: Presidi e monitoraggi LdP non tracciati → trend non rilevati, audit inefficaci e repeat finding.	**ORG:** • Carichi assistenziali elevati; ruoli confusi • Rivalutazioni non fatte • Audit sporadici; azioni non chiuse **TECH:** • Campi/scale non obbligatori in cartella ▪ Dati non confrontabili tra reparti • Assenza di alert o report **REL:** • Pressioni a "chiudere" cartelle • Minimizzazione	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

[4] Le lesioni da pressione (LdP), dette anche ulcere o piaghe da decubito, sono danni a pelle e tessuti sottostanti causati da pressione prolungata, spesso combinata con frizione e forze di taglio, specialmente su prominenze ossee come sacro, talloni, trocanteri, gomiti, scapole, a causa di una ridotta circolazione sanguigna e nutrimento. Colpiscono soprattutto persone allettate, anziane o fragili, e si classificano in stadi in base alla profondità del danno (da arrossamento a perdita tissutale completa). La prevenzione è fondamentale e si basa su igiene, idratazione, mobilizzazione e utilizzo di superfici adeguate.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				evento • Conflitti tra équipe						
17	**Contenzione – Regole, autorizzazioni, rivalutazioni, revisione casi, alternative documentate**	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Contenzione: esistono regole, autorizzazioni, rivalutazioni e revisione casi, con tracciabilità e alternative assistenziali documentate? **Focus:** Contenzione gestita senza tracciabilità/controllo → rischio clinico, etico e reputazionale; contenzioso.	**ORG:** • Rivalutazioni non effettuate • Documentazione incompleta • Mancano review periodiche e azioni di miglioramento **TECH:** • Campi non obbligatori; dati non estraibili • Nessun registro/casistica consolidata • Tracciabilità tempi assente **REL:** • Pressioni per "sicurezza" immediata • Conflitti con familiari • Cultura tollerante verso deroghe	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
18	**Risultati critici – Comunicazione 'closed loop' (lab/radiologia), presa in carico e tracciabilità**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Risultati critici (lab/radiologia): esiste procedura 'closed loop' di comunicazione, presa in carico e tracciabilità? **Focus:** Mancanza di comunicazione chiusa e tracciata dei risultati critici → ritardi diagnostici e mancata presa in carico.	**ORG:** • Responsabilità non chiare; canali informali • Nessuna escalation su mancata presa in carico • Audit su tempi assenti **TECH:** • Alert non configurati • Log comunicazione assenti • Sistemi non integrati (LIS/RIS/cartella) **REL:** • Rimbalzo responsabilità tra servizi • Conflitti su priorità • Comunicazioni "a voce"	Comunicazione chiara e collaborativa	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio
19	**Diagnostica – Errori/discrepanze (radiologia, diagnosi**	**Esito:** X Si ☐ Parziale	**Quesito:** Errori diagnostici/discrepanze: esistono audit mirati (discrepancy radiologica, diagnosi tardive) e azioni	**ORG:** • Audit non pianificati; review ad personam • Nessuna analisi cause ricorrenti • Azioni correttive non	Gap principali: Non esiste procedura specifica per diagnostica	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Procedura specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
	tardive) e audit + azioni correttive	☐ No ☐ N.A.	correttive tracciate? **Focus:** Discrepanze/ritardi diagnostici non sottoposti ad audit → cause ricorrenti non identificate e azioni non tracciate.	assegnate **TECH:** • Dati non correlabili tra referti e outcome • Assenza registri discrepanze • Tracciabilità revisioni mancante **REL:** • Timore medico-legale → scarsa emersione • Pressioni su volumi/tempi • Conflitti tra professionisti							
20	**Handover – Trasferimenti /consulenze/p assaggi tra reparti e setting (standard,**	**Esito:** X Si ☐ Parziale	**Quesito:** Handover/trasferimenti: esistono standard minimi (es. SBAR[5] o equivalenti), checklist e controlli sui passaggi critici?	**ORG:** • Consegne "a voce"; standard assenti • Documenti non uniformi tra UU.OO.	Esiste una procedura	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

[5] SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) è un metodo strutturato per comunicare in modo rapido ed efficace informazioni critiche in ambito sanitario, soprattutto in emergenza, creando un linguaggio comune tra professionisti per migliorare la sicurezza del paziente.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
	checklist, controlli)	☐ No ☐ N.A.	**Focus:** Handover non standardizzato → perdita di informazioni critiche e discontinuità assistenziale.	• Nessun audit su qualità handover **TECH:** • Integrazione cartella/territorio scarsa • Documenti non reperibili • Assenza campi obbligatori **REL:** • Scarico responsabilità • Conflitti tra unità • Pressioni sui tempi						
21	**Dimissioni – Criteri, tempi, responsabilità e documentazione (piano terapeutico, follow-up, educazione)**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Dimissione: criteri, tempi, responsabilità e documentazione (piano terapeutico, follow-up, educazione) sono tracciati e misurati? **Focus:** Dimissione non tracciata/standardizzata	**ORG:** • Processo non mappato; owner assente • Educazione/piano non standard • Follow-up non definito o non tracciato	Tracciamento completo attraverso cartelle elettroniche	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			→ eventi post-dimissione e riammissioni; prova documentale insufficiente.	**TECH:** • Nessun tracciamento follow-up • Integrazione con territorio limitata • Dati dispersi tra sistemi/PEC/cartaceo **REL:** • Pressioni su posti letto • Comunicazioni informali • Conflitti tra setting						
22	**Cartella clinica – Standard completezza/ tempestività, audit periodici e gestione non conformità**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Cartella clinica: esistono standard di completezza/tempestività e audit periodici, con azioni su non conformità ricorrenti? **Focus:** Cartella clinica incompleta/tardiva e non	**ORG:** • Registrazioni tardive/incomplete • Controlli assenti; responsabilità ambigue • Non conformità ripetute senza azione	Esiste una procedura specifica Sono stati attivati corsi di formazione	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			auditata → integrità dato insufficiente e rischio non governabile.	**TECH:** • Audit trail debole • Campi non obbligatori • Utenze condivise; integrazioni carenti **REL:** • Cultura "prima faccio poi scrivo" • Pressioni a chiudere rapidamente • Scarsa accountability.						
23	**Sistemi & accessi – Profilazione minima, revisioni periodiche, revoca tempestiva, controlli accessi anomali**	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Quesito: Gestione accessi ai sistemi clinici: profilazione minima, revisione periodica, revoca tempestiva e controllo accessi anomali sono attivi e documentati? Focus: Gestione accessi ai sistemi clinici non	**ORG:** • Onboarding/offboarding manuale ▪ Superuser per comodità • Controlli periodici assenti	Il compito è esperito da un "nucleo operativo di controllo" che effettua anche controllo a campione cartelle	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			governata → accessi impropri e rischi su integrità del dato e responsabilità.	**TECH:** • Log non monitorati • MFA assente dove opportuno • Tracciamento accessi incompleto **REL:** • Tolleranza a scorciatoie • Condivisione credenziali • Pressioni operative						
24	**Reclami & sinistri – Integrazione URP/claim nel risk management (trend, cause, azioni, reporting)**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Reclami/URP e sinistri/claim sono integrati nel risk management (trend, cause ricorrenti, azioni) con reporting e follow-up? **Focus:** Reclami/sinistri non integrati nel risk management → trend e cause ricorrenti non	**ORG:** • Gestione a silos; nessuna analisi cause • Azioni non assegnate/chiuse • Reporting non strutturato **TECH:** • Registri separati; impossibile correlare • Dati non normalizzati • Assenza dashboard su trend e repeat	Piattaforma SIMES/NSIS le cui evidenze vengono trasmesse al ministero	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			tradotti in azioni verificabili.	**REL:** • Pressioni reputazionali •Minimizzazione/gestione informale • Conflitti tra funzioni						
25	**Formazione & cultura – Formazione mirata sicurezza cure + tracciamento partecipazione e verifica efficacia**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Formazione mirata su sicurezza delle cure (incident reporting, farmaci, checklist, ICA, gestione aggressioni): partecipazione tracciata e verifica di efficacia? **Focus:** Formazione non mirata/tracciata e senza verifica efficacia → presidi non operativi e cultura della sicurezza debole.	**ORG:** • Piano formativo non mirato/continuativo • Onboarding non strutturato • Nessuna verifica efficacia post-formazione **TECH:** • LMS/registri formazione assenti • Evidenze disperse •Comunicazioni/aggiornamenti non tracciati **REL:** • Resistenze; clima di colpa •	È stata attivato un percorso di formazione specifico	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				Aggressioni/pressioni non gestite • Bassa partecipazione dei clinici						

Scheda registro rischi corruttivi - Accreditamento

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	**Governance**	**Esito:** ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste un atto interno aggiornato che definisce governance dell'accreditamento (perimetro, ruoli, responsabilità e flussi)? **Focus**: Assetto di governance dell'accreditamento non definito/aggiornato: ruoli e responsabilità ambigui; flussi non tracciati; decisioni discrezionali non motivabili con rischio di rilievi ispettivi .	**ORG:** Ruoli non formalizzati; presidi frammentati. **TECH:** Repository assente; versioning non controllato. **REL:** Cultura reattiva; scarico responsabilità.	[**Evidenze/presidi emersi:** Nessuna. [**Gap principali:** Procedura ruoli e responsabilità da aggiornare	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico; Aggiornamento e revisione della procedura.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
2	**Process owner**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** È nominato un referente/ufficio accreditamento con compiti chiari? **Focus**: Assenza di un process owner effettivo: gestione frammentata, ritardi e "buchi" nel percorso; difficoltà a coordinare evidenze e azioni correttive; rischio di non conformità ripetute.	**ORG:** Referente senza poteri/tempo. **TECH:** Checklist/evidenze non strutturate. **REL:** Resistenze delle UO.	**[Evidenze/presidi emersi:** Durate incarichi rispettate	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.
3	**Mappa requisiti**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste una mappa requisiti-processi-evidenze? **Focus**: Tracciabilità insufficiente tra requisiti, processi e prove: impossibilità di dimostrare conformità in modo coerente; evidenze incomplete o non	**ORG:** Owner non definiti. **TECH:** Nessuna matrice requisiti-evidenze. **REL:** Dipendenza da singole persone.	**[Evidenze/presidi emersi: Nessuna.** **[Gap principali:** Procedure informatizzabili; Procedura ruoli e responsabilità da aggiornare.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio. Implementazione dell'impianto tecnologico; Predisposizione di una procedura per segregazione di funzioni.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			reperibili; rilievi e prescrizioni.							
4	**Perimetro**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il perimetro delle strutture/prestazioni accreditate è coerente con l'operatività? **Focus**: Erogazioni non coerenti con perimetro accreditato (strutture/prestazioni): deroghe informali, anagrafiche non allineate; rischio contestazioni, sospensioni o recuperi.	**ORG:** Attività non formalizzate. **TECH:** Anagrafiche non allineate. **REL:** Tolleranza su deroghe.	**[Evidenze/presidi emersi:** Formalizzazione presente ed anagrafiche strutturali e prestazionali coerenti.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.
5	**Non conformità (CAPA)**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** È strutturata la gestione delle non conformità accreditamento? **Focus**: Non conformità gestite in modo formale ma non sostanziale: azioni correttive/preventive non chiuse o inefficaci;	**ORG:** Azioni senza follow-up. **TECH:** Assenza di piano di azioni correttive e preventive. **REL:** Minimizzazione rilievi.	**[Evidenze/presidi emersi:** **[Gap principali:** Non esiste una procedura per il miglioramento delle azioni correttive.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			ripetizione dei rilievi; rischio di prescrizioni e perdita di credibilità.							
6	**Audit interni**	**Esito:** ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Sono pianificati audit interni periodici? **Focus:** Audit interni assenti o sporadici: criticità non intercettate prima delle verifiche esterne; evidenze non pronte; aumento della probabilità di rilievi e tempi di rientro.	**ORG:** Audit sporadici. **TECH:** Report non strutturati. **REL:** Audit percepiti come punitivi.	[**Evidenze/presidi emersi:** Pianificazione OTA] [**Gap principali:** _____ _____]	☐ L ☐ M ☐ H	[Sintesi motivazione (1–3 righe): _____ _____ _____ _]	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	[Misure principali / azioni / owner / tempi: _____ _____]
7	**Requisiti strutturali**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I requisiti strutturali sono monitorati con evidenze? **Focus**: Requisiti strutturali non presidiati: manutenzioni e certificazioni non governate; scadenze e non conformità strutturali; rischio di	**ORG:** Manutenzioni non pianificate. **TECH:** Certificazioni disperse. **REL:** Gestione emergenziale.	Nessuno	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			sospensioni/limitazioni e rilievi.							
8	**Apparecchiature**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le apparecchiature sono gestite e tracciate? **Focus:** Apparecchiature non pienamente tracciate/manutenute: inventari incompleti, scadenze non monitorate; uso in deroga; rischio di rilievi e impatti sulla sicurezza/continuità.	**ORG:** Inventari incompleti. **TECH:** Scadenze non monitorate. **REL:** Uso in deroga.	[**Evidenze/presidi emersi: Nessuna.** [**Gap principali:** carenza su alert informatico]	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.
9	**Procedure/ PDTA**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** È garantita la gestione documentale ufficiale? **Focus:** Procedure/PDTA non aggiornati o non applicati: scostamento tra "scritto" e "fatto"; inappropriatezza o variabilità non motivata; rilievi su standard e qualità.	**ORG:** Procedure non aggiornate. **TECH:** Assenza sistema di gestione documentale. **REL:** Prassi esistenti.	[**Evidenze/presidi emersi:** _____ _____] [**Gap principali:** _____ _____]	☐ L ☐ M ☐ H	[Sintesi motivazione (1–3 righe): _____ _____ _____ ..]	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	[Misure principali / azioni / owner / tempi: _____ _____]

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
10	**Gestione documentale**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** È garantita la gestione documentale ufficiale? **Focus**: Documentazione non gestita in modo controllato: versioni non ufficiali, archivi personali; accessi non coerenti; difficoltà di prova ispettiva e rischio di uso di documenti obsoleti.	**ORG:** Archivi personali. **TECH:** Permessi eccessivi. **REL:** Resistenze alla centralizzazione.	Nessuna.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.
11	**Personale**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I requisiti sul personale sono soddisfatti? **Focus:** Requisiti di personale non dimostrabili o non soddisfatti: turnover e coperture non governate; fascicoli incompleti; rischio di rilievi su competenze/turnistica e continuità dei servizi.	**ORG:** Turnover non gestito. **TECH:** Fascicoli incompleti. **REL:** Pressioni operative.	Nessuno.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
12	**Formazione**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La formazione richiesta è pianificata e tracciata? **Focus**: Formazione obbligatoria non pianificata/tracciata: competenze non dimostrabili; firme senza apprendimento; rilievi su requisiti e rischio di comportamenti non standardizzati.	**ORG:** Piano non allineato. **TECH:** Sistema didattico inefficace. **REL:** Firma senza apprendimento.	Nessuno.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.
13	**Rischio clinico**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La gestione del rischio clinico è integrata? **Focus**: Rischio clinico non integrato nel percorso accreditamento: segnalazioni scarse e ruoli non chiari; piattaforme assenti; eventi avversi e rilievi su sicurezza del paziente.	**ORG:** Ruoli non chiari. **TECH:** Piattaforme assenti. **REL:** Paura di segnalare.	Nessuno.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
14	**Reclami/ URP**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** È garantita la continuità dei servizi accreditati? **Focus:** Reclami e feedback utenti non utilizzati per il miglioramento: azioni non tracciate, registri non unificati; ripetizione dei disservizi; rischio reputazionale e contenzioso.	**ORG:** Azioni non tracciate. **TECH:** Registri non unificati. **REL:** Difese corporative.	[**Evidenze/presidi emersi:** Tracciamento e report	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.
15	**Continuità servizi**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** È garantita la continuità dei servizi accreditati? **Focus:** Continuità dei servizi non garantita: assenza piani di sostituzione, carenze non segnalate; pressioni a non interrompere; rischio erogazioni "a rischio" e rilievi.	**ORG:** Piani sostituzione assenti. **TECH:** Nessun alert carenze. **REL:** Pressioni a non fermare.	[**Evidenze/presidi emersi:** L'intervistato riferisce l'esistenza di un piano di sostituzione.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
16	**Controllo processi**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I processi chiave sono dimostrabili e controllati? **Focus:** Processi chiave non standardizzati/controllati : evidenze incomplete, campi aggirabili; tolleranza su incompletezze; rischio di non conformità di processo e scostamenti non motivati.	**ORG:** Processi non standard. **TECH:** Campi obbligatori aggirabili. **REL:** Tolleranza incompletezze.	**[Evidenze/presidi emersi:** _____ _____] **[Gap principali:** Gestione informatizzata assente]	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.
17	**Fornitori**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Outsourcing/fornitori sono controllati? **Focus:** Controllo debole su fornitori/outsourcing: requisiti accreditamento dipendenti da terzi non presidiati; KPI non monitorati; rischio di non conformità indirette e disservizi.	**ORG:** Controlli deboli. **TECH:** KPI non monitorati. **REL:** Relazioni consolidate.	**[Evidenze/presidi emersi:** L'intervistato riferisce l'esistenza di controlli.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
18	**Farmaci/dispositivi**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Farmaci/dispositivi sono gestiti correttamente? **Focus**: Farmaci/dispositivi gestiti con tracciabilità insufficiente: registri incompleti e monitoraggi inaffidabili; eccezioni tollerate; rischio di rilievi e impatti su sicurezza/appropriatezza.	**ORG:** Registri incompleti. **TECH:** Monitoraggi inaffidabili. **REL:** Eccezioni tollerate.	[**Evidenze/presidi emersi:** L'intervistato riferisce l'esistenza di controlli.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.
19	**Antincendio/ SPP**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** SPP e antincendio sono coerenti con accreditamento? **Focus**: Presidi SPP/antincendio non pienamente coerenti con requisiti; prove non eseguite e scadenze non monitorate; bassa percezione del rischio; rilievi e possibili limitazioni.	**ORG:** Prove non eseguite. **TECH:** Scadenze non monitorate. **REL:** Bassa percezione rischio.	Nessuna.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
20	**Evidenze ispettive**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le evidenze sul percorso di accreditamento sono reali ? **Focus**: Evidenze non affidabili o "di facciata": firme postume, assenza di log; cultura dell'apparenza; rischio di rilievi gravi, responsabilità disciplinari e perdita di fiducia.	**ORG:** Firme postume. **TECH:** Assenza log. **REL:** Cultura dell'apparenza.	Nessuna.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.
21	**Pre-audit**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** È gestito un pre-audit prima delle visite? **Focus**: Assenza di pre-audit strutturato: preparazione last minute, checklist non standard; gestione ansiosa;	**ORG:** Preparazione last minute. **TECH:** Checklist non standard. **REL:** Gestione ansiosa.	Nessuno.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			aumento rischio di rilievi e tempi di adeguamento.							
22	**Comunicazioni ente**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** È tracciata la comunicazione con l'ente accreditante? **Focus:** Comunicazioni con l'ente accreditante non tracciate/organizzate: responsabilità dispersa, PEC non gestite; scadenze mancate e buchi documentali; esiti negativi.	**ORG:** Responsabilità dispersa. **TECH:** PEC non organizzate. **REL:** Gestione personalistica.	Nessuno.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.
23	**Dichiarato vs reale**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esistono controlli tra dichiarato e reale? **Focus:** Assenza di riscontri sul campo tra dichiarato e reale: controlli solo documentali e indicatori assenti; resistenze	**ORG:** Controlli solo documentali. **TECH:** Indicatori assenti. **REL:** Resistenze all'osservazione.	**Evidenze/presidi emersi:** L'intervistato riferisce che esistono riscontri tra dichiarato e verificato	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			all'osservazione; rischio di scostamenti critici e rilievi.							
24	**Cruscotto**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste un cruscotto direzionale accreditamento? **Focus**: Mancanza di cruscotto direzionale: governo senza indicatori su qualità/efficienza/appropriatezza; impossibilità di prioritizzare azioni; rischio di criticità non gestite e rilievi.	**ORG:** Reporting non richiesto. **TECH:** Assenza evidenze di standard di qualità, efficienza e appropriatezza delle prestazioni. **REL:** Timore reputazionale.	**[Evidenze/presidi emersi:** L'intervistato riferisce che esiste un rapporto di interscambio tra ASP - Regione]	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
25	**Riesame Direzione**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il riesame di Direzione è svolto e verbalizzato? **Focus**: Riesame di Direzione non svolto/verbalizzato: decisioni strategiche e miglioramento non tracciati; verbali dispersi; approccio difensivo.	**ORG:** Riesami non strutturati. **TECH:** Verbali dispersi. **REL:** Approccio difensivo.	Nessuno.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio.

Scheda registro rischi corruttivi - UOC Sistemi Informatici (ICT)

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	**Governance ICT**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Esiste una governance ICT formalizzata (ruoli, responsabilità, deleghe, RACI) su infrastruttura, applicativi sanitari/amministrativi, cybersecurity e privacy? **Focus**: Vuole capire se "chi decide" e "chi mette mano" è chiaro e separato: se no, le eccezioni diventano la regola.	**ORG:** • RACI assente/obsoleto • Delega "di fatto" a singoli tecnici • Segregazione ruoli (sviluppo/esercizio/ sicurezza) debole • Controlli direzionali solo reattivi **TECH:** • Delega "di fatto" trazioni non mappati per ruolo • Assenza di (sviluppo/esercizio/ inventory dei privilegi • Log di amministrazion e non	Per originaria carenza di organico, l'azienda ha avuto necessità di esternalizzare una serie di servizi informatici. Le azioni sono presidiate e controllate	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				Basso centralizzato **REL:** • Pressioni per "sbloccare subito" bypassando regole • Dipendenza da singole persone/fornitori • Cultura "IT = servizio, non controllo"						
2	**Perimetro e asset**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	È mantenuto un inventario unico e aggiornato di asset (server, endpoint, apparati rete, applicativi, basi dati, integrazioni, account tecnici)? **Focus:** Senza inventario, non esistono patching, controllo accessi e	**ORG:** • Ownership asset non definita (IT vs UO vs fornitore) • Aggiornamento inventory non obbligatorio • Nessun controllo periodico di completezza	Esistono applicativi ZABICX e GLP Tutti i device aziendali sono stati censiti	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			continuità: il rischio è "buco nero" integrazioni, account tecnici)? tecnologico.	TECH: • CMDB assente o incompleta • Discovery automatica non attiva/inefficace • Nessun controllo • Asset "shadow" (PC non domain, Basso Wi-Fi non censiti) REL: • Fornitori che gestiscono pezzi senza trasparenza • UO che acquistano/attivano strumenti autonomament • Resistenze a "censire tutto"						

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
3	**Gestione accessi**	**Esito:** ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	Il ciclo di vita degli account (creazione, modifica, revoca) è governato da workflow tracciato e collegato a HR (assunzioni, cessazioni, trasferimenti)? Focus: Domanda su accessi (creazione, modifica, revoca) è "orfani": se l'uscita di una persona non spegne i permessi, il rischio è altissimo.	**ORG:** • Processo joiner/mover/leaver non formalizzato • Revoche non tempestive o "a richiesta" • Mancanza di doppio controllo su abilitazioni. **TECH:** • IAM assente / joiner/mover/leaver provisioning manuale • Account locali non sincronizzati con directory doppio controllo su • Nessun report su account **REL:** • Pressioni per mantenere accessi "per sicurezza"	Il ciclo di vita degli account è presidiato attraverso il sw Tenant di Microsoft. L'intervistato riferisce che il processo è presidiato e che i controlli agli accessi e indirizzi mail vengono verificati periodicamente	☐ L X M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Azioni di miglioramento

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Account condivisi tra turnisti/uffici • Favori interni (abilitazioni "extra")						
4	**Privileged Access**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Gli account privilegiati (admin, root, DBA, service account) sono nominativi, tracciati, minimizzati e soggetti a revisione periodica? **Focus:** Qui si misura la possibilità reale di manomissione: admin "larghi" = aggiramento certo dei soggetti a revisione periodica? controlli.	**ORG:** • Nessun owner dei privilegi • Eccezioni non approvate formalmente • Segregazione compiti (chi richiede vs chi concede) debole. **TECH:** • Nessun owner dei • PAM assente / password vault non usato • MFA non attiva su accessi privilegiati • Session	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				recording/log non disponibili **REL:** • Fornitori che pretendono "admin fisso" • Dipendenza da "super-tecnici" interni • Pressioni per bypassare MFA in urgenza						
5	**Segregazione ambienti**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Esiste separazione sviluppo/test/produzione e regole rigorose di rilascio sugli applicativi (anche sanitari: CUP, ADT, LIS, RIS/PACS, cartella clinica, ecc.)? **Focus:** Se si sviluppa "in produzione" o si rilascia senza controlli, l'integrità del dato sanitario/amministrativo è vulnerabile.	**ORG:** • CAB/Cambio non obbligatorio • Accessi sviluppo in produzione concessi "stabili" • UAT e approvazione funzionale assenti o formali **TECH:** • CAB/Cambio non • Pipeline	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				CI/CD assente; • Accessi sviluppo deploy manuali • Nessun versioning dei rilasci • Log di change funzionale assenti o non correlati a ticket/approvazione **REL:** • Pressioni delle UO "serve oggi" • Fornitori che rilasciano fuori finestra • Accordi informali per saltare test						
6	Change **management**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Ogni modifica su infrastruttura/applicativi (config, regole firewall, DB, integrazioni) passa da ticket + approvazione + rollback plan?	**ORG:** • Ticketing bypassabile (WhatsApp/telefonate) • Approvatore	Gap principali: Esistenza di prassi consolidata	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Predisposizione di procedura specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			Focus: Vuole evitare cambi "a mano" non tracciati, che rendono impossibile integrazioni) passa da ticket + attribuire responsabilità e approvazione + rollback plan? ricostruire eventi.	coincidente con esecutore • Nessun controllo su cambi urgenti ricorrenti **TECH:** • Assenza di configurazione-(WhatsApp/telefonas-code/versioning • Log cambi su apparati non centralizzati • Nessun controllo • Nessun repository per script/config **REL:** • Pressioni "urgenza clinica" usata come leva • Fornitori che operano senza						

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				presidio ASP						
7	**Vulnerability mgmt**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	È attivo un processo di vulnerability management (scansioni, priorità, remediation, eccezioni motivate e tracciate)? **Focus:** Se non si misura il debito tecnico, la sicurezza è "a sensazione" e diventa aggirabile.	**ORG:** • Responsabilità remediation non assegnate • Eccezioni senza scadenza/revisione • Nessun reporting a Direzione su backlog critico **TECH:** • Scanner non copre tutto (segmenti/asset) • Patch baseline scadenza/revisione non definita. **REL:** • Fornitori che non patchano (contratti deboli) • Resistenze UO per "non fermare sistemi"	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Pressioni a rinviare sempre le remediation						
8	**Patching**	**Esito:** ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	Esiste un calendario di patching (OS, DB, applicativi, apparati) con finestre, test minimi e gestione delle eccezioni? **Focus:** Domanda molto concreta: patching (OS, DB, applicativi, patch "a richiesta" = rischio strutturale (cyber e integrità).	**ORG:** • Piano patch non approvato/finanziato • Eccezioni senza motivazione "difendibile" • Nessun controllo su patch mancate ripetute **TECH:** • Tool patch mgmt assente/inefficace • Apparati medicali/legacy fuori controllo • Nessuna evidenza automatica stato patch **REL:**	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Audit Formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Fornitori che vincolano patch a loro intervento • Pressioni cliniche a evitare downtime • Conflitti tra sicurezza e continuità operativa						
9	**Logging e SIEM**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	I log (sistemi, applicativi, rete, sicurezza) sono centralizzati, integri e revisionati (alert + follow-up)? Focus: I log (sistemi, applicativi, rete, Senza log affidabili non si scoprono abusi, manomissioni e accessi indebiti: è una "zona franca".	**ORG:** • Responsabile revisione log non nominato • Follow-up alert non tracciato (solo verbale) • Policy retention non definita/rispettata **TECH:** • SIEM/central log assente o parziale • Log modificabili o non time-	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				synced (NTP) • Mancanza di use-case su Basso sistemi sanitari critici **REL:** • Pressioni a "spegnere alert" per rumore • Fornitori che non danno accesso ai log • Cultura "se funziona, non toccare"						
10	**Integrità dati**	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	Esistono controlli su integrità e coerenza dei dati (audit trail applicativi, anomalie su cancellazioni/modifiche, accessi massivi)? **Focus**: Mira a scoprire e coerenza dei dati (audit	**ORG:** • Nessun presidio su audit trail applicativi • Mancata definizione "eventi critici" da monitorare • Escalation su	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			trail manipolazioni su dati sensibili (liste d'attesa, referti, prestazioni, anagrafiche, contabilità).	anomalie non definita **TECH:** • Audit trail non attivo o non esportabile • Alert su definizione "eventi operazioni massive assenti • Mancanza di DLP/controlli su export massivi **REL:** • Richieste di "correzione dati" fuori processo • Pressioni per modifiche retroattive • Rischio collusione IT–utente "potente"						

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
11	**Gestione incidenti**	Esito: ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	Esiste un processo di incident management (classificazione, tempi, RCA, evidenze, lessons learned) anche per incidenti cyber? **Focus**: Esiste un processo di incident Non "si risolve e basta": si registra, si prova, si tempi, RCA, evidenze, lessons migliora. Senza, gli incidenti si ripetono e non sono auditabili.	**ORG:** • Ruoli IR non definiti (on-call, escalation) • Incidenti chiusi senza RCA • Comunicazioni non governate (chi avvisa chi) **TECH:** • Ticket IR separati dai log/monitoring • Nessun repository evidenze non governate (chi (forense) • Assenza di Basso playbook (ransomware, phishing, outage) **REL:** • Pressioni a "non	L'intervistato riferisce che non esiste un sistema di controllo formalizzato ma si opera secondo prassi consolidate	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Predisposizione procedura specifica Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				formalizzare" incidenti • Timore reputazionale → sotto-segnalazione • Dipendenza da vendor per risposta incidenti						
12	**Backup**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	I backup sono completi, protetti (immutabilità/segregazione), e testati con restore periodici su sistemi critici? **Focus**: Domanda anti-ransomware: backup non testati = non (immutabilità/segregazione), e esistono, testati con restore periodici su	**ORG:** • Piano backup non aggiornato (RPO/RTO ignoti) • Responsabilità test restore non assegnata • Eccezioni (sistemi esclusi) non motivate **TECH:** • Piano backup non • Backup accessibili con credenziali "normali" • Nessuna	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				immutabilità / • Eccezioni (sistemi air-gap • Test restore non Basso documentati / fallimenti non gestiti **REL:** • Fornitori che gestiscono backup senza trasparenza • Pressioni a non fare test per "non fermare" • Cultura "il backup c'è" senza verifica					
13	**Continuità operativa**	Esito: ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	Esiste un piano di Business Continuity/DR ICT con scenari realistici e prove (simulazioni) su servizi sanitari essenziali?	**ORG:** • DR "sulla carta" non esercitato • Ruoli e priorità servizi non concordati con Direzioni	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			Focus: Misura la capacità di reggere blackout/cyber: se non è provato, è teorico.	• Mancanza di checklist di ripartenza **TECH:** • Second site non adeguato / non testato • Dipendenze (DNS, AD, storage) non considerate • Nessun runbook per Basso ripristino applicativi clinici **REL:** • Pressioni a evitare test (timore impatti) • Fornitori che non garantiscono DR contrattualmente • Conflitti su					

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				priorità tra UO						
14	**Rete e segmentazione**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	La rete è segmentata (clinico/amministrativo/guest/ medical devices) e le regole firewall sono governate e revisionate periodicamente? **Focus:** Senza segmentazione, un (clinico/amministrativo/guest/ incidente "si propaga": è un moltiplicatore di rischio.	**ORG:** • Proprietà delle regole firewall non chiara • Eccezioni permanenti senza revisione • Nessun audit periodico su regole "any-any" **TECH:** • VLAN/ACL regole firewall non non coerenti con perimetro reale • Regole non versionate né correlate a periodico su regole ticket • Assenza di Basso NAC / controllo accesso	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				dispositivi **REL:** • Pressioni UO per collegare dispositivi "subito" • Vendor medicali che chiedono aperture ampie • Shadow Wi-Fi / hotspot non autorizzati						
15	**Endpoint e EDR**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Gli endpoint (PC, notebook, server) sono gestiti con baseline (hardening) e strumenti di protezione/EDR con alert e risposta? Focus: Domanda concreta: se gli endpoint non sono governati, phishing/ransomware entrano "in scioltezza".	**ORG:** • Standard configurazione non obbligatorio • Eccezioni su antivirus/EDR non approvate • Inventario endpoint non completo (shadow IT) **TECH:**	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• EDR non configurazione non copre server/medical devices antivirus/EDR non • Alert non presidiati H24 o con SLA • Mancanza di controllo su privilegi locali Basso utenti **REL:** • Utenti che disattivano protezioni "per lavorare" • Fornitori che richiedono privilegi locali • Cultura bassa su phishing e allegati					

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
16	**Email e phishing**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Esiste una gestione strutturata di email security (SPF/DKIM/DMARC, sandbox, awareness, simulazioni) e trattamento eventi phishing? **Focus**: Esiste una gestione strutturata Domanda ad alto impatto: phishing è il vettore principale. Si valuta maturità reale, non "antispam installato".	**ORG:** • Processo segnalazione phishing non noto • Nessuna campagna awareness periodica • Incidenti phishing non registrati/analizzati **TECH:** • DMARC non in enforcement • Sandbox/URL rewriting assenti • Quarantena e log non • Incidenti phishing consultati/revisionati **REL:** • Pressioni utenti a "sbloccare email" • Fornitori che	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Audit Azione di miglioramento

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				inviano allegati non sicuri • Abitudine a condividere credenziali via mail						
17	**Accesso remoto**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	L'accesso remoto (VPN, RDP, teleassistenza) è controllato (MFA, whitelist, time-bound, log, approval) soprattutto per fornitori? **Focus:** L'accesso remoto (VPN, RDP, Qui si annidano i "tunnel" permanenti: se non governati, l'ASP è esposta. log, approval) soprattutto per	**ORG:** • Accessi remoti concessi senza scadenza • Mancanza di approvazione del responsabile applicativo • Nessun controllo periodico su sessioni e account vendor **TECH:** • MFA non attiva su VPN/remote admin • Session recording assente • Nessun controllo	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• VPN condivise tra tecnici vendor REL: • Vendor che "pretendono sempre acceso" • Pressioni per interventi urgenti fuori orario • Dipendenza da pochi fornitori critici						
18	**Fornitori ICT**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	I contratti ICT prevedono SLA, sicurezza (log, patch, accessi, incidenti), penali e obblighi di audit/trasparenza operativa? **Focus**: Domanda su "governo del fornitore": se il contratto non	**ORG:** • Ruolo contract owner non chiaro • Verifica SLA non svolta/solo a reclamo • Mancanza di checklist sicurezza in affidamento/rinnovo	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			prevede presidi, il rischio è strutturale.	TECH: • KPI tecnici non misurati • Verifica SLA non (uptime, patch, log) • Nessun accesso ai report del vendor affidamento/rinnov • Dipendenze non Basso documentate (API, integrazioni) REL: • Relazioni "storiche" con vendor → tolleranza anomalie • Rischio collusione su varianti/extra attività • Pressioni per rinnovi senza						

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				gara/valutazione						
19	**Acquisti e licenze**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	La gestione di acquisti ICT e licenze (richiesta, valutazione tecnica, compatibilità, sicurezza, inventario) è tracciata e controllata? Focus: Intercetta sprechi, acquisti licenze (richiesta, valutazione "spinti", software non autorizzato, licenze gonfiate o scadute.	**ORG:** • Richieste fuori canale (telefonate/email) • Valutazione tecnica non obbligatoria • Inventory licenze non aggiornato **TECH:** • Tool SAM (software asset mgmt) assente • Nessun controllo su installazioni • Inventory licenze non autorizzate • Report Basso scadenze licenze non disponibile **REL:** • Pressioni commerciali/ve	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				nditori "amici" • Sponsorizzazioni/omaggi non gestiti correttamente • UO che "impongono" soluzioni specifiche						
20	**Ticketing e priorità**	**Esito**: ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	Il service desk usa ticket obbligatori, priorità motivate e controlli su chi "salta la fila" (urgenze ripetute, richieste fuori canale)? **Focus**: Domanda su favoritismi operativi: canali informali = e controlli su chi "salta la fila" aggiramento tracciabilità e priorità pilotate.	**ORG:** • Richieste gestite fuori ticket (WhatsApp/telefonate) • Priorità assegnate senza criteri • Nessun controllo su "clienti privilegiati" **TECH:** • Ticketing non integra (WhatsApp/telefon asset/log/changes • Priorità assegnate	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Report su backlog e SLA • Nessun controllo assenti • Nessun audit su modifiche **REL:** • Pressioni da direzioni/UO per bypassare processi • Relazioni personali che alterano priorità • Cultura "chiamo il tecnico e risolvo"						
21	**Integrazioni e flussi**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Le integrazioni tra sistemi (HL7/API/ETL, SIO, contabilità, CUP, ADT, LIS, ecc.) sono documentate, monitorate e con gestione errori/anomalie?	**ORG:** • Owner del flusso dati non definito • Errori gestiti "a voce" senza registro • Nessun controllo periodico su riconciliazioni	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Audit Azione di miglioramento

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			Focus: Qui si valuta il rischio "silenzioso": dati che non passano o passano alterati senza accorgersene.	TECH: • Owner del flusso • Monitoring code/queue assente voce" senza registro • Alert su • Nessun controllo fallimenti integrazione non attivi Basso • Log applicativi non consultabili o non conservati REL: • Fornitori che "si scaricano" le responsabilità • Pressioni a non aprire incidenti ufficiali • Conflitti tra UO su "chi deve sistemare"					

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
22	**Gestione configurazioni**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Le configurazioni critiche (firewall, AD, DB, applicativi) sono versionate e protette; è possibile ricostruire chi ha cambiato cosa e quando? **Focus**: Domanda su accountability: (firewall, AD, DB, applicativi) se non si ricostruisce, si può manomettere senza lasciare traccia.	**ORG:** • Policy "no change without record" non applicata • Revisione periodica configurazioni assente • Accessi di scrittura troppo diffusi **TECH:** • Policy "no change • Config backup/version control assente • Log amministrativi non centralizzati • Mancanza di controllo integrità Basso (hash/signature)	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				REL: • Pressioni a "fare patch rapide" senza traccia • Vendor che operano senza presidio interno • Dipendenza da singoli tecnici "insostituibili"						
23	**Gestione eccezioni**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Le eccezioni a regole ICT/sicurezza (aperture porte, account speciali, bypass MFA, whitelist) sono autorizzate, motivate, a tempo e revisionate? **Focus:** Se le eccezioni non scadono ICT/sicurezza (aperture porte, mai, diventano buchi account speciali, bypass MFA, permanenti.	**ORG:** • Nessun registro eccezioni • Approvazioni "orali" o via chat • Scadenze non gestite/nessuna revisione **TECH:** • Technical controls per scadenza automatica assenti • Whitelist non inventariate Basso	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Assenza di alert su eccezioni in essere oltre soglia **REL:** • Pressioni da UO "non possiamo fermarci" • Vendor che spingono per bypass permanenti • Cultura "poi la sistemiamo"					
24	**Reporting direzionale**	Esito: ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	La UOC ICT produce un report periodico a Direzione (SLA, incidenti, vulnerabilità critiche, backlog patch, rischi, progetti) e lo usa per decisioni? Focus: Senza reporting, l'ICT non governa: reagisce. Qui si valuta maturità e criticità,	**ORG:** • Nessuna periodicità/format standard • KPI non definiti o non usati • Azioni correttive non assegnate/monitorate **TECH:** • Dati non affidabili (fonti	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			backlog patch, rischi, trasparenza interna.	multiple) • KPI non definiti o riconciliate) • Dashboard • Azioni correttive assente o manuale (Excel assegnate/monitora ad hoc) • Nessun Basso tracciamento trend (peggiora/migliora) **REL:** • Pressioni a "non far emergere" criticità • Conflitti tra esigenze cliniche e sicurezza • Vendor che condizionano la reportistica						
25	**Gestione anomalie**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Le anomalie (alert sicurezza, log, disservizi ricorrenti, accessi anomali, fallimenti backup) generano ticket, azioni e verifiche di chiusura "a prova di	**ORG:** • Nessun owner per chiusura anomalie • Chiusure "per stanchezza" senza verifica	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			audit"? Focus: Chiusura end-to-end: senza follow-up tracciato, anche il miglior sistema resta aggirabile e non "dimostrabile".	• Escalation su ripetitività non definita **TECH:** • Correlazione alert→ticket assente • Nessuna evidenza automatica di remediation (prima/dopo) • Log e ticket Basso non sincronizzati temporalmente **REL:** • Pressioni a chiudere per KPI • Resistenze UO a interventi correttivi.						

Scheda registro rischi corruttivi - ALPI

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	**Atto interno, ruoli e flussi ALPI**	**Esito**: ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito**: Esiste un atto interno aggiornato che definisce perimetro ALPI, ruoli, responsabilità e flussi autorizzativi? **Focus**: Perimetro ALPI, ruoli e flussi autorizzativi non definiti/aggiornati → autorizzazioni e controlli disomogenei, eccezioni non tracciate e decisioni non auditabili.	**ORG**: Ruoli/deleghe non formalizzate; regole non aggiornate; controlli senza owner. **TECH**: Documenti sparsi (email/cartelle locali); assenza versioning/repository; moduli non standard. **REL**: Pressioni per eccezioni; accordi informali tra UO/CUP; cultura "si è sempre fatto così".	Organizzazione documentale digitale Carenza di personale No segregazione di funzioni **Gap principali:** scarsa cultura e autonomia organizzativa in ufficio; Prassi gestionale interna (informatizzata) non condivisa con ambito ITC	☐ L X M ☐ H	Processo scarsamente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione fattore tecnologico Formalizzazione della segregazione delle funzioni Formazione specifica Audit per revisione e miglioramento entro tre mesi

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
2	**Process owner / ufficio ALPI**	**Esito**: ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito**: È nominato un referente/ufficio ALPI con compiti chiari (coordinamento, controlli minimi, reporting)? **Focus**: Assenza di un process owner ALPI con mandato operativo → controlli minimi e reporting non eseguiti, anomalie non intercettate e responsabilità diffuse.	**ORG**: Referente senza poteri/tempo; compiti non definiti; controlli non assegnati. **TECH**: Assenza strumenti per report/KPI; estrazioni dati difficili; integrazioni mancanti. **REL**: Resistenze interne (UO/CUP/contabilità); conflitti tra strutture; scarsa collaborazione.	**Gap principali** Scarsa cultura e autonomia organizzativa in ufficio; Prassi gestionale interna (informatizzata) non condivisa con ambito ITC	☐ L X M ☐ H	Processo scarsamente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione fattore tecnologico Formalizzazione della segregazione delle funzioni Formazione specifica Audit per revisione e miglioramento entro tre mesi

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
3	**Comunicazione e aggiornamento regole ALPI**	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito**: Le regole operative ALPI sono comunicate e aggiornate (circolari/istruzioni) a CUP, UO cliniche e amministrazione? **Focus**: Regole operative non comunicate/aggiornate in modo uniforme → prassi locali difformi, eccezioni tollerate e rischi di non conformità/contestazioni.	**ORG**: Formazione assente; turnover sportelli; prassi locali difformi. **TECH**: Procedure non reperibili (intranet caotica); assenza manuali operativi; canali informali. **REL**: Comunicazioni solo verbali; cultura permissiva su eccezioni; "favori" normalizzati.	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo scarsamente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione fattore tecnologico Formazione specifica Audit per revisione e miglioramento entro tre mesi

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
4	**Abilitazione professionisti e requisiti**	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito**: L'abilitazione dei professionisti all'ALPI è formalizzata e subordinata a requisiti verificati (incluse incompatibilità)? **Focus**: ALPI "di fatto" (abilitazioni non formalizzate o non aggiornate) → prestazioni non autorizzate e incompatibilità non gestite, con rischio disciplinare e reputazionale.	**ORG**: Verifiche requisiti non tracciate; fascicoli incompleti; autorizzazioni non aggiornate. **TECH**: Assenza workflow autorizzativo; elenco abilitati non aggiornato; controlli manuali fragili. **REL**: Pressioni dei professionisti; eccezioni ad personam; favoritismi percepiti.	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
5	**Conflitti di interesse e incompatibilità**	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito**: Sono raccolte dichiarazioni periodiche su conflitti/incompatibilità e gestiti i casi (esiti, misure, esclusioni)? **Focus**: Conflitti/incompatibilità non dichiarati o non gestiti → decisioni condizionate e trattamenti di favore; rischio reputazionale/disciplinare.	**ORG:** Dichiarazioni una tantum; assenza verifiche; nessuna gestione formale dei casi. **TECH:** Registro conflitti non strutturato; nessun alert scadenze; archivi non indicizzabili. **REL:** Relazioni con privato/utenza influente; pressioni esterne; timore di "toccare" apicali.	Esistenza di un organismo paritetico aziendale	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
6	**Programmazione spazi/slot ALPI vs istituzionale**	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito**: Spazi e slot ALPI sono programmati con criteri tracciati e con priorità dell'attività istituzionale? **Focus**: Slot/spazi ALPI programmati senza criteri tracciati e senza priorità dell'istituzionale → drenaggio di capacità e distorsioni dell'accesso.	**ORG**: Carenza personale/ambulatori; criteri non formalizzati; pianificazione non coordinata. **TECH**: Agenda non integrata; gestione manuale slot; assenza report utilizzo spazi. **REL**: Pressioni UO per più slot; accordi informali CUP-reparto; conflitti tra strutture.	La programmazione è affidata ai Direttori Sanitari di presidio e di distretto	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
7	Tetti e monitoraggio volumi ALPI	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Esistono limiti/tetti (orari/volumi) per professionista o UO e si monitorano sforamenti? **Focus**: Assenza di limiti/tetti e monitoraggio sforamenti → eccessi di ALPI per singoli/UO, iniquità e impatto sull'istituzionale.	**ORG**: Tetti non definiti; incentivi sbilanciati; monitoraggi non assegnati. **TECH**: Dati volumi non disponibili; impossibile calcolare sforamenti; estrazioni non standard. **REL**: Competizione tra UO; pressioni individuali; percezione di disparità.	Verifiche incrociate Tetti definiti Gap principali: impossibile calcolare sforamenti	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione del fattore tecnologico Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
8	**Separazione canali prenotazione ALPI**	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito**: Le prenotazioni ALPI avvengono su canali formalizzati e separati dall'istituzionale, senza scorciatoie? **Focus**: Prenotazioni fuori canale o "miste" con l'istituzionale → opacità, favoritismi e perdita di tracciabilità dei percorsi di accesso.	**ORG**: Eccezioni tollerate; front office non istruito; procedure non rispettate. **TECH**: Sistema consente prenotazioni miste; profili non profilati; controlli blandi su sforamento limiti. **REL**: Contatti diretti medico-paziente; favoritismi allo sportello; pressioni da utenza.	Competenza CUP	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
9	**Audit trail prenotazioni e modifiche**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Ogni prenotazione ALPI è tracciata (operatore, data/ora, canale) e sono tracciate anche le modifiche/cancellazioni? **Focus:** Modifiche/cancellazioni non tracciate → manipolazioni dell'agenda per favorire, con responsabilità non ricostruibile e controlli inefficaci.	**ORG:** Nessun presidio su modifiche; nessuna revisione periodica; controlli a campione assenti. **TECH:** Log non attivi; permessi eccessivi; profili condivisi; assenza audit trail. **REL:** Collusioni operatore-professionista; "aggiustamenti" per favorire; pressioni interne.	Competenza CUP	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
10	**Migrazioni improprie istituzionale → ALPI**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Esistono regole e controlli per impedire migrazioni improprie da istituzionale ad ALPI per "accorciare" l'attesa? **Focus**: Indirizzamento improprio da istituzionale ad ALPI per "accorciare" l'attesa → alterazione dell'equità di accesso e rischio corruttivo/reputazionale.	**ORG**: Mancanza di KPI/controlli; assenza conseguenze su condotte scorrette; governance debole. **TECH**: Impossibile incrociare dati liste/ALPI; mancano report; sistemi non parlano tra loro. **REL**: Pressioni su pazienti; raccomandazioni; comportamenti "suggeriti" in reparto/sportello.	Esiste un regolamento aziendale [Gap principali: L'intervistato ritiene opportuno che vengano formalizzati i controlli	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione del fattore tecnologico Implementazione regolamento sui controlli di natura specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
11	**Monitoraggio scostamenti tempi di attesa**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito**: Si monitora il confronto tra tempi di attesa istituzionali e ALPI su prestazioni comparabili? **Focus**: Scostamenti tra tempi di attesa istituzionali e ALPI non monitorati → red flag non intercettate e impossibilità di governare eventuali distorsioni.	**ORG:** Reporting non previsto; timore reputazionale; responsabilità non assegnata. **TECH**: Dati non integrati; estrazioni complesse; assenza cruscotti. **REL**: Percezione di ingiustizia; tensioni con utenza; pressioni su operatori.	Competenza CUR	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
12	**Priorità cliniche e accesso equo**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Le classi di priorità/urgenza dell'istituzionale non vengono aggirate tramite ALPI? **Focus:** Classi di priorità/urgenza aggirate tramite ALPI → alterazione della correttezza clinica e dell'accesso equo; favoritismi su casi "sensibili".	**ORG:** Protocolli non applicati; controlli assenti; gestione priorità discrezionale. **TECH:** Campi priorità modificabili senza log; assenza blocchi; mancano alert su anomalie. **REL:** Richieste di favoritismi; pressioni su medici/uffici; casi "sensibili" gestiti informalmente.	Competenza Liste di Attesa	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
13	**Prestazioni ALPI fuori agenda**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** È vietata ed effettivamente impedita l'erogazione di prestazioni ALPI "fuori agenda"? **Focus:** Erogazione di prestazioni ALPI "fuori agenda" → prestazioni non tracciate, rischio irregolarità su incassi/riparti e difficoltà di audit.	**ORG:** Assenza controlli accesso sale; procedure non chiare; tolleranza su eccezioni. **TECH:** Sistema consente prestazioni senza prenotazione; nessun blocco; log incompleti. **REL:** Accordi informali; contatti diretti; gestione "riservata" di pazienti.	Verifiche sulle timbrature	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
14	**No-show, cancellazioni e gestione slot**	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito**: Carenza di evidenze e cancellazioni ALPI sono monitorati e analizzati (anche per anomalie)? **Focus**: No-show e cancellazioni non monitorati/analizzati → pattern sospetti e gestione "amicale" degli slot, con possibili favoritismi e inefficienze.	**ORG**: Nessuna analisi cause; regole riconvocazioni assenti; controlli non assegnati. **TECH**: Evidenze non tracciate; report assenti; impossibile vedere motivi/canali. **REL**: Gestione "amicale" degli slot; spostamenti last minute; favoritismi impliciti.	Competenza CUP	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
15	**Tariffe e riparti ALPI**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Le tariffe ALPI sono approvate, aggiornate e pubblicate; sono chiare componenti e riparti? **Focus**: Tariffe non aggiornate o riparti poco chiari → discrezionalità, errori o vantaggi indebiti; contestazioni dell'utenza e conflitti interni.	**ORG**: Tariffe non aggiornate; calcoli discrezionali; responsabilità non definita. **TECH**: Sito non aggiornato; documenti non allineati; versioni multiple in circolazione. **REL**: Contestazioni utenti; pressioni per "sconti"/eccezioni; conflitti interni su riparti.	Competenza CUP	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
16	**Incassi tracciabili (PagoPA/tesoreria/POS)**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Gli incassi avvengono solo tramite canali tracciabili (PagoPA/tesoreria/POS autorizzati) e si controllano eccezioni? **Focus**: incassi effettuati fuori canali tracciabili → irregolarità contabili e rischio appropriazioni; riconciliazioni difficili e potenziale danno erariale.	**ORG:** Eccezioni tollerate; incassi "in reparto"; controlli sporadici. **TECH:** POS non integrato; rendicontazione fragile; riconciliazioni assenti. **REL:** Relazioni dirette paziente-professionista; richieste pagamenti "comodi"; pressioni su operatori.	Competenza SEF	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
17	**Rimborsi, storni e annullamenti**	**Esito**: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito**: Rimborsi, storni e annullamenti economici hanno regole, autorizzazioni e controlli (frequenza/motivi)? **Focus**: Rimborsi/storni/annullamenti economici non governati → manipolazioni contabili per favorire o coprire anomalie; storni anomali come red flag.	**ORG**: Autorizzazioni non segregate; motivazioni generiche; controlli ex post assenti. **TECH**: Storni senza log; permessi troppo ampi; mancano report di audit sugli storni. **REL**: Pressioni utenti; gestione ad personam; richieste informali di annullamento.	Competenza SEF	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
18	**Riconciliazione completa agenda-prestazioni-incassi**	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito**: Esiste riconciliazione periodica agenda/prenotazioni ↔ prestazioni ↔ fatture/ricevute ↔ incassi, con gestione scostamenti? **Focus**: Assenza di riconciliazione periodica (agenda/prenotazioni - prestazioni - fatture/ricevute - incassi) → scostamenti non gestiti e rischio frodi/errori.	**ORG**: Nessun owner della riconciliazione; carichi di lavoro; scostamenti non gestiti. **TECH**: Sistemi non integrati; export manuali; dati incoerenti; assenza automazioni. **REL**: Resistenze a far emergere scostamenti; conflitti tra uffici; minimizzazione problemi.	Nessuna	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
19	**Riparto proventi e liquidazioni**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Il riparto proventi è gestito con regole verificabili e controlli (doppia firma/campionamenti) sulle liquidazioni? **Focus**: Riparto proventi e liquidazioni senza controlli robusti → errori "interessati", indebiti e contenziosi tra professionisti/equipe.	**ORG**: Regole complesse non governate; calcoli manuali; controlli non indipendenti. **TECH**: Fogli Excel senza versioning; formule non validate; assenza tracciatura modifiche. **REL**: Conflitti tra professionisti/equipe; contestazioni interne; pressioni su chi liquida.	Competenza ALPI	☐ L X M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
20	**Segregazione funzioni (agenda vs incassi)**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** È garantita separazione minima tra chi gestisce agenda/prenotazioni e chi gestisce incassi/contabilità/riparti? **Focus:** Mancata separazione tra gestione agenda/prenotazioni e incassi/contabilità/riparti → ciclo chiuso e maggiore rischio di abusi/collusioni.	**ORG:** Accentramento su poche persone; sostituzioni non tracciate; controlli "tra pari" assenti. **TECH:** Profili condivisi; password comuni; assenza tracciatura; permessi troppo estesi. **REL:** Collusioni possibili; relazioni strette tra uffici; pressioni per bypassare regole.	Competenza CUP	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
21	**Uso risorse pubbliche (spazi/attrezzature)**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito**: Uso di spazi/attrezzature/personale per ALPI è autorizzato e registrato (e valorizzato se previsto)? **Focus**: Uso di spazi/attrezzature/personale per ALPI non autorizzato o non registrato → appropriazione indebita di risorse e conflitti tra UO.	**ORG**: Registri assenti; criteri non formalizzati; responsabilità su gestione spazi incerta. **TECH**: Impossibile rilevare utilizzo; mancano sistemi/registri; dati non confrontabili. **REL**: Uso "di favore" di sale/strumenti; eccezioni per singoli; conflitti tra UO.	Nessuna	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
22	**Supporto personale (infermiere/tecnico /amministrativo)**	Esito: ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito**: Il supporto di personale (infermieri/tecnici/amministrativi) in ALPI è regolato (turni, autorizzazioni, tracciabilità)? **Focus**: Supporto di personale in ALPI non regolato e non tracciato → straordinari opachi, favoritismi e rischio contenzioso interno.	**ORG:** Impiego non formalizzato; straordinari opachi; criteri assegnazione non chiari. **TECH:** Assenza scheda attività; turnazioni non registrate; sistemi presenze non collegati. **REL:** Pressioni dei professionisti; scambi di favori; tensioni tra personale.	Competenza Direttori di dipartimento e UOC	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
23	**Trasparenza verso utenza (URP/sito)**	**Esito**: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: L'utente riceve informazioni chiare (ALPI vs istituzionale, tariffe, modalità, reclami) e sono aggiornate sul sito/URP? **Focus**: Informazioni non chiare/aggiornate su ALPI (modalità, tariffe, reclami) → pressioni allo sportello, conflitti e percezione di favoritismo.	**ORG**: URP/comunicazione non coinvolti; aggiornamenti non pianificati; contenuti incoerenti. **TECH**: Sito non aggiornato; contenuti dispersi; assenza versione "unica" ufficiale. **REL**: Pazienti confusi; reclami/pressioni allo sportello; percezione di favoritismo.	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
24	**Gestione reclami e segnalazioni (red flag)**	**Esito:** ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito**: Reclami e segnalazioni ALPI sono raccolti, classificati (red flag) e gestiti con azioni e feedback? **Focus**: Reclami e segnalazioni non raccolti/classificati/gestiti → radar spento su condotte scorrette e reiterazione delle criticità.	**ORG**: Canali non presidiati; follow-up assente; responsabilità non definita; tempi lunghi. **TECH**: Registri non unificati; protocollo non classificato; impossibile analisi trend. **REL**: Paura di segnalare; ritorsioni percepite; cultura di silenzio; minimizzazione.	Competenza URP	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
25	**Reporting e cruscotto direzionale ALPI**	**Esito**: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Esiste un cruscotto periodico per Direzione (volumi, tempi, scostamenti, storni, reclami, utilizzo spazi)? **Focus**: Assenza di cruscotto/reporting periodico per la Direzione → governance debole e rischi non visibili (volumi, scostamenti, storni, reclami, utilizzo spazi).	**ORG**: Direzione non richiede/report non previsto; responsabilità reporting non assegnata; governance debole. **TECH**: Dati non affidabili; estrazioni manuali; indicatori non standard; evidenze di qualità/efficienza/appropriatezza non disponibili. **REL**: Difese corporative; conflitti su trasparenza; resistenze a KPI e confronti.	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

Scheda registro rischi corruttivi - Liste di Attesa (CUP/Agende)

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT ¦ Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	Governance	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste una governance formalizzata della gestione delle liste di attesa (ruoli, responsabilità, deleghe, RACI) tra Direzione, strutture eroganti, CUP/Front Office e supporto ICT? **Focus:** Vuole capire se "chi decide" e "chi opera" è chiaro e separato: se no, le eccezioni diventano la regola e le decisioni non sono tracciabili.	**ORG:** RACI assente/obsoleto; responsabilità diffuse **TECH:** Workflow non standardizzati tra sistemi/strutture **REL:** Pressioni/sollecitazioni per "anticipi" o "favori"	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
2	**Priorita clinica**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le regole di priorità (classi/criteri clinici; RAO ove applicabile) sono note, applicate in modo uniforme e verificabili? **Focus:** il rischio tipico è "priorità gonfiata" o incoerente per ottenere un appuntamento prima, con impatto su equità e appropriatezza.	**ORG:** Linee operative non diffuse o formazione episodica **TECH:** Campo priorità modificabile senza vincoli/alert **REL:** Richieste di "cambio classe" da parte di utenti/terzi	La struttura opera secondo sistema "RAO"	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio
3	**Canali**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le prenotazioni avvengono esclusivamente tramite canali ufficiali tracciati (CUP, online, telefonico istituzionale), con divieto effettivo di canali informali? **Focus:** Canali informali = accessi non auditabili,	**ORG:** Divieti solo formali, senza presidio e conseguenze **TECH:** Possibilità di inserimenti manuali senza motivazione **REL:** Richieste "fuori canale" per saltare la fila	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			favoritismi e alterazione delle priorità, con difficoltà di ricostruzione ex post.							
4	**Agende**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Le agende (volumi, slot, aperture/chiusure) sono programmate con criteri trasparenti, approvati e tracciati? **Focus**: La leva "agenda" è un punto critico: se opaca, consente di pilotare accessi e tempi senza responsabilità chiara.	**ORG**: Criteri di programmazione non formalizzati **TECH**: Assenza di storico modifiche agenda (chi/quando/perché) **REL**: Pressioni per "tenere slot" per richieste interne	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
5	**Slot/overbooking**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Esistono regole e tracciabilità per slot riservati, overbooking e urgenze, con verifiche per evitare "liste privilegiate"? **Focus** Il rischio è l'uso improprio di slot "riservati" come canale di accesso preferenziale, non giustificato clinicamente.	**ORG:** Criteri urgenza non codificati o troppo discrezionali **TECH:** Eccezioni inseribili senza motivazione obbligatoria **REL:** Interferenze di "presentatori" e richieste insistenti	L'intervistato riferisce che i principi di overbooking sono regolarmente controllati L'intervistato riferisce che per alcuni presidi di gestione per il controllo delle liste di attesa viene utilizzato il gestionale "ARIANNA CUP"	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio
6	**Spostamenti**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Spostamenti/anticipi sono gestiti con criteri oggettivi e tracciati (motivazione, autorizzazione, evidenza)? **Focus**: Anticipi "pilotati" compromettono equità e trasparenza, e aumentano il rischio di favoritismi non rilevabili.	**ORG:** Regole non univoche tra distretti/strutture **TECH:** Sistema non obbliga causale/flag urgenza **REL:** Pressioni emotive/sociali sugli operatori	L'intervistato riferisce che sono regolarmente gestiti criteri di trasparenza e priorità secondo norme e regolamenti regionali, ex Plurimis PRGLA 2019/2021	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
7	**No-show**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Esiste un processo tracciato di gestione cancellazioni/no-show e recupero slot (recall, sostituzioni) per ridurre sprechi e discrezionalità? **Focus**: Se non si recuperano slot in modo equo, si aprono spazi a riassegnazioni discrezionali e canali preferenziali.	**ORG**: Regole recall non formalizzate **TECH**: Mancanza di funzionalità automatiche di recall **REL**: Richieste "ultimo minuto" da utenti influenti	L'intervistato riferisce che sono regolarmente gestiti criteri di trasparenza e priorità secondo norme e regolamenti regionali, ex Plurimis PRGLA 2019/2021	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio
8	**Liste parallele**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Sono vietate e intercettate liste parallele (Excel, appunti, e-mail) per prenotazioni/attese "informali", con controlli effettivi? **Focus**: Le liste parallele sono un rischio centrale: non tracciate, non eque e non verificabili.	**ORG**: Divieto solo "di principio" senza controlli **TECH**: Sistema CUP non copre alcune tipologie/percorsi **REL**: Favori gestiti fuori sistema per non lasciare traccia	L'intervistato riferisce che il presidio principale trova allocazione nel dettato normativo, in esecuzione del quale è stata emanata una direttiva strutturale che gestisce anche il privato accreditato	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			alimentano favoritismi e pressioni.							
9	**Reporting**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Sono definiti indicatori periodici (tempi, volumi, saturazione, no-show, scostamenti per UO) e reporting a Direzione con azioni correttive tracciate? **Focus**: Senza indicatori e reporting, le liste diventano opache e difficili da governare: si interviene solo a crisi o a reclamo.	**ORG**: KPI non standardizzati tra strutture **TECH**: Dati non affidabili/non riconciliati tra sistemi **REL**: Pressioni a "non far emergere" criticità	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio
10	**Interfacce con privato accreditato**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No	**Quesito**: Le regole di invio/trasferimento verso privato accreditato (quando previsto) sono trasparenti, motivate e tracciate, con presidi su conflitti di interesse?	**ORG**: Regole non formalizzate o non uniformi **TECH**: Flussi informativi non tracciati end-to-end	Esiste una procedura specifica che gestisce i criteri di priorità Per la gestione dei COI, l'intervistato riferisce che detto compito è esperito dal	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ N.A.	**Focus**: Rischio di instradamento "preferenziale" e condizionamenti esterni, con possibili distorsioni su percorsi e tempi di accesso.	**REL**: Pressioni da erogatori esterni / reti relazionali	Dipartimento Cure Primarie L'intervistato riferisce che sono state proibite con direttiva della struttura le liste di attesa parallele.					
11	Appropriatezza	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Esistono controlli (anche a campione) su appropriatezza delle richieste e duplicazioni, con gestione delle anomalie? **Focus**: L'appropriatezza è un driver diretto delle liste: senza presidio cresce domanda impropria e aumenta la discrezionalità.	**ORG**: Controlli non programmati o non documentati **TECH**: Controlli automatici su duplicazioni assenti **REL**: Pressioni per "far passare" richieste improprie	L'intervistato riferisce che il processo è gestito mediante l'utilizzo della metodologia RAO. SOGEI evita duplicazioni delle richieste	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio
12	**Percorsi dedicati**	Esito: X Si	**Quesito**: I percorsi dedicati (fragilità, oncologici, urgenze differibili, ecc.) sono	**ORG**: Criteri di eleggibilità non definiti/aggiornati	Esiste una procedura specifica	X L ☐ M	Processo presidiato	X L ☐ M	☐ Alta ☐ Media	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	normati (criteri di accesso, tracciabilità) e non utilizzati come scorciatoia generalizzata? **Focus:** Percorsi protetti senza confini chiari possono diventare un canale parallelo, riducendo trasparenza ed equità.	**TECH:** Flag percorso modificabile senza evidenza **REL:** Pressioni per inserire "conosciuti" nei percorsi		☐ H		☐ H	X Bassa	
13	**Accessi/log**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le abilitazioni (creazione/modifica/cancellazione prenotazioni, cambio priorità, spostamenti) sono profilate, minime e controllate con audit trail periodico? **Focus:** Se le modifiche sono facili e poco tracciate, la lista è manipolabile senza	**ORG:** Inventario privilegi assente / revoche lente **TECH:** Log incompleti / non esportabili / retention incerta **REL:** Pressioni per concedere permessi "extra"	Tracciabilità garantita attraverso l'utilizzo del gestionale "ARIANNA CUP" che traccia regolarmente lo storico di ogni prestazione	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			deterrenza e senza ricostruzione affidabile.							
14	**Reclami**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Reclami e segnalazioni su liste (ritardi, favoritismi percepiti, disservizi) sono gestiti con workflow tracciato, analisi cause e ritorno informativo? **Focus**: Reclami gestiti "a voce" diventano canale di pressione e non producono miglioramento strutturale né accountability.	**ORG**: Tempi/standard di risposta non definiti **TECH**: Sistemi di ticketing/gestione non usati o frammentati **REL**: Pressioni per "risolvere" con eccezione individuale	Reclami e segnalazioni su liste (ritardi, favoritismi percepiti, disservizi) sono gestiti regolarmente attraverso numeri telefonici dedicati, indirizzi email, URP; il percorso è storicizzato	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio
15	**Trasparenza**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Trasparenza e comunicazione verso l'utenza (tempi, criteri, diritti, canali) sono presidiate e uniformi, evitando informazioni "riservate" o canali preferenziali?	**ORG**: Informative non aggiornate / non uniformi **TECH**: Portali/sito non aggiornati o dati non affidabili **REL**: Informazioni privilegiate a chi insiste o contatta direttamente	Le azioni sono garantite dall'utilizzo di un gestionale e la documentazione viene postata sul sito aziendale al fine della regolare pubblicità	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			Focus: Una comunicazione non standard crea asimmetrie informative e alimenta pressioni e accessi privilegati.							
16	**Trigger audit**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Sono definiti, monitorati e gestiti indicatori di anomalia (red flags) sulle liste di attesa (es. outlier su urgenze/priorità, spostamenti seriali, accessi fuori orario, aperture straordinarie ricorrenti, reclami su favoritismi) con trigger di verifica e chiusura azioni? **Focus**: Se i segnali esistono ma non vengono letti/gestiti, la discrezionalità cresce e la	**ORG**: Soglie/trigger non definiti o non approvati **TECH**: Dashboard/estrazioni non disponibili o manuali **REL**: Pressioni per "non far emergere" outlier o criticità	Gli indicatori di anomalia (red flags) sulle liste di attesa (es. outlier su urgenze/priorità, spostamenti seriali, accessi fuori orario, aperture straordinarie ricorrenti, reclami su favoritismi) sono controllati e verificati quotidianamente	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			tutela organizzativa si indebolisce.							
17	**Registro eccezioni**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Esiste un registro (o funzionalità di sistema) che tracci tutte le eccezioni: slot riservati, overbooking, aperture/chiusure straordinarie, anticipi urgenti, con motivazione, autorizzazione e identificativo dell'operatore, e vengono svolti controlli a campione? **Focus**: Le eccezioni sono fisiologiche solo se motivate e verificabili; altrimenti diventano canale stabile di corsie preferenziali.	**ORG**: Procedura eccezioni non codificata o troppo discrezionale **TECH**: Sistema non richiede causale/motivazione obbligatoria **REL**: Pressioni a fare eccezioni "una tantum" (che diventano prassi)	Viene utilizzato un gestionale che garantisce la tracciabilità dei flussi	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio
18	**Privacy e accessi**	**Esito**: X Si ☐ Parziale	**Quesito**: L'accesso alle liste nominative (chi vede cosa) è limitato al necessario, con tracciabilità di consultazioni/esportazion	**ORG**: Regole su stampa/condivisione e conservazione non formalizzate	È stata erogata una formazione specifica	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione della formazione specifica

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ No ☐ N.A.	i e regole effettive su condivisione (stampe, screenshot, invii via email/chat) e conservazione? **Focus**: Liste d'attesa = dati sensibili + potenziale leva di pressione/manipolazione: accessi e condivisioni informali aumentano rischio e vulnerabilità	**TECH:** Permessi troppo ampi; assenza di segregazione per profilo **REL:** Richieste di nominativi/elenchi da soggetti esterni						
19	**Account/permessi**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Sono vietati account condivisi/utenze di reparto; la revoca e l'aggiornamento dei profili avvengono tempestivamente (cessazioni, trasferimenti, cambi ruolo) e sono effettuati controlli su	**ORG:** Processo RU-ICT per abilitazioni/revoche non presidiato **TECH:** Utenze condivise o credenziali "di reparto" **REL:** Richieste di "prestare" credenziali o	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			accessi fuori orario e pattern anomali? **Focus**: Se non è attribuibile "chi ha fatto cosa", non c'è deterrenza né tutela dell'operatore: aumenta il rischio di manipolazioni non ricostruibili	far fare modifiche ad altri						
20	**Pressioni/escalation**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Esiste un protocollo operativo condiviso (script e escalation) per gestire pressioni/richieste improprie e segnalare anomalie (responsabile, URP, RPCT, canale whistleblowing), con tracciabilità minima dell'evento e tutela del segnalante? **Focus**: La pressione è un driver relazionale tipico: senza risposta standard e tracciabile, si finisce per gestire "caso per caso".	**ORG**: Script assente o non diffuso; gestione non uniforme tra uffici/UO **TECH**: Canali di segnalazione poco accessibili o non conosciuti **REL**: Pressioni qualificate da interno/esterno ("mi serve per domani")	Esistono canali di segnalazione	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
21	**Utilita/regali**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito**: Sono presidiate e gestite offerte di utilità/regali/benefici (anche "piccoli") o proposte di scambio collegate ad anticipi/priorità (rifiuto, registrazione, segnalazione secondo regole interne), con sensibilizzazione e richiamo alle conseguenze? **Focus**: È un indicatore forte: se non c'è reazione organizzata e tracciabile, il rischio corruttivo aumenta e si consolida l'aspettativa di canali privilegiati.	**ORG**: Regole su regali/utilità non diffuse o non applicate **TECH**: Mancanza di canale semplice per registrare l'episodio e conservarne traccia **REL**: Proposte di scambio da utenti/terzi o tramite intermediari	Esiste un regolamento aziendale	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

Scheda registro rischi corruttivi - Dipartimento Cure Primarie

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	Governance	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste un atto formale e aggiornato di organizzazione del Dipartimento Cure Primarie (Distretti, Case della Comunità, COT/PUA) con ruoli, responsabilità e sostituzioni definite? **Focus:** Verifica se l'assetto è realmente chiaro e "usato" nella pratica: chi decide, chi esegue e chi controlla nei servizi territoriali, evitando zone grigie e sovrapposizioni.	**ORG:** • Ruoli/funzioni sovrapposti tra Distretto, Case della Comunità e servizi (ADI, protesica, esenzioni). • Deleghe e sostituzioni non formalizzate: operatività "di fatto" su **TECH:** • Organigramma/atti gestiti fuori repository unico (versioni diverse in circolazione). • Nessun workflow di approvazione/versionin g per PROCEDURE STANDARD **REL:** • Pressioni interne per "saltare" ruoli/iter	L'intervistato riferisce che il regolamento per la gestione del dipartimento è in via di predisposizione e successiva attuazione	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				(telefonate dirette al decisore). • Cultura del "si è sempre fatto così" nei Distretti/ambulatori territoriali. • Conflitti tra strutture (Distretto vs Case della Comunità) che spostano responsabilità. • Personalizzazione delle decisioni in base a relazioni personali con dirigenti/coordinatori.						
2	Governance	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le deleghe di firma e i poteri autorizzativi su ADI, esenzioni, protesica/integrativa e agende specialistiche sono formalizzati, aggiornati e coerenti con segregazione dei compiti? **Focus:** Intercetta il rischio di autorizzazioni "facili" o non tracciate: chi propone, chi istruisce, chi	**ORG:** • Deleghe informali o non aggiornate rispetto a turn-over e sostituzioni. • Mancanza di segregazione (stessa persona istruisce e autorizza pratiche sensibili). **TECH:** • Workflow autorizzativi assenti o bypassabili	Gap principali: Carenza digitale aziendale	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			autorizza e chi contabilizza deve essere separato e verificabile.	(firme su carta, email non protocollate). • Profili applicativi non allineati alle deleghe (utenze con permessi eccessivi). **REL:** • Pressioni da utenza/caregiver per scorciatoie (urgenze "non cliniche"). • Interferenze di MMG/PLS o specialisti per favorire autorizzazioni/anticipi.						
3	Processi	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I processi chiave delle Cure Primarie (accesso/PUA, presa in carico cronicità, ADI, esenzioni, protesica/integrativa, specialistica territoriale) sono mappati end-to-end con Procedure Standard e modulistica standard unica? **Focus:** Misura quanto	**ORG:** • Procedure Standard assenti o frammentate per singolo Distretto/servizio (modulistica diversa). • Passaggi critici non descritti (deroghe, urgenze, rinnovi, annullamenti). **TECH:**	L'intervistato riferisce dell'esistenza di una procedura informatizzata standard comune a tutti i dipartimenti Esistenza di archivio digitale ADI,	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura per la gestione degli archivi digitali

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			l'operatività è governata da regole stabili e verificabili, invece che da prassi locali diverse tra Distretti, che aumentano variabilità e discrezionalità.	• Assenza di repository unico con modelli ufficiali e storico versioni. • Uso di Excel/Word locali per tracciare pratiche (nessuna tracciabilità centrale). • Integrazione debole tra sistemi (CUP, ADI, protesica) con re-inserimenti manuali. • Mancanza di indicatori automatici su tempi/volumi per processo. **REL:** • Autonomie locali che resistono alla standardizzazione ("qui facciamo diverso"). • Pressioni per gestire eccezioni "fuori procedura" per casi segnalati. • Rischio collusivo	**Gap principali:** Assenza di archivio digitale protesica					

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
4	Accesso / PUA- COT	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il PUA (Punto Unico di Accesso) e COT (Centrale Operativa Territoriale) registra tutte le richieste (accesso, presa in carico, ADI) con criteri di priorità condivisi e tracciabilità di chi ha effettuato triage/indirizzamento? **Focus:** Valuta se l'ingresso nel sistema è governato (criteri, priorità, canali) o se esistono corsie preferenziali non tracciate.	**ORG:** • Criteri di priorità non formalizzati o applicati in modo diverso tra sedi. • Canali "paralleli" (telefonate/WhatsApp/ contatti diretti) **TECH:** • Nessun sistema di ticketing/registro unico (annotazioni su agenda/cartaceo). • Tracciabilità incompleta (mancano timestamp) **REL:** • Pressioni di caregiver/familiari per priorità non cliniche. • Interferenze di MMG/PLS per far passare richieste senza criteri.	L'intervistato riferisce che esiste ed è funzionale una coerenza tra criteri di priorità Esistenza di registro PUA digitale **Gap principali:** Assenza di timestamp	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
5	Flussi operativi	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La gestione "scelta/revoca" MMG/PLS e le variazioni anagrafiche degli assistiti sono tracciate, con controlli su pratiche anomale (cambi ripetuti, deroghe, iscrizioni fuori ambito)? **Focus:** Intercetta il rischio di manipolazioni dell'anagrafe assistiti e di deroghe non motivate che possono generare vantaggi indebiti o disservizi.	**ORG:** • Attività concentrata su pochi operatori senza controllo incrociato. • Deroghe territoriali/temporanee gestite senza criteri e autorizzazioni **TECH:** • Sistemi anagrafici senza log consultabili o con log non presidiati. • Modifiche possibili senza motivazione obbligatoria o allegati digitali. • Mancanza di report su volumi per operatore, tipologia pratica e casi fuori regola. • Archiviazione documentale non integrata (scansioni locali, file non indicizzati). **REL:** • Pressioni dirette di	NAR regionale **Gap principali:** Mancanza di report su volumi per operatore	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Procedura per la gestione dei report su volumi per operatore

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				utenti e MMG/PLS su operatori di sportello. • Rischio di favori personali (iscrizioni "ad hoc", deroghe per conoscenti).						
6	Presa in carico / ADI	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** L'attivazione dell'ADI avviene con valutazione multidimensionale (es. UVM Unità di Valutazione Multidisciplinare) e UVI (Unità di Valutazione Integrata) dove previsto, e decisione motivata, con Piano Assistenziale Individuale (PAI - Piano assistenziale individualizzato) approvato e aggiornato? **Focus:** Controlla se l'ADI è attivata su criteri trasparenti e documentati, riducendo discrezionalità e rischio di accessi indebiti o sovra-erogazioni.	**ORG:** • Criteri di eleggibilità non applicati in modo uniforme; PAI incompleti o tardivi. • Decisioni prese da singolo senza confronto multidisciplinare dove necessario. • Rinnovi automatici senza rivalutazione periodica e senza motivazione. • Mancanza di controllo su cumulabilità con altri servizi (sociali/privati). **TECH:** • Piattaforma ADI/cartella territoriale non obbliga campi chiave (criteri, punteggi,	**Gap principali:** Digitalizzazione	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				motivazioni). • Timestamp e firma digitale/utente non sempre presenti nel PAI. • Assenza di alert su rivalutazioni scadute o prestazioni fuori piano. • Difficoltà a ricostruire cronologia (versioning PAI, modifiche e motivi). **REL:** • Pressioni di familiari per ottenere ADI anche in assenza di requisiti. • Interferenze di MMG/PLS o altri prescrittori per accelerare attivazioni. • Rischio collusivo con erogatori/fornitori su ampliamento non necessario del piano. • Resistenza del team a negare richieste per timore di contenziosi/complaint.					

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
7	ADI – pianificazione	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La pianificazione delle prestazioni ADI (assegnazione operatori, frequenze, visite domiciliari) è separata dall'autorizzazione e include controlli su variazioni, sostituzioni e prestazioni extra-piano? **Focus:** Verifica la segregazione tra chi programma/eroga e chi valida: riduce rischio di "ore in più", visite non dovute o manipolazioni del calendario.	**ORG:** • Stessa persona pianifica e valida prestazioni/consuntivi (assenza segregazione). • Variazioni al piano gestite "a voce" senza tracciamento e senza approvazione. • Controlli su prestazioni extra-piano assenti o non sistematici. • Mancanza di regole su sostituzioni/turnover e su continuità assistenziale. **TECH:** • Agenda ADI gestita su strumenti non tracciati (fogli, chat, calendari personali). • Nessun collegamento tra PAI e calendario: rischio di prestazioni non coerenti col piano.	L'intervistato riferisce che non esiste un ordine di servizio per gli operatori ai quali vengono assegnate, di volta in volta, le funzioni ADI esternalizzata al terzo settore; **Gap principali:** Carenza di un sistema digitale che gestisca le presenze per gli operatori ADI	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Segregazione funzioni

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Assenza di log su spostamenti/cancellazioni e relativo motivo. • Report consuntivi non riconciliati automaticamente con pianificato. **REL:** • Pressioni da erogatori/cooperative per aumentare frequenze o inserire prestazioni. • Richieste dell'utenza per "comodità" (orari/prestazioni non previste).						
8	ADI – erogazione/fornitori	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Per ADI/servizi domiciliari esternalizzati (se presenti), esistono controlli puntuali su prestazioni rese (firme, report visita, riscontri), riconciliazione e gestione contestazioni? **Focus:** Intercetta il rischio	**ORG:** • Capitolati/standard di servizio non tradotti in checklist operative di controllo. • Validazione consuntivi senza riscontri (campionamento non definito).	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			di fatturazioni/consuntivi non coerenti e prestazioni non rese o rese in modo difforme.	• Gestione reclami/contestazioni lenta o non documentata. **TECH:** • Nessuna raccolta digitale strutturata delle evidenze di visita (timestamp, esito, operatore). • Tracciamento assenze/no-show non integrato con consuntivazione. • Impossibilità di incrociare prestazioni con geolocalizzazione/itinerar **REL:** • Rischio di collusione tra operatori interni e fornitori/cooperative. • Pressioni per "chiudere" consuntivi a fine mese senza verifiche.					

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Utenza che segnala informalmente disservizi senza canali strutturati. • Relazioni consolidate che riducono la propensione a contestare						
9	Specialistica territoriale / CUP	Esito: ☐ Si ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** La gestione delle agende di specialistica ambulatoriale territoriale (aperture, chiusure, slot, priorità U/B/D/P) è governata e tracciata, Procedure standard soprattutto per inserimenti manuali e modifiche d'urgenza? **Focus:** Misura il rischio di manipolazione delle agende (anticipi, "buchi" creati ad hoc, priorità cambiate) e quindi di favoritismi e disuguaglianze.	**ORG:** • Regole su chi può modificare agende/priorità non chiare o non applicate. • Inserimenti "fuori CUP" o manuali non autorizzati o non motivati. • Nessun controllo su cancellazioni/ricollocazi o ni e motivi dichiarati. • Assenza di escalation quando liste crescono o agende vengono ridotte. **TECH:** • Log modifiche agenda non consultabili o non	L'intervistato riferisce che la competenza sia del CUR	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				analizzati periodicamente. • Profili utente CUP con permessi eccessivi (creazione slot, override **REL:** • Pressioni di utenti "forti" o segnalazioni esterne per anticipi. • Interferenze di medici prescrittori/specialisti per "far passare" casi non urgenti. • Favoritismi verso conoscenti o categorie specifiche (clientele). • Conflitti tra strutture su allocazione slot e gestione disponibilità.						
10	Liste d'attesa territoriali	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No X N.A.	**Quesito:** Esiste un monitoraggio strutturato delle liste d'attesa territoriali (tempi medi, scostamenti, recuperi) con responsabilità chiare e azioni correttive	**ORG:** • KPI e soglie di attenzione non definite o non discusse in sede dipartimentale. • Azioni correttive non assegnate (chi fa cosa,	L'intervistato riferisce che la competenza sia del CUR	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			tracciate? **Focus:** Valuta se l'organizzazione governa i tempi e documenta le scelte (recuperi, ampliamenti, rimodulazioni) evitando decisioni arbitrarie e non rendicontabili.	entro quando) e senza follow-up. • Recuperi liste basati su iniziative locali senza regole comuni. • Nessuna tracciabilità delle deroghe e delle **TECH:** • Cruscotti/estrazioni non affidabili o non aggiornati (dati incompleti). • Assenza di riconciliazione tra prenotato, erogato e cancellato. • Mancanza di report per Distretto/ambulatorio con drill-down su criticità. • Non utilizzo di funzionalità CUP per gestione liste (code, recall, **REL:** • Pressioni						

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				politiche/territoriali per "sistemare" specifiche richieste. • Conflitto con utenza e associazioni che spingono per soluzioni individuali. • Rischio di accordi informali per saltare l'ordine di prenotazione. • Cultura di scarsa trasparenza sui criteri di priorità e sui recuperi.						
11	Esenzioni ticket	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il rilascio/aggiornamento/ revoca delle esenzioni ticket (patologia, reddito, invalidità per quanto di competenza) segue un iter tracciato con controlli su documentazione, scadenze e casi anomali? **Focus:** Intercetta il rischio di esenzioni indebite o mantenute oltre i requisiti, con impatto economico e reputazionale.	**ORG:** • Check-list documentale non standard; accettazione pratiche incomplete per "urgenza". • Nessun controllo su scadenze e rinnovi (revoche tardive). • Assenza di revisione su casi ricorrenti/anomali (esenzioni multiple, richieste ripetute). • Segregazione debole	Check-list documentale standard Esenzioni per reddito gestite tramite SOGEI	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				tra chi istruisce e chi valida la pratica. **TECH:** • Sistema non richiede motivazione/Allegati digitali obbligatori; archiviazione frammentata. • Log modifiche su **REL:** • Pressioni dell'utenza su sportelli per ottenere esenzioni non dovute. • Intermediazioni di terzi (patronati/associazioni) che chiedono trattamenti di favore. • Rischio di favori personali in contesti territoriali "piccoli". • Timore di reclami che porta a controlli più deboli.					

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
12	Protesica / ausili	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** L'autorizzazione di protesi/ausili (prescrizione, preventivi, scelta fornitore, collaudo/consegna, rinnovi) è tracciata e con segregazione tra istruttoria, autorizzazione e controllo? **Focus:** Misura il rischio di favoritismi verso fornitori, duplicazioni, rinnovi indebiti e spese non giustificate.	**ORG:** • Criteri di ammissibilità e rinnovo non applicati in modo uniforme; deroghe frequenti. • Preventivi gestiti senza regole di comparazione/trasparenz a dove richiesto. • Collaudi/consegne non verificati o non documentati con responsabilità chiare. • Controlli su duplicazioni e riutilizzo **TECH:** • Sistema protesica non integra prescrizione, autorizzazione e consegna (passaggi manuali). • Assenza di tracciabilità	L'azienda sanitaria non entra nel merito della decisione della ditta fornitrice	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				su scelta fornitore e motivazione (quando prevista). • Nessun alert su rinnovi anticipati o su quantità fuori standard. • Log modifiche pratica non disponibili; documenti allegati non **REL:** • Pressioni di fornitori per indirizzare scelta e accelerare autorizzazioni. • Richieste insistenti dell'utenza per dispositivi specifici o di fascia superiore. • Rischio collusivo tra operatori e fornitori (scambi, regali, "favori"). • Conflitti con prescrittori/strutture esterne che spingono per determinate soluzioni.						

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
13	Assistenza integrativa	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Per presidi/integrativa (es. stomie, diabetici, alimenti speciali dove di competenza) esistono regole chiare su autorizzazioni, quantità, rinnovi e controlli su consumi/anomalie? **Focus:** Intercetta il rischio di sovra-assegnazioni, rinnovi automatici e "scorte" ingiustificate, spesso guidate da pressioni esterne.	**ORG:** • Quantità standard e criteri di deroga non formalizzati o non applicati. • Rinnovi gestiti per prassi senza rivalutazione **TECH:** • Gestione su registri/Excel con scarsa tracciabilità e riconciliazione. • Assenza di cruscotti su consumi per **REL:** • Pressioni di farmacie/fornitori per aumentare quantità o cambiare canale. • Utenza che richiede eccedenze per "sicurezza" o per terzi. • Relazioni consolidate che riducono controlli e contestazioni. • Rischio di collusione	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				su richieste ripetute e non coerenti con diagnosi.						
14	Piani terapeutici / dispositivi	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La gestione di piani terapeutici/dispositivi ad alta ricorrenza sul territorio (es. autocontrollo glicemico, ossigenoterapia domiciliare, nutrizione) prevede controlli su appropriatezza, scadenze e rinnovi? **Focus:** Valuta un'area tipica di pressione e discrezionalità: rinnovi e quantità possono diventare "automatici" senza controlli e generare spesa impropria.	**ORG:** • Rinnovi senza verifica periodica dei requisiti e senza tracciamento del medico responsabile. • Assenza di regole per dispositivo/fornitore e per gestione urgenze. • Nessun controllo su duplicazioni tra diversi canali (distretto, specialisti, strutture). • Processo poco presidiato nelle fasi di revoca/sospensione. **TECH:** • Sistemi non obbligano l'inserimento di scadenze/alert di rinnovo. • Archiviazione digitale dei piani incompleta; documenti non reperibili rapidamente. • Assenza di report su	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				rinnovi anticipati e quantità fuori range. • Log non analizzati su modifiche e override dei parametri standard. **REL:** • Pressioni di aziende/fornitori per preferenze su marca/modello. • Richieste dell'utenza per "miglioramenti" non clinicamente motivati. • Intermediazioni di prescrittori o strutture private accreditate. • Rischio di tolleranza verso eccezioni ripetute per evitare conflitti.					
15	Rapporti con Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta	Esito: ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I rapporti operativi con MMG/PLS (percorsi di presa in carico, richieste ADI, certificazioni, attività aggiuntive AFT Aggregazioni Funzionali Territoriali e UCCP Unità Complesse di Cure	**ORG:** • Regole non chiare su canali di richiesta (PEC, portale, PUA (Punto Unico di Accesso) e su priorità. • Assenza di controlli su richieste ricorrenti "sempre urgenti" o fuori	AFT Aggregazioni Funzionali Territoriali e UCCP Unità Complesse di Cure Primarie non implementate regionalmente	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			Primarie dove presenti) prevedono regole di tracciabilità e controlli su dichiarazioni/attività? **Focus:** Intercetta il rischio di canali privilegiati e di attività dichiarate non verificabili, che possono influenzare priorità, accessi e risorse.	**TECH:** • Richieste gestite via email/telefonate senza registrazione nel sistema. • Portali/integrazioni non utilizzate; dati re-inseriti manualmente dal personale. • Assenza di report per MMG/PLS su volumi, esiti e anomalie (feedback loop). • Nessun log centralizzato delle interazioni/decisioni conseguenti alle richieste. **REL:** • Pressioni di MMG/PLS su operatori per accelerare pratiche di propri assistiti. • Relazioni personali che generano trattamenti					

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				non uniformi tra medici. • Rischio di "scambi"						
16	Continuità assistenziale	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La programmazione dei turni di Continuità Assistenziale (guardia medica) e la gestione di sostituzioni/assenze sono tracciate, con controlli su presenza, prestazioni e anomalie? **Focus:** Valuta un processo esposto a discrezionalità (turnazioni, sostituzioni) e a rischio di prestazioni non corrispondenti o non documentate.	**ORG:** • Regole di assegnazione turni e sostituzioni non trasparenti o non uniformi. • Controlli su presenze e copertura effettiva deboli o tardivi. • Gestione segnalazioni utenti su mancata reperibilità non strutturata. • Assenza di supervisione periodica su indicatori di attività (chiamate, visite). **TECH:** • Software turni assente o non presidiato; modifiche fatte a ridosso senza	L'intervistato riferisce che esiste un report periodico digitalizzato L'intervistato riferisce che è stata formalizzata richiesta di badge per i medici	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				tracciamento. • Nessuna tracciabilità digitale di inizio/fine turno e attività (dove previsto). • Report su turni scoperti, sostituzioni e scostamenti non prodotti regolarmente. • Log accessi ai sistemi e registri attività non consultati in chiave di controllo. **REL:** • Accordi informali tra medici per scambi turno non registrati. • Pressioni per "sistemare" turni favorevoli o ridurre carichi. • Relazioni locali che riducono la propensione a segnalare anomalie. • Rischio di tolleranza verso comportamenti						

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				non conformi per evitare conflitti.						
17	Gestione richieste domiciliari	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le richieste di visite domiciliari/certificazioni e le relative decisioni (accoglimento/rigetto/tempi) sono registrate e motivate, con criteri uniformi tra sedi? **Focus:** Intercetta il rischio di decisioni arbitrarie e di utilizzo improprio del servizio, spesso guidato da pressioni e abitudini locali.	**ORG:** • Criteri di accoglimento non formalizzati; decisioni lasciate al singolo operatore/medico. • Nessun registro unico delle richieste e dei tempi di evasione. • Assenza di controlli su richieste ripetute o non appropriate. • Gestione reclami non collegata al processo (non si impara dagli errori). **TECH:** • Richieste gestite su canali informali (telefonate) senza ticket/protocollo. • Assenza di tracciamento motivazioni	Gap principali: Esistenza di un registro non digitalizzato	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				REL: • Pressioni di familiari/caregiver per ottenere visite non appropriate. • Rischio di favori personali a utenti "conosciuti". • Interferenze di terzi (amministratori locali, associazioni) su casi specifici. • Cultura del "non dire mai di no" che indebolisce i criteri.						
18	Gestione dati clinico-assistenziali	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La cartella territoriale/PAI (Piano assistenziale individualizzato) e i registri di presa in carico sono compilati con standard minimi (completezza, tempestività) e controllati periodicamente (audit di qualità del dato)? **Focus:** Valuta integrità e affidabilità dei dati: senza standard e	**ORG:** • Standard di compilazione non definiti; campi chiave lasciati vuoti o compilati a posteriori. • Nessun audit periodico sulla qualità del dato e sulle incongruenze. • Responsabilità non chiare su chi aggiorna cosa (medico, infermiere,	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			controlli, la tracciabilità crolla e diventa facile manipolare o omettere informazioni.	coordinatore). • Assenza di regole su correzioni/integrazioni e relativa motivazione. **TECH:** • Sistemi consentono modifiche retroattive senza evidenza di audit trail leggibile. • Log accessi/modifiche non monitorati; credenziali condivise nel team. • Backup/continuità operativa non testati; rischio perdita dati e ricostruzioni manuali. • Report di completezza/tempi di aggiornamento non disponibili o non usati. **REL:** • Cultura orientata alla prestazione più che alla documentazione ("poi si registra"). • Pressioni a "chiudere" pratiche rapidamente,						

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				sacrificando qualità del dato. • Rischio di copertura di errori/omissioni per evitare contestazioni. • Conflitti tra team su responsabilità di aggiornamento e firma degli atti.						
19	Sistemi / accessi	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La gestione delle utenze e dei profili applicativi (CUP, ADI, protesica/integrativa, protocollo) prevede richiesta autorizzata, profili minimi necessari e revisione periodica degli accessi? **Focus:** Intercetta il rischio di accessi eccessivi o non revocati (ex dipendenti, sostituti), che rende facili alterazioni e bypass dei controlli.	**ORG:** • Utenze create senza richiesta formale e senza approvazione del responsabile. • Profili "administrator" o superuser assegnati per TECH: • Credenziali condivise o postazioni comuni senza autenticazione forte. • Log accessi non centralizzati o non conservati per tempi adeguati. • Assenza di alert su accessi anomali (orari, volumi, tentativi falliti).	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Nessun processo di IAM/gestione identità integrato con HR (onboarding/offboarding). **REL:** • Tolleranza verso "prestiti" di credenziali per coprire assenze e urgenze. • Pressioni operative per velocizzare, a scapito						
20	Tracciabilità modifiche / deroghe	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Ogni modifica/cancellazione di pratiche sensibili (ADI, esenzioni, protesica, prenotazioni) richiede motivazione tracciata e consente ricostruzione completa (chi/quando/perché)? **Focus:** Valuta la capacità di audit: senza motivazioni e log leggibili, diventa possibile "aggiustare" pratiche ex post senza lasciare traccia.	**ORG:** • Deroghe e correzioni gestite in modo informale; motivazioni non richieste. • Nessun doppio controllo su operazioni ad alto impatto (annullamenti, revoche, override). • Assenza di controlli a campione mirati su modifiche retroattive. • Non esiste un elenco operazioni "sensibili"	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				con regole dedicate. **TECH:** • Log di sistema non includono motivazione o non sono facilmente estraibili. • Possibilità di cancellazione senza audit trail o con audit trail non consultabile. • Assenza di report su operazioni sensibili per utente/struttura/periodo. • Conservazione log insufficiente o non conforme alle necessità di controllo. **REL:** • Pressioni per correggere pratiche "per non creare problemi" (copertura errori).					

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Rischio di accordi informali per modificare priorità o autorizzazioni. • Clima in cui la trasparenza sulle modifiche è vista come sfiducia verso operatori. • Riluttanza a segnalare operazioni sospette per timore di ritorsioni.						
21	Gestione reclami/URP e segnalazioni	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Reclami e segnalazioni su Cure Primarie (PUA, ADI, liste, protesica) sono gestiti con istruttoria tracciata, tempi, responsabilità e feedback, inclusi casi ripetuti/anomali? **Focus:** Intercetta red flag ricorrenti: reclami ripetuti su uno stesso servizio/fornitore possono indicare criticità strutturali o comportamenti opportunistici.	**ORG:** • Reclami gestiti caso per caso senza analisi di trend e cause radice. • Nessun responsabile di istruttoria e nessun tracciamento dei tempi di risposta. • Azioni correttive non **TECH:** • Canali di ricezione non integrati (email, carta, PEC) senza registro unico.	L'intervistato riferisce che la competenza cade in capo a URP	☐ L ☐ M ☐ H	N.A.	☐ L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media ☐ Bassa	N.A.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Protocollo/CRM non consente classificazione e reporting per tipologia/servizio. • Assenza di dashboard su reclami ripetuti e tempi di chiusura. • Difficoltà a collegare reclamo a pratica specifica (ADI/protesica/prenotazio ne). **REL:** • Pressioni per minimizzare o archiviare rapidamente reclami "scomodi". • Timore reputazionale che porta a non formalizzare criticità. • Rischio di conflitti con						
22	Gestione anomalie/frodi	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste una procedura per intercettare e gestire anomalie/frodi (esenzioni indebite, duplicazioni	**ORG:** • Nessun catalogo di red flag e nessun canale interno per segnalazioni strutturate.	Nessuna	X L ☐ M	Processo presidiato	X L ☐ M	☐ Alta ☐ Media	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			protesica, prestazioni ADI non coerenti) con ruoli, escalation e tracciamento degli esiti? **Focus:** Valuta se l'organizzazione sa riconoscere pattern sospetti e agire, invece di limitarsi a gestire il singolo caso quando "esplode".	• Escalation non definita (chi decide sospensione, controlli aggiuntivi, segnalazioni). • Assenza di collaborazione strutturata con controllo di gestione/ICT per analisi dati. • Azioni correttive non documentate (sospensioni, recuperi, revoche). **TECH:** • Nessun monitoraggio outlier (quantità, frequenze, tempi) su ADI/protesica/esenzioni. • Report non incrociati tra sistemi (anagrafe, ADI, protesica, CUP). • Assenza di strumenti di data quality e riconciliazione automatica. • Log e dati storici non		☐ H		☐ H	X Bassa	

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				facilmente accessibili per analisi retrospettive. **REL:** • Rischio collusivo tra operatori e soggetti esterni (fornitori, erogatori). • Pressioni per "chiudere un occhio" su casi borderline per ragioni sociali/locali. • Timore di conflitti e contenziosi che riduce interventi correttivi. • Cultura che normalizza l'eccezione ripetuta e non segnala anomalie.						
23	Reporting direzionale	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il Dipartimento produce report periodici alla Direzione (DG/DS/DA e Direzione Distretto) su volumi, tempi, criticità e azioni correttive (ADI, liste, protesica, esenzioni), con responsabilità e	**ORG:** • Calendario reporting assente; informazioni fornite solo "su richiesta" o in emergenza. • KPI non condivisi e non discussi; azioni	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			scadenze? **Focus:** Intercetta il rischio di mancanza di accountability: senza reporting, le criticità restano locali e non governate, e non si motivano le valutazioni L/M/H.	correttive non tracciate. • Responsabilità di TECH: • Cruscotti non disponibili; estrazioni manuali con errori e incoerenze. • Dati non riconciliati tra prenotato/erogato/cancell ato e tra servizi diversi. • Assenza di indicatori **REL:** • Resistenze a rendere visibili criticità (timore di responsabilità). • Pressioni per "far tornare" i numeri o minimizzare problemi verso la Direzione. • Conflitti tra strutture su responsabilità dei risultati e su allocazione risorse.						

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Cultura poco orientata alla misurazione e al miglioramento continuo.						
24	Controlli di II livello / audit	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** È attivo un piano di controlli di II livello (anche a campione mirato) su processi sensibili delle Cure Primarie, con esiti documentati e verifica attuazione azioni correttive? **Focus:** Misura la maturità del sistema di controllo interno: senza verifiche e follow-up, i presidi restano sulla carta e il rischio reale aumenta.	**ORG:** • Controlli non pianificati (solo reattivi a segnalazioni) e senza criteri di campionamento. • Esiti non formalizzati; azioni correttive non assegnate o non monitorate. • Nessuna verifica su efficacia delle azioni (repeat finding). • Ruoli di controllo non indipendenti dall'operatività quotidiana. **TECH:** • Nessun registro digitale dei controlli e delle azioni correttive (tracking). • Difficoltà a estrarre	Audit gestiti da ufficio interno	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				dati per audit (log/report non disponibili o non puliti). • Assenza di checklist standard e di repository per evidenze operative interne. • Reporting controlli non integrato con sistemi di gestione qualità/risk. **REL:** • Resistenze locali ai controlli ("non abbiamo tempo", "ci controllate troppo"). • Rischio di compiacenza in contesti piccoli (controllori e controllati si conoscono). • Pressioni per evitare rilievi verso fornitori/erogatori "strategici". • Cultura che interpreta						

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				l'audit come colpa e non come miglioramento.						
25	Cultura / conflitti di interesse	Esito: ☐ Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il personale delle Cure Primarie riceve formazione mirata e aggiornamenti operativi su conflitti di interesse, rapporti con fornitori/utenza, gestione eccezioni e corretto uso dei sistemi (tracciabilità)? **Focus:** Intercetta il rischio "di contesto": senza competenze e cultura, anche procedure e sistemi vengono aggirati nella pratica.	**ORG:** • Piano formativo non mirato ai processi territoriali (ADI, protesica, sportelli). • Nessuna formazione pratica su gestione **TECH:** • Assenza di LMS/registro formativo unico; attestazioni disperse. • Nessun micro-learning su nuove funzionalità di **REL:** • Cultura del "favore" verso utenza e territorio che normalizza eccezioni. • Pressioni da fornitori (omaggi, promesse) e da stakeholder locali.	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

Scheda registro rischi corruttivi - Dipartimento Prevenzione Veterinario

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT | Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	**Governance / ruoli**	**Esito**: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda**: Esiste un atto aggiornato che definisce governance, perimetro e responsabilità del Dipartimento Veterinario? **Focus**: Mandato, perimetro e responsabilità non definiti/aggiornati → discrezionalità, sovrapposizioni e scelte non tracciate (rischio di omissioni o trattamenti differenziati).	**ORG:** Ruoli/deleghe non formalizzate; sovrapposizioni tra aree. **TECH:** Procedure/atti non centralizzati. **REL:** Mandato percepito come formale.	**[Evidenze/presidi emersi:** Esiste Regolamento dipartimento veterinario Sistema sanità animale presidiato e tracciabile Esiste un gestionale ma è in fase di verifica e di ampliamento.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; implementazione dell'impianto tecnologico.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
2	**Ruoli / coord.**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda**: Le funzioni di sanità animale, igiene alimenti di origine animale e benessere animale sono chiaramente separate e coordinate? **Focus**: Separazione/integrazione non chiara tra sanità animale, igiene alimenti e benessere animale → duplicazioni/lacune nei controlli e decisioni incoerenti, con vulnerabilità a condizionamenti.	**ORG:** Confini operativi poco chiari. **TECH:** Sistemi informativi non allineati. **REL:** Conflitti interni.	Nessuna.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.
3	**Piano controlli**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Esiste una pianificazione annuale delle attività ispettive basata su analisi del rischio? **Focus**: Pianificazione ispettiva non risk-based → controlli reattivi/occasionali e selettività non motivata, con rischio di omissioni e	**ORG:** Pianificazione reattiva. **TECH:** Assenza strumenti di risk ranking. **REL:** Pressioni esterne.	**[Evidenze/presidi emersi**: Pianificazione scritta e risk based; si utilizza il principio di rotazione per le ispezioni]	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			pressioni su priorità/target.							
4	**Tracciab. controlli**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda**: I controlli ufficiali sono programmati, tracciati e verificabili? **Focus**: Controlli ufficiali non pienamente programmati/tracciati/verificabili → azione ispettiva non difendibile, contestabile e con rischio di ricostruzioni ex post non affidabili.	**ORG:** Attività non documentate uniformemente. **TECH:** Uso incompleto dei sistemi. **REL:** Tolleranza su omissioni.	**[Evidenze/presidi emersi**: I controlli sono programmati/tracciati/verificabili con gestionale	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.
5	**Procedure / uniform.**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda**: Le procedure operative per i controlli ufficiali sono aggiornate e applicate in modo omogeneo? **Focus**: Procedure operative non aggiornate o applicate in modo disomogeneo → prassi locali, discrezionalità e	**ORG:** Procedure non presidiate. **TECH:** Repository disordinato. **REL:** Prassi locali.	**[Evidenze/presidi emersi**: Viene applicato lo stesso metro di valutazione su tutte le operazioni; Gestionale idoneo.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			rischio di errori/deroghe non motivate.							
6	NC OSA	**Esito**: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda**: La gestione delle non conformità degli OSA è strutturata e monitorata? **Focus**: Non conformità degli OSA gestite senza follow-up tracciato → inefficacia del controllo, recidive e percezione di trattamenti di favore.	**ORG:** Azioni correttive non seguite. **TECH:** Nessun tracking NC. **REL:** Pressioni a chiudere rapidamente.	**Evidenze/presidi emersi**: Monitoraggio presente e gestito con SW GEVISAN	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;
7	**Sanzioni / provvedimenti**	**Esito**: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda**: Sanzioni e provvedimenti sono applicati in modo uniforme e documentato? **Focus**: Applicazione non uniforme/documentata di sanzioni e provvedimenti → discrezionalità, diseguaglianze di trattamento e rischio contenzioso/reputazionale.	**ORG:** Discrezionalità non governata. **TECH:** Archivi incompleti. **REL:** Relazioni consolidate con OSA.	Nessuno.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
8	**Fascicolo ispez.**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** La tracciabilità delle attività ufficiali è completa e ricostruibile? **Focus:** Tracciabilità incompleta delle attività ufficiali → fascicoli non ricostruibili in audit/contenzioso e vulnerabilità a integrazioni/aggiustamenti non controllati.	**ORG:** Documentazione non standard. **TECH:** Sistemi non integrati. **REL:** Scarsa attenzione all'atto scritto.	**[Evidenze/presidi emersi:** Documentazione presente e checklist standard	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.
9	**Emergenze vet.**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Le emergenze veterinarie sono gestite con piani e ruoli definiti? **Focus:** Gestione emergenze senza piani/ruoli definiti e aggiornati → ritardi/decisioni incoerenti, scarsa coordinazione e responsabilità non presidiate.	**ORG:** Piani non aggiornati. **TECH:** Canali informativi deboli. **REL:** Confusione decisionale.	**[Evidenze/presidi emersi:** Piano presente e aggiornato.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
10	**Personale / carichi**	**Esito:** ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Il personale è adeguato ai carichi ispettivi? **Focus:** Carenze di personale rispetto ai carichi ispettivi → riduzione copertura/qualità controlli e rischio di scelte discrezionali sulle priorità (stress operativo).	**ORG:** Scoperture strutturali. **TECH:** Nessun indicatore carico lavoro. **REL:** Stress e demotivazione.	**[Evidenze/presidi emersi:]** **[Gap principali:** Sotto organico; carenza di indicatore carico lavoro sistema nel gestionale]	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.
11	**Formaz. / compet.**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** La formazione tecnica e ispettiva è pianificata e tracciata? **Focus:** Formazione tecnica/ispettiva non pianificata o non tracciata → competenza non dimostrabile, errori e provvedimenti vulnerabili (rischio di annullamenti/contestazioni).	**ORG:** Formazione non strutturata. **TECH:** Registri incompleti. **REL:** Scarso interesse.	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
12	**Rapporti inter-enti**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** I rapporti con altri enti (Comuni, NAS, Regione) sono regolati e tracciati? **Focus:** Rapporti con Comuni/NAS/Regione gestiti informalmente e non tracciati → rischio di condizionamenti, perdita di accountability e conflitti di competenza.	**ORG:** Interlocuzioni informali. **TECH:** Comunicazioni non archiviate. **REL:** Conflitti di ruolo.	[**Evidenze/presidi emersi:** Vengono utilizzati i canali ufficiali e le comunicazioni sono protocollate]	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.
13	**Flussi inform.**	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** I flussi informativi regionali/nazionali sono rispettati? **Focus:** Flussi informativi non rispettati o non presidiati → dati incompleti/ritardati, non conformità e decisioni gestionali su basi non affidabili.	**ORG:** Responsabilità non chiare. **TECH:** Sistemi lenti. **REL:** Sottovalutazione del dato.	Nessuna.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
14	**Esposti / segnalazioni**	**Esito**: ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda**: La gestione di esposti e segnalazioni è strutturata? **Focus**: Esposti/segnalazioni gestiti senza processo strutturato → mancata presa in carico tracciata, esiti non difendibili e rischio reputazionale.	**ORG:** Gestione estemporanea. **TECH:** Nessun registro unico. **REL:** Pressioni esterne.	[**Evidenze/presidi emersi**: L'intervistato riferisce che il gestionale GEVISAN detiene una voce specifica: "Esposti" [**Gap principali**: Cartelle condivise; Gli esposti vengono ricevuti anche a mezzo di chiamata telefonica]	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico; Procedura per la gestione degli esposti e delle segnalazioni.
15	**Imparzial.**	**Esito**: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda**: È garantita la separazione tra controllo e consulenza informale? **Focus**: Commistione tra controllo ufficiale e consulenza informale → compromissione imparzialità, conflitti e trattamenti di favore (canali non tracciati).	**ORG:** Confusione di ruoli. **TECH:** Nessuna tracciabilità contatti. **REL:** Relazioni personali consolidate.	[**Evidenze/presidi emersi**: L'intervistato riferisce la presenza di Controlli documentati]	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
16	**Benessere animale**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** I controlli sul benessere animale sono pianificati e documentati? **Focus:** Controlli sul benessere animale non pianificati/documentati → lacune di copertura e rischio di contestazioni pubbliche, con gestione non uniforme dei casi.	**ORG:** Attività non prioritarizzate. **TECH:** Evidenze carenti. **REL:** Pressioni emotive.	**[Evidenze/presidi emersi:** Documentazione e procedure accompagnate da gestionale CLASSEFARM (Sistema internazionale)	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.
17	**Macellazione/ filiera**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Le attività su macellazione e filiera carni sono presidiate con continuità? **Focus:** Presidio discontinuo su macellazione/filiera carni → controlli non continuativi e rischio sanitario/irregolarità non intercettate (pressioni su tempi e volumi).	**ORG:** Coperture discontinue. **TECH:** Tracciabilità incompleta. **REL:** Pressioni produttive.	**[Evidenze/presidi emersi:** Esiste un Flusso report tra struttura e macello]	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
18	**Campioni / lab.**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda**: Le attività di campionamento e laboratorio sono pianificate e tracciabili? **Focus**: Campionamenti e attività di laboratorio non pienamente pianificati/tracciati → catena del dato debole, risultati non difendibili e rischio di contestazioni/manipolazioni.	**ORG**: Pianificazione carente. **TECH**: Sistemi non integrati. **REL**: Scarsa attenzione alla catena del dato.	Nessuna.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
19	**Sicurezza ispezioni**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** È garantita la sicurezza del personale durante le ispezioni? **Focus:** Misure di sicurezza in ispezione non definite/attuate → esposizione a rischi per il personale e possibile riduzione dell'efficacia dei controlli (rinunce/deroghe).	**ORG:** Procedure di sicurezza assenti. **TECH:** Dotazioni inadeguate. **REL:** Sottovalutazione del rischio.	**[Evidenze/presidi emersi:** Procedure di sicurezza presenti] [	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.
20	**Analisi dati**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** I dati raccolti sono usati per migliorare pianificazione e controlli? **Focus:** Dati dei controlli non analizzati per migliorare pianificazione/presidi → sistema non apprendente, reiterazione criticità e incapacità di individuare red flag.	**ORG:** Nessuna analisi strutturata. **TECH:** Assenza cruscotti. **REL:** Cultura reattiva.	Nessuno.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
21	**Reporting Direz.**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda**: Le attività sono rendicontate periodicamente alla Direzione? **Focus**: Assenza di rendicontazione periodica alla Direzione → rischi non visibili al vertice e decisioni/risorse non orientate da evidenze.	**ORG:** Reporting non richiesto. **TECH:** Indicatori assenti. **REL:** Scarsa attenzione strategica.	Nessuno.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.
22	**KPI controlli**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda**: Esistono indicatori di efficacia e copertura dei controlli? **Focus**: Indicatori di efficacia/copertura non definiti o non condivisi → impossibilità di misurare performance e rischio di copertura "formale" non sostanziale.	**ORG:** Indicatori non definiti. **TECH:** Dati non affidabili. **REL:** Diffidenza verso KPI.	[**Evidenze/presidi emersi**: L'intervistato riferisce dell' esistenza di una Procedura e verifica efficienza ed efficacia]	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
23	**Trasparenza con OSA**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Le relazioni con gli OSA sono gestite in modo trasparente? **Focus:** Relazioni con OSA gestite con contatti informali/non tracciati → rischio di favoritismi, disparità di trattamento e "corruzione percepita".	**ORG:** Contatti informali. **TECH:** Nessuna tracciabilità. **REL:** Familiarità eccessiva.	Nessuno.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.
24	**Escalation criticità**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Le criticità rilevate sono portate alla Direzione? **Focus:** Criticità non portate alla Direzione (filtri informali) → mancata escalation, problemi nascosti e rischio di reiterazione/non gestione delle red flag.	**ORG:** Filtri informali. **TECH:** Report non strutturati. **REL:** Paura di esporsi.	Nessuno.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
25	**Riesame sistema**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Domanda:** Il sistema del Dipartimento è riesaminato periodicamente? **Focus:** Assenza di riesame periodico del sistema → misure non aggiornate, criticità non chiuse e rischio di non conformità/inefficacia complessiva dei controlli.	**ORG:** Riesami non strutturati. **TECH:** Dati non consolidati. **REL:** Approccio difensivo.	Nessuno.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato.	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio; Implementazione dell'impianto tecnologico.

Scheda registro rischi corruttivi - Dipartimento prevenzione medico

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT ¦ Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	Governance	Esito: ☐ Si ☐ Parziale X No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste un Responsabile del Sistema Qualità/Risk del Dipartimento formalmente nominato, con mandato, poteri e flussi verso Direzione? **Focus:** Serve atto formale con perimetro/deleghe e responsabilità su non conformità, indicatori ed escalation.	**ORG** – Fattori abilitanti: • Nomina/mandato chiari; ruoli e sostituzioni formalizzate; riunioni periodiche con follow-up **TECH** – Fattori abilitanti: • Repository unico documenti/versioni; workflow approvazioni tracciato; dashboard indicatori aggiornata **REL** – Fattori abilitanti: • Sponsorship reale Direzione; resistenze interne; pressioni a non far emergere criticità	Gap principali: è stato formalmente richiesto un servizio di digitalizzazione	☐ L X M ☐ H	Processo non presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
2	**Governance**	**Esito:** ☐ Si X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il Dipartimento ha un Piano Qualità/Risk annuale (obiettivi, indicatori, audit, azioni) approvato e monitorato? **Focus:** Verifica pianificazione misurabile (owner, tempi) e gestione CAPA, non solo gestione a emergenze.	**ORG** – Fattori abilitanti: • Piano con owner per azioni; indicatori con soglie/target; calendario audit/riesami e CAPA **TECH** – Fattori abilitanti: • Raccolta dati (anche automatizzata); tracciamento scadenze/reminder; evidenze di riesame (log/verbali) **REL** – Fattori abilitanti: • Obiettivi condivisi o calati dall'alto; cultura dell'errore; influenze per "abbellire" indicatori	Viene utilizzato un sistema informatico regionale	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio
3	**Processi**	**Esito:**	**Quesito:** Le procedure operative (vaccinazioni, screening, controlli,	**ORG** – Fattori abilitanti: • Elenco procedure con versioning;	Viene utilizzato sia il portale delle	X L	Processo presidiato	X L	☐ Alta	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	campionamenti, pareri) sono mappate end-to-end e aggiornate (ultima revisione < 12 mesi)? **Focus:** Rischio "procedura vecchia/assente": variabilità tra sedi/operatori, impatti su qualità e rischio clinico.	aggiornamento dopo eventi/NC; diffusione e presa visione tracciata; gestione deroghe **TECH** – Fattori abilitanti: • Accesso semplice alle versioni vigenti; registro revisioni/motivazioni; modelli standard digitali (verbali, checklist) **REL** – Fattori abilitanti: • Prassi non uniformi ("ognuno fa come ha sempre fatto"); conflitti tra sedi; pressioni a saltare passaggi per tempi/utenza	vaccinazioni che sw gestionali di altri servizi	☐ M ☐ H		☐ M ☐ H	☐ Media X Bassa	
4	Controlli	**Esito:** ☐ Si X Parziale ☐ No	**Quesito:** Esiste un sistema di segnalazione (incident/near miss/NC) attivo nel Dipartimento e si vedono azioni e	**ORG** – Fattori abilitanti: • Canale unico e istruzioni chiare; tempi standard presa in carico/chiusura; gruppo/comitato analisi; verifica efficacia azioni	Il sistema di segnalazioni viene gestito con il Portale delle vaccinazioni	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ N.A.	chiusure (non solo raccolta)? **Focus:** Serve evidenza di presa in carico, analisi causa, azioni, e verifica efficacia (follow-up).	**TECH** – Fattori abilitanti: • Tool ticketing/registro digitale NC; tracciamento stato (aperto/in lavorazione/chiuso); audit trail modifiche/cancellazioni **REL** – Fattori abilitanti: • Paura di esporsi; tendenza a minimizzare; conflitti gerarchici/ritorsioni (colpevolizzazione)						
5	**Vaccinazioni**	**Esito:** ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La catena del freddo è governata con registri completi e gestione non conformità (allarmi, escursioni, scarti) tracciata? **Focus:** Rischio conservazione non	**ORG** – Fattori abilitanti: • Ruoli su controllo temperature/reperibilità; procedure su escursioni e decisione utilizzo/scarto; controlli a sorpresa documentati; gestione scorte/scadenze con doppio controllo	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			conforme, registri compilati a posteriori, scarti non registrati e responsabilità poco chiare.	**TECH** – Fattori abilitanti: • Data logger con download/archiviazione; allarmi notificati e registrati; collegamento lotto→somministrazione ; registri non riscrivibili senza traccia **REL** – Fattori abilitanti: • Pressione utenza ("fatela comunque"); criticità fornitori manutenzione frigo; abitudini locali non allineate tra sedi						
6	**Vaccinazioni**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** È possibile ricostruire, per ogni seduta, chi ha somministrato cosa a chi, con lotto, consenso, controindicazioni e reazioni avverse?	**ORG** – Fattori abilitanti: • Checklist pre-somministrazione; gestione consensi/rifiuti; presidio eventi avversi/farmacovigilanza; supervisione su neo-assegnati	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			Focus: Tracciabilità clinica completa (catena informativa e responsabilità), non solo "è stato vaccinato".	**TECH** – Fattori abilitanti: • Registro vaccinale con log modifiche; campi obbligatori (lotto/operatore/sede/ora); integrazione sistemi regionali/aziendali; report anomalie (mancanti/duplicati) **REL** – Fattori abilitanti: • Pressioni per accelerare e saltare verifiche; utenza conflittuale/reclami; informalità (consenso "dato per scontato")						
7	Screening	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Il percorso screening (invito → esecuzione → referto → comunicazione → presa in carico) ha tempi target e controllo su perdite al follow-up? **Focus:** Gestione continuità e "dispersi"	**ORG** – Fattori abilitanti: • Responsabili di fase ed escalation sui ritardi; procedure su mancata presentazione e re-invito; gestione priorità clinica documentata; riesame periodico casi critici	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			(rischio clinico e reputazionale).	**TECH** – Fattori abilitanti: • Tracking univoco paziente/stato pratica; alert automatici scadenze/ritardi; log su cambi stato e modifiche dati **REL** – Fattori abilitanti: • Pressioni per scorciatoie; disallineamento con erogatori esterni; disparità di trattamento tra territori						
8	**Ispezioni/Controlli**	**Esito**: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La programmazione dei controlli (ambienti di lavoro, comunità, scuole, strutture) è risk-based e protetta da richieste "pilotate"? **Focus:** Rischio controlli "a chiamata", favoritismi, omissioni e	**ORG** – Fattori abilitanti: • Criteri oggettivi/documentati di programmazione; approvazione e modifiche tracciate; rotazione ispettori e coppia ispettiva nei casi sensibili; gestione conflitti di interesse	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Formazione specifica per i rapporti verso i terzi Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			concentrazioni anomale su alcuni soggetti.	dichiarata **TECH** – Fattori abilitanti: • Piano controlli su sistema con storico modifiche; registri accessi/georeferenziazione ove applicabile; verbali digitali con timestamp e firma **REL** – Fattori abilitanti: • Pressioni politiche/imprenditoriali; rapporti "storici" con controllati; rischio collusione (preavvisi indebiti)						
9	Ispezioni/Controlli	Esito: ☐ Sì ☐ Parziale	**Quesito:** Chi può ridurre/archiviare esiti ispettivi, prescrizioni o sanzioni, e con quali livelli autorizzativi e tracciabilità?	**ORG** – Fattori abilitanti: • Segregazione tra ispettore e decisore finale; secondo livello revisione su casi critici; motivi standard	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Formazione specifica per i rapporti verso i terzi Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ No ☐ N.A.	**Focus:** Verifica "leva" per aggiustare esiti senza controllo: segregazione funzioni e audit trail.	archiviazioni/riduzioni; controlli campionari su esiti anomali **TECH** – Fattori abilitanti: • Workflow autorizzativo con audit trail; immodificabilità verbali firmati (o versioning forte); report su archiviazioni/riduzioni per ispettore/sede **REL** – Fattori abilitanti: • Pressioni dirette; intermediazioni informali; tolleranza verso irregolarità "minori"						
10	**Campionamenti**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No	**Quesito:** i campionamenti (acque/alimenti/ambienti) seguono una catena tracciata: prelievo → sigillo → trasporto → laboratorio → esito, senza punti "ciechi"?	**ORG** – Fattori abilitanti: • Checklist prelievo e custodia sigilli; ruoli/responsabilità trasporto; gestione non conformità (campione non idoneo); doppio controllo etichettatura e	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Formazione specifica per i rapporti verso i terzi Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ N.A.	**Focus:** Rischio sostituzione campione, rottura catena custodia, esiti non riconducibili e contenzioso.	verbale **TECH** – Fattori abilitanti: • Etichette con codice univoco/QR; registro digitale catena custodia (timestamp); integrazione LIS o tracciatura esiti **REL** – Fattori abilitanti: • Pressioni da soggetti controllati; tentativi di negoziare luogo/tempi prelievo; conflitti in piccoli territori (conoscenze personali)						
11	**Gestione emergenze**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Per allerte (focolai, tossinfezioni, rischi ambientali) esiste una catena decisionale e un registro delle decisioni (chi decide cosa e quando)?	**ORG** – Fattori abilitanti: • Piano emergenze aggiornato/testato; ruoli su reperibilità/sostituzioni; registro decisioni/azioni e responsabilità; debrief post-evento con azioni correttive	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			Focus: Serve tracciabilità decisioni/criteri/comunicazioni per evitare improvvisazione e scarico responsabilità.	**TECH** – Fattori abilitanti: • Canali ufficiali comunicazioni (PEC/registro); cronologia digitale degli atti; templiate comunicazioni e checklist operative **REL** – Fattori abilitanti: • Pressione mediatica/politica; rapporti con sindaci/enti/gestori privati; conflitti tra strutture (chi "comanda" sul campo)						
12	**Autorizzazioni/Pareri**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No	**Quesito:** Le pratiche autorizzative/pareri (strutture, eventi, attività) hanno criteri e checklist e si controllano deroghe e tempi anomali? **Focus:** Rischio corsie preferenziali, disparità di	**ORG** – Fattori abilitanti: • Checklist standard per tipologia; assegnazione pratiche con criteri non discrezionali; tracciamento scadenze/solleciti; riesame pratiche	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ N.A.	trattamento, pareri "ritagliati", pratiche ferme senza motivo.	accelerate o rallentate **TECH** – Fattori abilitanti: • Protocollo informatico + workflow istruttorio; log assegnazioni/riassegnazioni; report tempi medi per tipologia/istruttore **REL** – Fattori abilitanti: • Pressioni di gestori/associazioni; interventi "per conoscenza" informali; conflitti di interesse territoriali						
13	**Gestione reclami**	**Esito**: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Reclami/segnalazioni (utenza, imprese, enti) sono protocollati, classificati per rischio e chiusi con esito motivato e tempi? **Focus:** Se non governati: problemi ripetuti,	**ORG** – Fattori abilitanti: • Canale unico e responsabilità presa in carico; classificazione per priorità/gravità; tempi standard ed escalation; analisi trend e azioni preventive	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			selezione "cosa rispondo", rischio reputazionale.	**TECH** – Fattori abilitanti: • Ticketing/registro digitale con storico; allegati e comunicazioni tracciate; report periodico tempi e backlog **REL** – Fattori abilitanti: • Utenza aggressiva/clientelare; pressioni per chiudere senza approfondire; conflitti con soggetti controllati (ritorsioni/querela)						
14	**Dati e tracciabilità**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Chi può creare/modificare/cancellare dati critici (registri vaccinazioni, esiti, verbali, pratiche) e i log sono consultati davvero? **Focus:** Integrità dati: profilazione, segregazione, tracciabilità	**ORG** – Fattori abilitanti: • Matrice autorizzazioni per ruolo (minimo privilegio); segregazione funzioni (inserisce ≠ valida); revisione periodica utenze/cessazioni; procedure rettifiche dati	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			e controllo effettivo dei log (non "ci sono ma nessuno li guarda").	**TECH** – Fattori abilitanti: • Log non alterabili e conservazione adeguata; alert su cancellazioni/modifiche massive; backup testati e ripristino verificato **REL** – Fattori abilitanti: • Condivisione credenziali/utenze di reparto; scorciatoie informali tollerate; pressioni per "aggiustare" dati a posteriori						
15	**Reporting direzionale**	Esito: ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La Direzione riceve un cruscotto periodico (mensile/trimestrale) su qualità/risk: indicatori, NC, tempi, anomalie, azioni? **Focus:** Senza reporting vero il sistema	**ORG** – Fattori abilitanti: • Indicatori definiti con owner; riesami con verbali e decisioni; follow-up azioni e responsabilità; escalation su scostamenti gravi **TECH** – Fattori abilitanti: • Dashboard affidabile (fonte	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			qualità/risk è "decorativo": misura governance e trasparenza interna.	dati/aggiornamento); tracciamento versioni report; drill-down per sede/servizio/operatore (ove lecito) **REL** – Fattori abilitanti: • Selezione "politica" indicatori; paura esposizione criticità; conflitti tra livelli dirigenziali su responsabilità						
16	**Audit**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Vengono eseguiti audit interni (anche leggeri) su processi critici e si vede evidenza di esiti e piani di miglioramento? **Focus:** Audit = prova di controllo: check reali con follow-up, non ispezioni occasionali senza chiusura.	**ORG** – Fattori abilitanti: • Piano audit per aree a rischio; auditor indipendenti dalla linea; registro rilievi e scadenze CAPA; verifica chiusura e re-audit **TECH** – Fattori abilitanti: • Checklist digitali e raccolta rilievi strutturata; evidenze tracciate dei rilievi; statistiche su ripetizione rilievi per sede	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo parzialmente presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Formazione specifica Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				REL – Fattori abilitanti: • Resistenze a "essere auditati"; conflitti auditor-auditato (territorio piccolo); pressioni a chiudere "facile" i rilievi						
17	**Formazione**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La formazione obbligatoria e mirata (vaccini, campionamenti, ispezioni, gestione eventi) è tracciata e collegata a criticità/emersioni? **Focus:** Non "fare ore": coerenza con rischi reali e verifica competenze, specie su turnover/neo-assegnati.	**ORG** – Fattori abilitanti: • Piano formativo per ruoli critici; affiancamento/abilitazioni (chi può fare cosa); verifiche post-formazione; richiami mirati dopo NC/eventi **TECH** – Fattori abilitanti: • LMS/registro digitale presenze/attestati; alert scadenze; tracciamento abilitazioni per procedura/attività **REL** – Fattori abilitanti: • Cultura "firma e via"; difficoltà a fermare	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				servizi per formazione; conflitti sindacali/organizzativi su turni						
18	**Fornitori/Servizi**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Per servizi critici (smaltimento, manutenzioni, disinfestazione, reagenti, trasporti campioni) esistono controlli qualità su esecuzione e non conformità? **Focus:** Rischio qualità "esternalizzato": l'impatto resta sul Dipartimento se il fornitore sbaglia.	**ORG** – Fattori abilitanti: • Capitolati con requisiti misurabili; controlli in accettazione/periodici; registro NC fornitori e penali/azioni; referente unico e sostituzioni formalizzate **TECH** – Fattori abilitanti: • Report fornitore tracciati; registri digitali interventi/manutenzioni; evidenza controlli (timestamp, checklist) **REL** – Fattori abilitanti: • Pressioni/relazioni consolidate con fornitori; rischio "chiudere un occhio" per continuità; segnalazioni informali non registrate	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
19	Sicurezza operatori	Esito: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	Quesito: Gli operatori del Dipartimento hanno presidi per sicurezza (DPI, rischio biologico, aggressioni, visite esterne) e si registrano incidenti? Focus: Se personale non protetto: aumento errore/assenze; serve registro incidenti e misure operative.	ORG – Fattori abilitanti: • Procedure sopralluoghi/visite esterne; valutazione rischio aggressione e misure; registro incidenti/infortuni/near miss; disponibilità DPI e controlli scorte TECH – Fattori abilitanti: • Tracciamento consegna DPI e scadenze; registro digitale eventi sicurezza; canali rapidi di allerta ove previsti REL – Fattori abilitanti: • Contesti ostili (imprese/utenza); pressioni a operare senza supporto; normalizzazione del rischio ("è sempre stato così")	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
20	**Documentazione**	**Esito**: X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Verbali, referti, note e atti del Dipartimento sono standardizzati e si impediscono modifiche "postume" non tracciate? **Focus:** Documento "difendibile": versioning, firme, data certa, blocchi editing dopo chiusura pratica.	**ORG** – Fattori abilitanti: • Modelli ufficiali e obbligatorietà uso; firma/controfirma casi critici; regole correzioni/annullamenti; controllo qualità su campione di atti **TECH** – Fattori abilitanti: • Firma digitale/timestamp/protocollo integrato; versioning e storici accessi; blocchi su editing dopo chiusura pratica **REL** – Fattori abilitanti: • Richieste "di favore" su testi/verbali; pressioni legali/contenzioso a posteriori; abitudine file locali condivisi	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio
21	**Gestione anomalie**	**Esito**: X Sì ☐ Parziale	**Quesito:** Quando emerge un'anomalia grave (dato errato, esito incoerente, lotto problematico, esposto mediatico), c'è una procedura di	**ORG** – Fattori abilitanti: • Soglie di attivazione e chi decide; comunicazioni interne formalizzate; ruoli comunicazione esterna;	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Predisposizione di procedure adeguate Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ No ☐ N.A.	escalation e comunicazione? **Focus:** Gestione controllata: decisioni tracciate; chi parla e cosa si comunica (interno/esterno).	debrief e azioni preventive **TECH** – Fattori abilitanti: • Canale ufficiale allerta (mail/PEC/ticket); registro cronologico azioni/decisioni; template comunicazioni e Q&A standard **REL** – Fattori abilitanti: • Pressione mediatica/politica; conflitti tra strutture; rischio "copertura" invece di gestione trasparente						Implementazione dell'impianto tecnologico
22	**Privacy e dati sanitari**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** I dati sanitari trattati (vaccinazioni, screening, certificazioni) hanno misure reali: accessi profilati, minimizzazione, invii sicuri, tracciamento? **Focus:** Rischio qualità +	**ORG** – Fattori abilitanti: • Istruzioni operative per trattamenti tipici; ruoli autorizzati e formazione privacy mirata; regole su stampa/archiviazione/invio; gestione data breach **TECH** – Fattori abilitanti:	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Implementazione dell'impianto tecnologico Implementazione nomine privacy Procedure

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			GDPR: invii su canali impropri, stampe lasciate, accessi eccessivi, esportazioni non governate.	• Cifratura/PEC/canali sicuri; log accessi e audit periodici; limitazione export e controlli **REL** – Fattori abilitanti: • Richieste improprie da terzi; pressioni per inviare su canali informali; cultura confidenzialità disomogenea							Audit
23	**Conflitti di interesse**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Per attività a rischio (ispezioni, pareri, autorizzazioni, fornitori) esiste una gestione operativa dei conflitti di interesse (dichiarazioni + sostituzioni)? **Focus:** Non basta dichiarazione annuale: cosa succede "nel caso" e	**ORG** – Fattori abilitanti: • Dichiarazioni aggiornate e verifiche a campione; procedura astensione/sostituzione; tracciamento assegnazioni pratiche sensibili; controllo rotazione su soggetti ricorrenti **TECH** – Fattori abilitanti: • Registro digitale	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			come si documenta astensione/sostituzione.	assegnazioni e motivazioni; alert su pratiche sempre allo stesso operatore; tracciabilità sostituzioni (chi/quando/perché) **REL** – Fattori abilitanti: • Territorio piccolo e relazioni diffuse; pressioni a non creare problemi; normalizzazione contatti informali con controllati						
24	**Continuità operativa**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** In caso di assenze, picchi, sistemi down, c'è un piano minimo di continuità (priorità servizi, back-up manuale, recupero dati)? **Focus:** Evitare buchi di tracciabilità e scelte arbitrarie quando mancano persone o i sistemi non funzionano.	**ORG** – Fattori abilitanti: • Piano sostituzioni e priorità servizi; procedure manuali controllate e riconciliazione; regole backlog e recupero attività; simulazioni periodiche del piano **TECH** – Fattori abilitanti: • Backup e ripristino testati; moduli offline	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio Predisposizione di una procedura per la gestione delle assenze Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				standard e protocollazione successiva; registro eventi "sistema down" e impatti **REL** – Fattori abilitanti: • Pressioni utenza in emergenza; decisioni "a voce" non tracciate; tensioni tra sedi su redistribuzione carichi						
25	**Chiusura ciclo e miglioramento**	**Esito:** ☐ Sì X Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Negli ultimi 12 mesi, potete indicare 3 criticità emerse (errori, ritardi, NC, reclami) e mostrare cosa è cambiato (azione + controllo efficacia)? **Focus:** Domanda "verità": esempi concreti e cambiamenti verificati;	**ORG** – Fattori abilitanti: • Registro criticità con owner e scadenze; azioni strutturali (non solo richiami); controllo efficacia 30/60/90 gg; lezioni apprese diffuse **TECH** – Fattori abilitanti: • Dati prima/dopo disponibili; tracciamento	Nessuna	☐ L X M ☐ H	Processo carente	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta X Media ☐ Bassa	Monitoraggio Procedura specifica Audit

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Quesito/Evento rischioso valutato	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			altrimenti qualità/risk resta solo formale.	CAPA e chiusure verificabili; report comparativi e trend accessibili **REL** – Fattori abilitanti: • Disponibilità a far emergere problemi; rischio narrazione difensiva ("tutto ok"); pressioni a chiudere senza cambiare processi						

Scheda registro rischi corruttivi - Dipartimento del Farmaco

ASP Agrigento – PIAO/PTPCT ¦ Output per Risk Register qualitativo (L/M/H)

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
1	Governance	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Ruoli e responsabilità RACI (i.e. Responsabile (la persona che svolge il compito), Approvato (la persona che convalida), Consultato (gli esperti che vengono consultati per avere consigli) e Informato (coloro che vengono tenuti informati ma non devono intervenire) su acquisti, ricezione, magazzino, distribuzione e registri AIFA sono formalizzati e aggiornati? **Focus:** Verifica se "chi fa cosa" è formalizzato e riconosciuto sui passaggi sensibili (autorizzazioni, carichi/scarichi, deroghe). Senza RACI aumentano	ORG: • Delega/compiti non formalizzati • Accentramento su 1 persona di più fasi • Controlli di 2° livello assenti • Procedure non aggiornate/ignote TECH: • Profili applicativi non coerenti coi ruoli • Utenze condivise o "generiche" • Log non consultati/inesistenti • Assenza workflow autorizzativi REL: • Pressioni "informali" per accelerare • Abitudine a bypassare	**[Evidenze/presidi emersi:** Presente Organigramma e funzionigramma; Presente Gestionale EUsis di GPI	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
			zone grigie e scarico di responsabilità.	i canali • Rapporti personali consolidati • Cultura del "si è sempre fatto così"						
2	**Governance**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le decisioni chiave (formulario, equivalenze, inserimenti/limitazioni, deroghe) sono assunte con verbali e motivazioni tracciate? **Focus:** Serve traccia di chi decide, perché e su quali dati. Punto tipico di rischio di influenza esterna o favoritismi.	ORG: • Verbali assenti o sintetici • Criteri non predefiniti • Conflitti d'interesse non gestiti • Deroghe senza motivazione standard TECH: • Repository documentale non unico • Versioning non controllato • Mancanza firma digitale/metadata • Dati a supporto non archiviati/agganciati REL: • Influenza di singoli clinici "forti" • Interazioni frequenti con aziende • Pressioni su	**[Evidenze/presidi emersi:** Presenti Regole standard e verbali con criteri predefiniti; Archiviazione specifica.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				tempi/decisioni • Timore di conflittualità interna						
3	**Governance**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Esiste un registro operativo delle deroghe (urgenze, fuori contratto, extra-formulario) con analisi periodica delle cause? **Focus:** Le eccezioni sono governate o diventano prassi? Le deroghe ricorrenti sono	ORG: • Deroghe autorizzate "a voce" • Nessuna revisione periodica TECH: • Assenza tracciamento nel gestionale • Motivi deroga non codificati REL: • Pressioni da reparti/clinici • Canali preferenziali con fornitori	Nessuna	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;
4	**Pianificazione fabbisogni**	**Esito:** X Si ☐ Parziale	**Quesito:** Il fabbisogno farmaci (inclusi alto costo) è stimato con criteri oggettivi e condivisi (consumi, epidemiologia, scorte, gare) e non "a richiesta"?	ORG: • Metodo non formalizzato • Mancanza confronto strutturato con reparti • Budget non integrato coi consumi	Nessuna.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ No ☐ N.A.	**Focus:** Gli ordini nascono da dati o da spinte contingenti? Pianificazione debole genera urgenze, deroghe e spazio a condizionamenti.	• Ruolo controllo di gestione assente TECH: • Consumi non estratti dal sistema • Anagrafiche non pulite (ATC/UDM) ▪ Assenza forecasting/scorte minime • KPI non disponibili (rotazione/stock-out) REL: • Pressioni dei reparti su priorità ▪ Spinte su nuovi prodotti/indicazioni • Interesse a mantenere fornitori "amici" • Conflitti tra unità operative						
5	**Formulario/ appropriatezza**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No	**Quesito:** Le richieste di inserimento di nuovi farmaci/estensioni d'uso seguono un percorso standard (valutazione, criteri, motivazione, limiti d'uso)? **Focus:** Rischio di	ORG: • Commissione non stabile o non formata • Criteri di valutazione non scritti ▪ Dichiarazioni COI non raccolte • Limitazioni d'uso non definite	Nessuna.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio:

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ N.A.	inserimenti per pressione commerciale/clinica senza valutazione strutturata e limiti chiari.	TECH: • Assenza template e workflow • Dossier non archiviati centralmente • Decisioni non collegate a dati/consumi • Report pre/post non prodotto REL: • Presenza di KOL "dominanti" • Relazioni strette con aziende •Sponsorizzazioni/ incarichi esterni • Pressione per "fare presto"						
6	**Rapporti con aziende**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Gli accessi degli informatori scientifici e i contatti con aziende farmaceutiche sono regolati (agenda, luoghi, tracciamento, divieti)? **Focus:** Se l'informatore "gira libero", aumenta rischio di influenza impropria su scelte terapeutiche e acquisti.	ORG: • Regolamento assente/non applicato • Autorizzazioni non gestite • Nessuna supervisione dei contatti • Regole su omaggi/campioni ambigue TECH: • Nessun sistema	Nessuna.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				registrazione accessi • Agenda non condivisa/tracciata • Audit su badge/ingressi assente • Report contatti non estraibili REL: • Familiarità e favori consolidati • Pressioni commerciali su reparti/farmacia • Cultura permissiva ("non fa male") • Rischio collusione su scelte/deroghe					
7	**Sponsorizzazioni/ ECM**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Sponsorizzazioni, ECM, convegni e benefit sono gestiti con regole chiare (autorizzazioni, trasparenza, criteri selezione)? **Focus:** Formazione come canale di indebita influenza: serve procedura, criteri, tracciabilità dei beneficiari e motivazioni.	ORG: • Criteri selezione assenti • Autorizzazioni informali • Mancata rotazione/pubblicità interna • Controllo COI non svolto TECH: • Anagrafe eventi/partecipazioni assente • Documenti in archivi personali	**[Evidenze/presidi emersi:** Esiste regolamento aziendale	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Workflow approvativo mancante • Report annuale non prodotto REL: • Pressioni aziende su nominativi • Ricompense a prescrittori • Aspettative di reciprocità • Resistenza a regole e trasparenza						
8	**Campioni/ uso compassionevole**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Campioni gratuiti, uso compassionevole/early access sono tracciati end-to-end (ricezione, consegna, paziente, residui)? **Focus:** Entrano/escono farmaci senza circuito controllato? Area dove sparizioni e favoritismi possono passare sotto radar.	ORG: • Procedura assente/non nota • Custodia non definita • Nessun doppio controllo in consegna • Tracciamento paziente incompleto TECH: • Tracciatura solo manuale (Excel) • Barcode/lotto/scadenza non registrati • Log movimentazioni non disponibili • Alert su anomalie/residui assente	**[Evidenze/presidi emersi:** Esiste Procedura	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / faltori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				REL: • Pressioni su "chi riceve" il beneficio • Rapporti diretti medico-azienda • Percezione di zona franca clinica • Favoritismi verso pazienti specifici						
9	**Gare/ capitolati**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Nella costruzione dei capitolati/lotto, la Farmacia documenta criteri e fabbisogni e gestisce conflitti d'interesse (no specifiche su misura)? **Focus:** Intercetta bandi "cuciti su misura" e requisiti che restringono concorrenza: servono disciplina e tracciabilità delle scelte tecniche.	ORG: • Ruoli farmacia-provveditorato confusi • Assenza checklist anti-bias • Revisione tecnica indipendente assente • Segregazione/rotazione carente TECH: • Archivio versioni capitolato non controllato • Commenti/modifiche non tracciati • Dati di mercato non allegati • Audit trail contributi esterni assente REL: • Pressioni fornitori su specifiche	Capitolato gestito da Centrale unica di committenza.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Relazioni pregresse con operatori • Spin reparti su brand specifici • Rischio anticipazione contenuti gara						
10	**Commissioni/valutazione**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La valutazione tecnica nelle gare avviene con griglie, motivazioni e tracciabilità delle scelte, evitando discrezionalità libera? **Focus:** Valutazione difendibile: criteri prima e motivazioni puntuali. Se no, aumenta rischio favoritismi e contenzioso.	ORG: • Griglie non standardizzate • Motivazioni non puntuali • Commissari sempre gli stessi • Gestione COI debole TECH: • Piattaforma non usata pienamente • Documenti scambiati via mail • Log accessi/valutazioni assenti • Versioni griglie non conservate REL: • Influenza esterna su commissari • Pressioni interne per chiudere • Rapporti personali con fornitori	Nessuna.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Cultura del "facciamo passare"						
11	**Urgenze/ deroghe**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Le urgenze (somma urgenza, affidamenti rapidi, fuori convenzione) sono rare, motivate e controllate a posteriori? **Focus:** Se "urgenza" è ordinaria, è un red flag. Mira a far emergere se l'eccezione è canale sistemico.	ORG: • Criteri urgenza non definiti • Controllo ex post assente • Accentramento decisionale • Mancata analisi cause (stock-out) TECH: • Urgenze non codificate nel sistema • Tracce autorizzative mancanti • Report urgenze non automatico • Dati stock-out non disponibili REL: • Pressioni reparti/pazienti • Fornitori "pronti" sempre gli stessi • Aspettative di scorciatoie • Timore responsabilità clinica	Nessuna.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
12	**Contratti/prezzi**	**Esito**: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Sconti, note credito, payback e condizioni economiche sono riconciliati e verificati (farmacia-contabilità-provveditorato)? **Focus:** Evita perdite silenziose e margini su condizioni economiche. Se non riconcili, terreno fertile per errori e opacità.	ORG: • Riconciliazioni senza responsabile • Controlli campionari assenti • Flusso farmacia-ragioneria non strutturato • Gestione contestazioni debole TECH: • Sistemi non integrati (ordine-fattura-magazzino) • Match automatico non attivo • Report differenze prezzi assente • Dati modificabili post-contabilizzazione REL: • Pressioni per chiudere fatture • Rapporti privilegiati con fornitori • Tolleranza su scostamenti frequenti • Scarsa cultura contestazione formale	Nessuna.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
13	**Richieste/ ordini**	Esito: X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** La generazione dell'ordine (richiesta, autorizzazione, emissione) è segregata e tracciata (nessuno fa tutto da solo)? **Focus:** Triade rischio: chi richiede, chi autorizza, chi emette/gestisce. Se coincide, aumenta rischio acquisti non necessari o pilotati.	ORG: • Segregazione non rispettata • Deleghe troppo ampie • Controllo budget non vincolante • Revisioni periodiche ordini assenti TECH: • Workflow approvativo non configurato • Log autorizzazioni non consultabili • Utenze condivise • Ordini fuori sistema (mail/fax) frequenti REL: • Pressioni per ordini last minute • Fornitori contattano direttamente operatori • Prassi di favore per accelerare • Conflitto urgenza clinica vs regole	**[Evidenze/presidi emersi:** Persente segregazione di funzione	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
14	**Ricezione/ accettazione**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Alla ricezione merce si verifica corrispondenza ordine-DDT-lotto-scadenza-quantità e si gestiscono formalmente le non conformità? **Focus:** Gate critico: evita ingresso merce non conforme o gonfiata. Intercetta tolleranza e informalità nei controlli.	ORG: • Check ricezione non standardizzato • Doppio controllo assente • Resi/non conformità gestiti a voce • Pressione ad accettare comunque TECH: • Barcode/lotto non usato sistematicamente • Carico manuale senza controlli • Documentazione non archiviata • Alert scadenze/lotto non attivi REL: • Pressioni fornitore/trasportatore • Relazioni informali con addetti consegna • Tolleranza su piccole difformità • Scarsa contestazione scritta	**[Evidenze/presidi emersi:** Presenti Controlli su conformità ordini	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;
15	**Magazzino**	**Esito:**	**Quesito:** Inventari e riconciliazioni scorte sono svolti con regole, indipendenza e gestione	ORG: • Inventari sporadici o di facciata • Chi conta è lo stesso	**[Evidenze/presidi emersi:** Inventario eseguito secondo	X L	Processo presidiato	X L	☐ Alta	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	strutturata degli scostamenti? **Focus:** Emergono "buchi di magazzino"? Se scostamenti non spiegati e chiusi, rischio (anche sottrazioni) cresce.	che gestisce • Scostamenti non analizzati • Mancanza soglie e azioni correttive TECH: • Movimentazioni non tracciate in tempo reale • Audit trail su rettifiche assente • Report scostamenti non disponibile • Accessi fisici non registrati in aree sensibili REL: • Pressioni a sistemare differenze • Tolleranza verso anomalie • Possibili collusioni interne • Paura di segnalare problemi	procedura specifica **[Gap principali:** _____ _____]	☐ M ☐ H		☐ M ☐ H	☐ Media X Bassa	
16	**Scadenze/ resi**	**Esito:** X Si	**Quesito:** Scadenze, resi, distruzioni e richiami sono gestiti con tracciabilità completa (quantità, lotto, autorizzazioni, destino)?	ORG: • Procedura scadenze non applicata • Autorizzazioni distruzione non chiare • Custodia temporanea	Presente procedura	X L ☐ M	Processo presidiato	X L ☐ M	☐ Alta ☐ Media	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Focus:** Farmaci scaduti/ritirati devono essere blindati: se processo debole, rischio dispersione e irregolarità.	non sicura • Verifiche su resi da reparti assenti TECH: • Tracciamento lotto/scadenza incompleto • Report scadenze non automatico • Rettifiche manuali senza motivazione • Legame tra richiamo e movimentazioni assente REL: • Pressioni per non buttare nulla • Gestione informale nei reparti • Rischio riutilizzo improprio • Sottovalutazione impatto sicurezza		☐ H		☐ H	X Bassa	
17	**Distribuzione reparti**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale	**Quesito:** La distribuzione ai reparti è tracciata fino all'unità operativa/lotto (non scarichi generici), con controlli su prelievi e resi?	ORG: • Regole consegna non uniformi • Resi non formalizzati • Responsabili di reparto non identificati • Controlli a campione inesistenti	Nessuna.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ No ☐ N.A.	**Focus:** Se lo scarico è generico, si perde controllo. Intercetta tracciabilità e rischio dispersione/sottrazioni.	TECH: • Barcode non usato in uscita • Scarichi massivi manuali • Log su modifiche post-scarico assente • Integrazione con sistemi di reparto assente REL: • Pressioni per consegne extra regola • Prestiti tra reparti • Scarsa disciplina su resi • Conflitti farmacia-reparti su scorte						
18	**Distribuzione diretta**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No	**Quesito:** La distribuzione diretta al paziente (PHT/DD) verifica requisiti e continuità con tracciamento consegne, deleghe, ritiro e anomalie? **Focus:** Rischio consegne	ORG: • Regole su deleghe/identificazione deboli • Verifica requisiti non standardizzata • Gestione doppie consegne non	Nessuna.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ N.A.	non dovute, favoritismi, perdita tracciabilità su deleghe/ritiri/duplicazioni.	TECH: • Tracciatura consegne incompleta (data/operatore) • Alert su ritiri ravvicinati assenti • Integrazione con piani terapeutici incompleta REL: • Pressioni utenza/associazioni • Richieste eccezionali frequenti • Favoritismi su priorità • Aggressività che spinge a bypassare						
19	**Alto costo/cold chain**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Farmaci ad alto costo e/o catena del freddo sono gestiti con controlli rafforzati (accessi, temperature, tracciabilità, scarti)? **Focus:** Controllo fisico + controllo dati su prodotti ad alto valore e rischio contestazioni/sottrazioni.	ORG: • Accessi non limitati • Regole custodia non rispettate • Doppio controllo su prelievi assente • Gestione scarti non formalizzata TECH: • Monitor temperature senza allarmi/registri • Log accessi frigo/armadi assenti • Tracciamento lotto incompleto • Report scarti/perdite	Nessuna.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				non prodotto REL: • Pressioni per ottenere il farmaco • Richieste improprie • Conflitti con reparti su disponibilità • Interessi esterni su prodotti di valore						
20	**Stupefacenti**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Stupefacenti e farmaci a controllo speciale seguono un ciclo blindato (registri, doppia firma, custodia, riconciliazioni, audit)? **Focus:** Area ad altissimo rischio: se controlli assenti, esplodono furti/manomissioni e responsabilità.	ORG: • Doppia firma non sistematica • Custodia chiavi non regolata • Audit periodici non previsti • Scostamenti senza escalation TECH: • Registri non coerenti col gestionale • Rettifiche senza audit trail • Accessi a funzioni sensibili non limitati • Alert su scostamenti/consumi anomali assente REL: • Pressioni da reparti/urgenze	Nessuna.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
				• Rischio collusione interna • Timore di segnalare anomalie • Normalizzazione di aggiustamenti						
21	**Dati AIFA/ rimborsi**	**Esito:** X Sì ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** Registri AIFA, piani terapeutici e rendicontazioni (incl. rimborsi) sono gestiti con controlli su qualità dati, accessi e riconciliazioni clinico-farmacia? **Focus:** Integrità dato che impatta soldi e appropriatezza. Se dati instabili, aumentano rischi amministrativi e margini di abuso.	ORG: • Data owner non definito • Controlli coerenza non formalizzati • Riconciliazione con clinici irregolare • Gestione errori senza escalation TECH: ▪ Permessi troppo ampi • Log modifiche non monitorati • Campi obbligatori aggirabili • Report rimborsi/scarti non automatizzato REL: • Pressioni per far tornare i numeri • Conflitti tra reparti e farmacia • Accomodamenti per evitare contestazioni • Bassa cultura del dato come prova	Nessuna.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
22	**Appropriatezza**	**Esito:** X Si ☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Quesito:** È presidiato l'uso off- label/extra-formulario con autorizzazioni, motivazioni cliniche, limiti e monitoraggio consumi? **Focus:** Intercetta uso libero fuori regole: chi autorizza, su cosa, e come si controlla nel tempo.	ORG: • Percorso autorizzativo assente • Commissione non coinvolta • Criteri e limiti non definiti TECH: • Prescrizioni non interrogabili per indicazione • Motivazioni non tracciate • Report off-label REL: • Pressioni cliniche e aspettative pazienti • Influenza aziende su indicazioni di fatto • Conflitto evidenza vs abitudini	Nessuna.	X L ☐ M ☐ H	Processo presidiato	X L ☐ M ☐ H	☐ Alta ☐ Media X Bassa	Monitoraggio;
23	**Farmacovigilanza**	**Esito:** X Si	**Quesito:** La farmacovigilanza (ADR - Adverse Drug Reaction, difetti qualità, near miss)	ORG: • Ruoli FV non chiari • Formazione intermittente	Nessuna.	X L ☐ M	Processo presidiato	X L ☐ M	☐ Alta ☐ Media	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	è integrata tra reparti e farmacia, con feedback e trend analysis? **Focus:** Se le segnalazioni non circolano, si perdono segnali su rischio clinico e qualità (anche su forniture/lotto).	• Feedback ai segnalanti assente • Analisi trend non svolta TECH: • Canale segnalazione poco usabile • Dati FV non strutturati/estraibili • Nessuna dashboard eventi • Integrazione con lotti/forniture assente REL: • Sottosegnalazione per paura/abitudine • Pressioni a non creare problemi • Conflitti tra reparti su responsabilità • Relazioni con aziende che disincentivano segnalazioni		☐ H		☐ H	X Bassa	
24	**Terze parti/ logistica**	**Esito:** X Si	**Quesito:** Se ci sono terze parti (depositi, trasporto, service, preparazioni), i contratti prevedono SLA, controlli, audit e gestione non conformità?	ORG: • Contratti senza SLA/penali chiare • Audit fornitore non pianificati • Ruolo di controllo	Nessuna.	X L ☐ M	Processo presidiato	X L ☐ M	☐ Alta ☐ Media	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ Parziale ☐ No ☐ N.A.	**Focus:** Rischio fuori casa: se la catena è esterna ma non governata, perdi controllo su qualità, tempi, tracciabilità e responsabilità.	non assegnato • Gestione reclami/ non conformità debole TECH: • Tracciamento spedizioni non integrato • Evidenze consegna non affidabili • Log temperature trasporto non disponibili • Report performance non automatico REL: • Dipendenza da un unico fornitore • Rapporti personali con referenti esterni • Pressioni per chiudere un occhio • Scarsa cultura enforcement contrattuale		☐ H		☐ H	X Bassa	
25	**Anomalie/ reporting**	Esito: X Sì ☐ Parziale	**Quesito:** Esiste un reporting direzionale periodico (KPI e red flag) su consumi, scostamenti, deroghe, stock-out, urgenze, scadenze, scarti, contenziosi?	ORG: • KPI non definiti o non assegnati • Riunioni di riesame assenti • Azioni correttive non tracciate • Escalation su red flag	Nessuna.	☐ L ☐ M ☐ H	X L ☐ M ☐ H	Process o presidia to	X L ☐ M ☐ H	Monitoraggio;

#	Ambito (processo)	Risposta al quesito	Evento rischioso possibile (Focus)	Cause / fattori abilitanti valutati	Controlli esistenti (evidenze)	Rischio inerente	Motivazione valutazione	Rischio residuo atteso (post-misure)	Priorità trattamento	Note / misure / azioni
		☐ No ☐ N.A.	**Focus:** Senza reporting, il rischio non sale e resta invisibile. Misura capacità di controllo e reazione.	ricorrenti assente TECH: • Dashboard assente • Report manuali non replicabili • Dati non affidabili/incompleti • Controllo accessi su report sensibili assente REL.: • Resistenza a mettere numeri • Paura di responsabilità e conflitti • Normalizzazione anomalie • Pressioni a presentare quadro pulito						

Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 2458 **DEL** 04 DIC. 2025

OGGETTO: Modifica quali-quantitativa dotazione organica approvata con delibera n. 72 del 18.01.2022.

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.C. SERVIZIO RISORSE UMANE

PROPOSTA N. 2567 DEL 27/11/2025

IL FUNZIONARIO AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Roberta Danile

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
UOS TRATTAMENTO GIURIDICO
Dott. Giuseppe Schifano

IL DIRETTORE U.O.C.
SERVIZIO RISORSE UMANE
Dott. Massimo Petrantoni

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:
( ) come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

( ) Autorizzazione n. NON COMPORTA ORDINE DI SPESA del _____ C.E. / C.P. _____

Il RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE UOC SEF e P.
Dr.ssa Beatrice Salvago

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA 01 DIC. 2025

L'anno duemilaventicinque il giorno QUATTRO del mese di DICEMBRE nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodieci, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n.310/Serv.1°/S.G. del 21/06/2024, acquisito il parere del Direttore Amministrativo, dott.ssa Ersilia Riggi, nominata con delibera n. 60 del 14/01/2025 e del Direttore Sanitario, dott. Raffaele Elia, nominato con delibera n. 415 del 02/09/2024, con l'assistenza del Segretario verbalizzante DOTT.SSA TERESA CINQUE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

PROPOSTA

Il Direttore della UOC Risorse Umane, Dr. Massimo Petrantoni

Visto l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

- **Premesso che** con delibera n. 72 del 18.01.2022 quest'Azienda ha approvato la dotazione organica aziendale e il piano del fabbisogno di personale, da ultimo aggiornato con delibera n. 1009 del 15.05.2025;
- **Dato atto che:**
  - il Piano triennale del fabbisogno di personale e la dotazione organica hanno natura dinamica e flessibile, al fine di adeguarsi le mutevoli esigenze organizzative/gestionali dell'Azienda;
  - al fine di garantire le esigenze organizzative aziendali è stata programmata, per i profili professionali sotto riportati, una rimodulazione finalizzata a garantire la migliore utilizzazione del personale;
  - nel rispetto delle relazioni sindacali, la Direzione Strategica con nota prot. n. 178234 del 13.11.2025, agli atti del Servizio proponente, ha comunicato alle OO.SS. la proposta di modifica quali-quantitativa della vigente dotazione organica, attraverso la trasformazione dei posti relativi a profili professionali ritenuti necessari per una maggiore ottimizzazione delle attività,
  - con la nota prot. n. 178199 del 13.11.2025, agli atti del Servizio proponente, indirizzata all'Assessorato Regionale della Salute, è stata rappresentata la necessità di procedere a una modifica quali-quantitativa mediante la trasformazione di n. 4 posti di Dirigente Medico di Patologia Clinica in n. 4 posti di Dirigente Biologo e, ancora, declinare 1 posto di Dirigente Ingegnere, in Dirigente Ingegnere Clinico;

- **Considerato che:**
  - non sono pervenuti riscontri o rilievi da parte dei soggetti destinatari delle note anzidette;
  - le suddette modifiche riguardano esclusivamente interventi di natura qualitativa sulla dotazione organica e sul Piano del Fabbisogno vigenti, senza determinare incrementi di spesa rispetto a quanto previsto con la delibera n. 72/2022, anzi, dalle valutazioni effettuate emerge una economia pari a €. 44.352,80, come da prospetto riepilogativo:

	A – QUADRO ECONOMICO	
Profilo Professionale	Dirigente Medico – Patologia clinica	Dirigente Biologo
n. teste previste in Dotazione Organica	21	26
Costo Unitario	84.199,88 €	73.111,68 €
N. posti da trasformare	4	4
Valore Economico/Massa Finanziaria	336.799,52 €	292.446,72 €
Totale	336.799,52 €	292.446,72 €
Economia	€ 44.352,80	

Ritenuto pertanto di:

- apportare la modifica quali-quantitativa alla dotazione organica approvata con delibera n. 72/2022, come da seguente prospetto:

Profilo Professionale	Posti previsti D.O.	Variazioni	Posti Previsti D.O. Modificata
Dirigente Biologo	26	+4	30
Dirigente Medico Patologia Clinica	21	-4	17

- declinare 1 posto di Dirigente Ingegnere, in Dirigente Ingegnere Clinico

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate, di:

- **Disporre** la modifica quali-quantitativa della dotazione organica aziendale, approvata con delibera n. 72/2022 e ss.mm.ii. per come di seguito riportato:

Profilo Professionale	Posti previsti D.O.	Variazioni	Posti Previsti D.O. Modificata
Dirigente Biologo	26	+4	30
Dirigente Medico Patologia Clinica	21	-4	17

e definizione del Profilo professionale di Dirigente Ingegnere, con specifica declinazione di n. 1 Dirigente Ingegnere Clinico.

- **Dare atto che:**
  - delle modifiche apportate alla vigente dotazione organica si è data comunicazione alle OO.SS. e all'Assessorato Regionale della Salute, rispettivamente con le note prott. n. 178234 del 13.11.2025 e n.178199 del 13.11.2025, agli atti del Servizio proponente.
  - non sono pervenuti riscontri o rilievi da parte dei destinatari delle comunicazioni anzidette.
  - le modifiche introdotte riguardano esclusivamente interventi di natura qualitativa sulla dotazione organica e sul Piano del Fabbisogno vigenti, senza determinare incrementi di spesa rispetto al provvedimento originario adottato con delibera n. 72/2022, anzi, si realizzerà una economia pari a €. 44.352,80.
- **Stabilire che** il presente provvedimento sarà portato in esecuzione dal Servizio Risorse Umane.

Munire il presente atto della clausola di immediata esecutività.

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

IL DIRETTORE U.O.C. RISORSE UMANE
Dr. Massimo Petrantoni

SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere FAVOREVOLE
Data 3/12/2025

Il Direttore Amministrativo
Dott. Ersilia Rizzi

Parere Favorevole
Data 04/XII/2025

Il Direttore Sanitario
Dott. Raffaele Elia

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal Direttore U.O.C Servizio Risorse Umane Dr. Massimo Petrantoni, che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

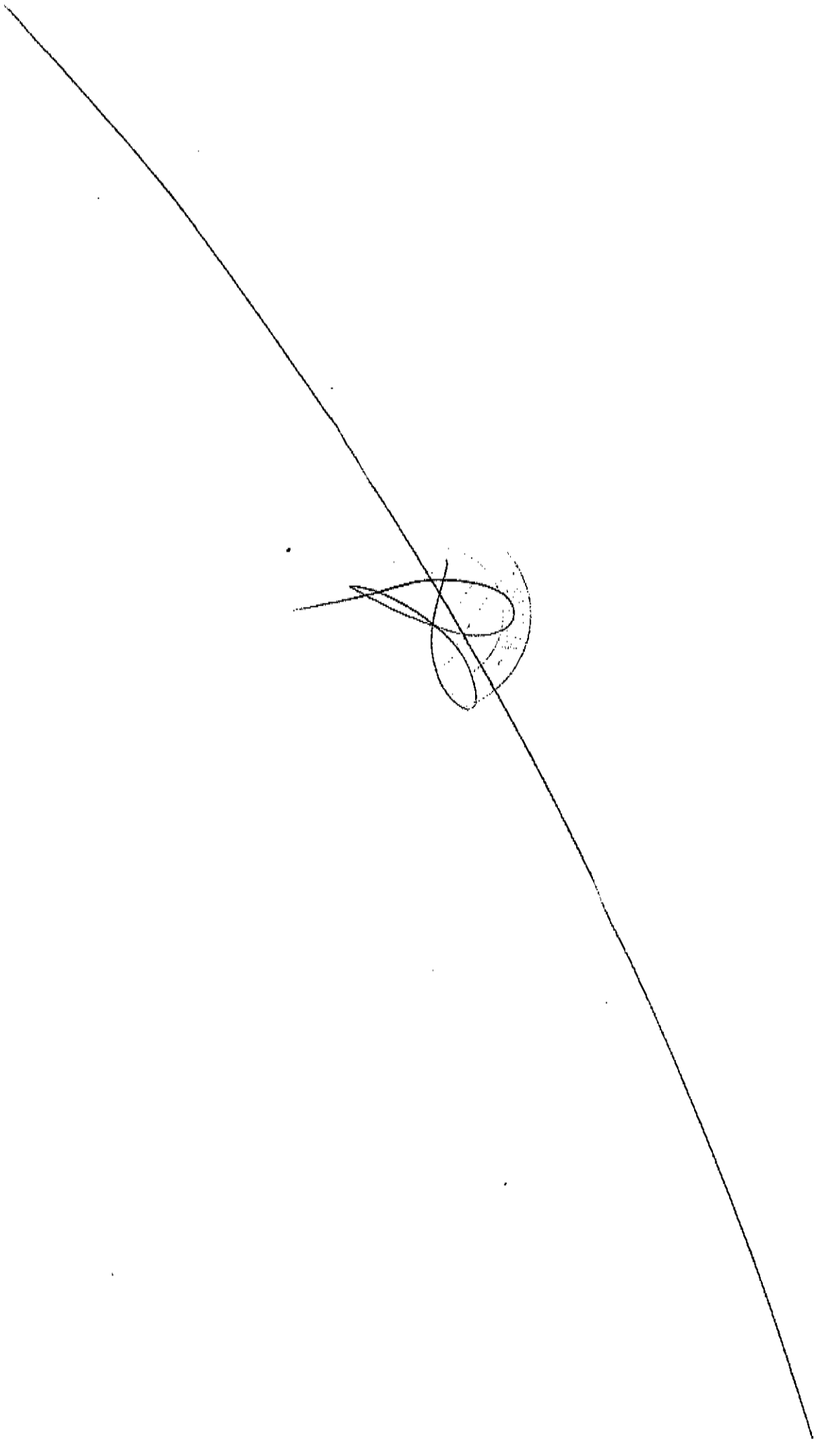
Tenuto conto del parere espresso dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo;

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal dott. Massimo Petrantoni Direttore U.O.C. Servizio Risorse Umane

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giuseppe Capodieci

Il Segretario verbalizzante
IL COLLABORATORE AMM.VO TPO
Ufficio Staff "Controllo di Gestione"
Dott.ssa Teresa Cinque



PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal _____ al _____

L'Incaricato

_____

Il Funzionario Delegato
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

Notificata al Collegio Sindacale il _____ **con nota prot. n.** _____

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato **l'approvazione** con provvedimento n. _____ del _____
- Ha pronunciato **l'annullamento** con provvedimento n. _____ del _____

come da allegato.

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

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal _____

Immediatamente esecutiva dal 04 DIC. 2025

Agrigento, lì 04 DIC. 2025

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

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

Agrigento, lì

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale di

AGRIGENTO

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 64 **DEL** 22 GEN 2026

OGGETTO: Implementazione e aggiornamento della Dotazione Organica di cui alla delibera 72/2022 e contestuale integrazione monte orario settimanale Operatore Socio-Sanitario in regime part-time.

STRUTTURA PROPONENTE: UOC Servizio Risorse Umane

PROPOSTA N. 135 DEL 22 GEN. 2026

L'ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO
Luigi Petruzzella

IL FUNZIONARIO AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Roberta Danile

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
UOS Trattamento Giuridico
Dott. Giuseppe Schifano

IL DIRETTORE
UOC Risorse Umane
Dott. Massimo Petrantoni

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:
( ) come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

( ) Autorizzazione n. _____ del _____ C.E. / C.P. Conti diversi

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE UOC SEF e P.

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA 22 GEN 2026

L'anno duemilaventisei il giorno VENTIDUE del mese di GENNAIO nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodieci, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n.310/Serv.1°/S.G. del 21/06/2024, acquisito il parere del Direttore Amministrativo, dott.ssa Ersilia Riggi, nominata con delibera n. 60 del 14/01/2025 e del Direttore Sanitario, dott. Raffaele Elia, nominato con delibera n. 415 del 02/09/2024, con l'assistenza del Segretario verbalizzante DOTT.SSA TERESA CUNDARI adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

PROPOSTA

Il Direttore Responsabile della UOC Servizio Risorse Umane, Dott. Massimo Petrantoni

Visto l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n.265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n.478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n.880 del 10/06/2020;

- **Visti** gli atti deliberativi:
  - n.72 del 18/01/2022, recante *"Presa atto D.A. n. 2/2022 del 05/01/2022 di approvazione della dotazione organica aziendale"*;
  - n.363 del 20/08/2024, avente ad oggetto "*Modifica quali-quantitativa dotazione organica approvata con delibera n. 72 del 18/12/2022*";
  - n.1009 del 15/05/2025, concernente "*Aggiornamento Annualità 2025 del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale e contestuale aggiornamento sezione 4 del P.I.A.O.*";
- **Premesso che:**
  - con delibera n.816 del 07/11/2024 è stato indetto avviso pubblico di superamento precariato per la figura professionale di Operatore Socio-Sanitario per n.195 posti da contrattualizzare in regime di part-time a n.24 ore settimanali;
  - con delibera n.1191 del 19/12/2024 è stata approvata la graduatoria di merito per n.195 Operatori Socio-Sanitari, con conseguente immissione in servizio, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e parziale a 24 ore settimanali;
- **Preso atto che:**
  - in data 10/12/2025 l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento ha partecipato all'incontro tenutosi presso l'Assessorato Regionale della Salute avente ad oggetto la disamina della tematica afferente all'estensione a n.36 ore settimanali del rapporto di lavoro del personale del comparto e che, oltretutto, in tale occasione, è stata anche rilevata l'oggettiva necessità di procedere a un incremento delle ore lavorative riferite alla suddetta figura professionale in considerazione dell'imminente apertura delle Case e degli Ospedali di Comunità, nonché dell'avvio delle RSA pubbliche, strutture che costituiscono un presidio fondamentale del sistema sanitario pubblico a livello territoriale;
  - all'esito di detto incontro si è addivenuti all'assegnazione in favore dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento di un importo complessivo di €1.500.000,00 finalizzato specificamente all'aumento del tetto di spesa precedentemente assegnato con D.A. n.2/2022 del 05/01/2022 di approvazione della vigente Dotazione Organica, al fine di consentire l'aumento dell'orario di lavoro del personale di che trattasi e di rendere sostenibile l'attivazione dei nuovi servizi territoriali, formalizzato con D.A. n.10/2026 di oggetto *"Incremento del tetto di spesa per il personale delle Aziende ed Enti del SSR ai sensi dell'art.11 del D.L. 35/2019, convertito dalla L. 25 giugno 2019 n. 60 e ss.mm.ii."*;
  - con nota prot. n.55673 del 15/12/2025, il Dipartimento per la Pianificazione Strategica ha richiesto l'aggiornamento dei piani del fabbisogno del personale e delle dotazioni organiche, in attuazione delle disposizioni di cui al D.M. Salute dell'01/08/2025, recante la disciplina del Fondo per le dipendenze patologiche – triennio 2025-2027, e che, nello specifico, il detto Dipartimento, già con nota prot. n.44293 del 06/10/2025, ha comunicato l'assegnazione, in favore di questa ASP, di una relativa quota capitaria del Fondo in argomento pari a €170.780,57 finalizzata all'assunzione di personale a tempo indeterminato dei ruoli sanitario e sociosanitario, in incremento rispetto alle unità già previste nella vigente dotazione organica;

- **Preso atto** che gli interessati di cui all'Allegato "*C*" saranno convocati per l'accettazione e la relativa sottoscrizione dell'addendum inerente all'integrazione oraria di che trattasi;

PROPONE

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

- **Dare atto** che con delibera n.1191 del 19/12/2024 l'Azienda Sanitaria ha proceduto alla stabilizzazione e ha disposto l'immissione in servizio, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e parziale a 24 ore settimanali, di n.195 Operatori Socio Sanitari.
- **Prendere atto** che, a seguito dell'incontro tenutosi presso l'Assessorato Regionale della Salute il 10/12/2025, è stata assegnata in favore dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento una somma pari a €1.500.000,00 finalizzata specificamente all'aumento del tetto di spesa, precedentemente assegnato con D.A. n.2/2022 del 05/01/2022 di approvazione della vigente Dotazione Organica, al fine di consentire l'aumento dell'orario di lavoro del personale di che trattasi e di rendere sostenibile l'attivazione dei nuovi servizi territoriali, formalizzata con D.A. n.10/2026 recante l'oggetto *"Incremento del tetto di spesa per il personale delle Aziende ed Enti del SSR ai sensi dell'art.11 del D.L. 35/2019, convertito dalla L. 25 giugno 2019 n. 60 e ss.mm.ii."*.
- **Prendere atto** che, in esecuzione del D.M. Salute del 01/08/2025 concernente la disciplina del Fondo per le dipendenze patologiche – triennio 2025-2027, il Dipartimento per la Pianificazione Strategica ha assegnato, in favore di questa ASP, una relativa quota capitaria del Fondo in argomento pari a €170.780,57 finalizzata all'assunzione di personale a tempo indeterminato dei ruoli sanitario e sociosanitario, in incremento rispetto alle unità già previste nella vigente dotazione organica.
- **Dare atto** che, anche alla luce delle numerose richieste di incremento orario relative al personale in argomento, pervenute da diversi Responsabili UOC/Servizi tenuto conto della grave criticità riguardante la sostenibilità dei turni di lavoro, la Direzione Aziendale, con nota prot. n.12450 del 21/01/2026, come da Allegato "*A*" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ha conferito mandato all'UOC Risorse Umane di procedere all'implementazione del monte orario settimanale complessivo da 24 a 30 ore per i n.195 Operatori Socio-Sanitari con decorrenza 01/02/2026.
- **Procedere** alla parziale modifica dell'attuale dotazione organica approvata con D.A. 2/2022, limitatamente alla figura professionale di Operatore Socio-Sanitario, con l'istituzione di n.5 nuovi posti, in virtù delle disposizioni impartite dal D.M. Salute 01/08/2025.
- **Procedere** all'integrazione del monte orario settimanale da 24 a 30 ore per i n.195 Operatori Socio-Sanitari stabilizzati in regime di part-time a n.24 ore settimanali, come da Allegato "*C*", parte integrante e sostanziale del presente atto, così come previsto dal D.A. n.10/2026 emanato dall'Assessorato Regionale della Salute, precisando che l'implementazione a 30 ore settimanali non comporta alcuna trasformazione del rapporto di lavoro, ma costituisce esclusivamente un aumento del monte ore all'interno del regime del part-time.
- **Dare atto**, altresì, che la residua somma scaturente dall'incremento del monte orario della figura professionale in argomento da 24 a 30 ore settimanali, sarà utilmente impiegata per soddisfare ulteriori esigenze aziendali.
- **Dare atto** che il presente provvedimento rispetta i limiti di spesa previsti per il costo del personale.

- **Considerato che:**
  - con nota prot. n.9091 del 15/01/2026 la Direzione Aziendale ha riscontrato all'Assessorato della Salute in ordine alla questione inerente al D.M. Salute 01/08/2025 rappresentando la necessità di implementare l'attuale dotazione organica mediante l'aggiunta di n.5 unità del profilo professionale di Operatore Socio-Sanitario, al fine di dare corretta attuazione alle disposizioni di cui al citato D.M. Salute;
  - nel tempo, da vari Responsabili UOC/Servizi, sono pervenute numerose richieste finalizzate all'aumento delle ore di suddetto personale al fine di garantire i LEA, valorizzando al contempo il personale e le competenze acquisite, anche in ragione dell'avvenuto raggiungimento e superamento delle ore di straordinario concesse per garantire i turni, su richiesta dei propri Responsabili;
  - in ragione delle citate richieste pervenute dai vari Responsabili UOC/Servizi, su specifica disposizione della Direzione Aziendale, con nota prot. n.12450 del 21/01/2026, come da Allegato "*A*" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, è stato dato mandato al Servizio proponente di "*procedere, nei limiti delle risorse disponibili ottenute con D.A. n.10/2026, all'incremento del monte orario dei n.195 Operatori Socio-Sanitari in regime di part-time da 24 ore a 30 ore settimanali con decorrenza dall'01/02/2026*";
- **Dato atto** che, in esecuzione del D.A. n.10/2026, l'Assessorato ha disposto l'assegnazione in favore dell'Asp di Agrigento della somma di €1.500.000,00 "*in termini di incremento orario del personale OSS in via temporanea e provvisoria [...] nelle more della complessiva rivisitazione delle dotazioni organiche e della riformulazione dei piani di fabbisogno coprendo il maggiore onere economico necessario sulla base delle risorse disponibili dall'applicazione dell'art. 11 del DL 35/2019 [...]*";
- **Considerato che:**
  - a seguito di attività istruttoria effettuata d'ufficio, sono stati predisposti i costi da sostenere, come rappresentati nell'Allegato "*B*" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per incrementare, con le risorse previste di cui al D.A. n.10/2026, l'articolazione oraria da 24 a 30 ore settimanali del personale con qualifica di Operatore Socio-Sanitario, stabilizzato con contratto a tempo parziale, e per l'istituzione di n.5 nuovi posti col finanziamento assegnato ai sensi del D.M. Salute 01/08/2025;
  - l'incremento del monte orario settimanale da 24 a 30 ore non comporta alcuna trasformazione del rapporto di lavoro, ma costituisce esclusivamente un aumento dell'orario nell'ambito del regime part-time;
- **Considerato**, altresì, che la residua somma, scaturente dall'incremento del monte orario della figura professionale in argomento da 24 a 30 ore settimanali, sarà utilmente impiegata per soddisfare ulteriori esigenze aziendali;
- **Ritenuto**, pertanto, in esecuzione delle disposizioni previste dal D.M. Salute 01/08/2025 del Fondo per le dipendenze patologiche – triennio 2025-2027 e sulla base del finanziamento di €170.780,57 assegnato con nota prot. n.44293 del 06/10/2025 dal suddetto Dipartimento di Pianificazione Strategica, di procedere alla parziale modifica della Dotazione Organica, approvata con Decreto n. 2/2022 del 05/01/2022 dell'Assessorato Regionale della Salute, limitatamente alla figura professionale dell'Operatore Socio-Sanitario, istituendo n.5 nuovi posti in pianta organica per il profilo di Operatore Socio-Sanitario da destinare alle attività di cui al citato D.M. Salute 01/08/2025;
- **Ritenuto**, in ragion di quanto sopra, di procedere all'integrazione del monte orario come sopra specificato, a decorrere dall'01/02/2026, per n.195 Operatori Socio-Sanitari, meglio specificati nell'Allegato "*C*", parte integrante e sostanziale del presente atto;

- **Prendere atto** che saranno convocati gli interessati di cui all'Allegato "C" per l'accettazione e la relativa sottoscrizione dell'addendum inerente all'integrazione oraria di che trattasi.
- **Stabilire che** la spesa derivante dal presente provvedimento verrà imputata sui conti C505020101 e C505020105 del bilancio d'esercizio 2026 e successivi.
- **Dare atto** che il Servizio Risorse Umane curerà l'esecuzione del presente provvedimento.
- **Dare** informativa del presente atto alle OO.SS. e alla RSU Aziendale.
- **Notificare** il presente atto all'Assessorato Regionale della Salute.
- **Munire** il presente provvedimento della clausola della immediata esecutività, in ottemperanza alla disposizione della Direzione Aziendale.

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Direttore UOC Risorse Umane
Dott. Massimo Petrantoni

SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere FAVOREVOLE
Data 22/01/2026

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Ersilia Riggi

Parere Favorevole
Data 22/01/2026

Il Direttore Sanitario
Dott. Raffaele Elia

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal Dott. Massimo Petrantoni, Direttore della UOC Risorse Umane, che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

Tenuto conto del parere espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal Dott. Massimo Petrantoni Direttore UOC Risorse Umane.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giuseppe Capodieci

Il Segretario verbalizzante

Il Collaboratore Amministrativo TPO
Ufficio Staff e Controllo di Gestione
Dott.ssa Teresa Cinque

Allegato "A"



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Tel. 0922 407111 * Fax 0922 401229
P.Iva e C.F. 02570930848

******

Direzione Generale
Prot. n. 12450 **del** 21/01/2026

Al Direttore UOC Risorse Umane
SEDE

OGGETTO: Procedura integrazione oraria Operatori Socio-Sanitari part-time da 24h a 30h

Viste le numerose richieste pervenute dai diversi Responsabili UOC/Servizi in ordine al personale in argomento e considerata la necessità di garantire la continuità dei servizi, il raggiungimento degli obiettivi, un'efficace gestione e coordinamento delle attività, nonché di prevenire disservizi ed evitare criticità di diversa natura, valorizzando al contempo il personale e le rispettive competenze maturate;

Considerato che in data 10/12/2025 l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento ha partecipato all'incontro tenutosi presso l'Assessorato Regionale della Salute avente ad oggetto la disamina della tematica afferente all'estensione a n.36 ore settimanali del rapporto di lavoro del personale del comparto e che, oltretutto, in tale occasione, è stata anche rilevata l'oggettiva necessità di procedere a un incremento delle ore lavorative riferite alla figura professionale di Operatore Socio-Sanitario, in considerazione anche dell'imminente apertura delle Case e degli Ospedali di Comunità, nonché dell'avvio delle RSA pubbliche, strutture che costituiscono un presidio fondamentale del sistema sanitario pubblico a livello territoriale;

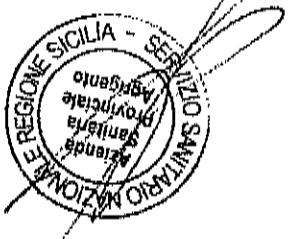
Dato che all'esito di detto incontro si è addivenuti all'assegnazione in favore dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento di un importo complessivo di €1.500.000,00in via temporanea e provvisoria nei termini rappresentati dall'Azienda nella nota integrativa nelle more della riformulazione della dotazione organica e della riformulazione del piano del fabbisogno, finalizzato specificamente all'aumento del tetto di spesa precedentemente assegnato con D.A. n.2/2022 del 05/01/2022 di approvazione della vigente Dotazione Organica, al fine di consentire l'aumento dell'orario di lavoro del personale di che trattasi e di rendere sostenibile l'attivazione dei nuovi servizi territoriali, formalizzato con D.A. n.10/2026 di oggetto *"Incremento del tetto di spesa per il personale delle Aziende ed Enti del SSR ai sensi dell'art.11 del D.L. 35/2019, convertito dalla L. 25 giugno 2019 n. 60 e ss.mm.ii."*;

SI DISPONE

di dare mandato all'UOC Risorse Umane di procedere, nei limiti delle risorse disponibili ottenute con D.A. n.10/2026, all'incremento del monte orario dei n.195 Operatori Socio-Sanitari in regime di part-time da 24 ore a 30 ore settimanali, mediante apposito atto deliberativo, con decorrenza dall'01/02/2026.

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Ersilia Riggi

Il Direttore Generale
Dott. Giuseppe Capodieci


REGIONE SICILIA - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento

Allegato "B"

Prospetto Costo complessivo

Istituzione n.5 nuovi posti OSS in Dotazione Organica e integrazione monte orario settimanale Operatori Socio-Sanitari in regime di part-time

1.500.000,00 €	Finanziamento Regionale D.A. n.10/2026	=	1.670.780,57 €
170.780,57 €	Finanziamento D.M. Salute 01/08/2025		Finanziamento Totale

Istituzione n.5 nuovi posti OSS	
33.169,18 €	Costo annuo OSS
165.845,90 €	Costo annuo totale

Residuo — Finanziamento D.M. Salute - Costo annuo n.5 OSS = **4.934,67 €**

Aumento da 24 a 30 ore	
33.169,18 €	Costo annuo OSS
1.094.582,94 €	Costo annuo totale

Residuo — Finanziamento Regionale D.A. n.10/2026 - Costo Annuo = **405.417,06 €**

ULTERIORE COSTO ANNUO 6 ORE SETTIMANALI - Aumento monte orario OSS da 24 a 30 ore - Previsione triennio 26/28

2026	2027	2028
Decorrenza 01/02/2026		
33.169,18 €	33.169,18 €	33.169,18 €
1.003.367,70 €	1.094.582,94 €	1.094.582,94 €

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SICILIA - Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento


SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SICILIA
Azienda
Sanitaria
Provinciale
Agrigento

ALLEGATO C

ELENCO OPERATORI SOCIO-SANITARI IN REGIME DI PART-TIME

Personale dipendente a tempo indeterminato in regime di part-time, con la qualifica di Operatore Socio-Sanitario, interessato dell'incremento monte orario settimanale da 24 a 30 ore.

	DIPENDENTI
1)	ABBRUZZO MARIA
2)	ACCARDO GIUSEPPA
3)	ACCARDO PROVVIDENZA
4)	AIRO' MERILINDA
5)	ALAIMO ADRIANA
6)	ALCURI ROSARIA
7)	AMATO ANTONINA
8)	AMODEO MARIKA
9)	ANTINORO MAURIZIO
10)	ASARO PIETRO
11)	ATTARDI ANTONINA
12)	BAIO SALVATORE
13)	BALDASSANO ELISEO
14)	BALLACCHINO VINCENZO
15)	BARBERA ALESSANDRO
16)	BARBERA FRANCESCO
17)	BARTOLOMEO MARILENA
18)	BELFIORE DAVIDE
19)	BELLAVISTA GIANLUCA MAURIZIO
20)	BELLOMO ROSSELLA
21)	BENNICA GIUSEPPE
22)	BIONDO GIUSEPPA
23)	BONGIORNO ANGELO
24)	BONGIORNO GAETANA
25)	BONO ANTONINA LINDA
26)	BONOMO IGNAZIO
27)	BRUNO FLORIO GIUSEPPE
28)	BUSCAGLIA EMANUELE PIERO
29)	CACCIATORE CAROL
30)	CACCIATORE MARIACHIARA
31)	CAMMILLERI ROMINA
32)	CAMPAGNA GRAZIA
33)	CANALE VINCENZO SALVATORE
34)	CARACAPPA CALOGERO
35)	CARACCIOLO GIOACHINO ANGELO
36)	CARLINO SORCE PIERO
37)	CARRUBA PASQUALINO
38)	CARRUBBA MARIASONIA
39)	CASCIO GIOVANNA
40)	CASCIO GIUSEPPINA
41)	CASTELLUZZO BELINDA
42)	CASTELLUZZO ROSA




SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SICILIA
Azienda
Sanitaria
Provinciale
Agrigento

43)	CATALANO FINA
44)	CATALANO SEBASTIANO GIUSEPPE
45)	CAVALERI ELEONORA
46)	CELLURA GIUSEPPA
47)	CHIAPPARA GIOVANNI
48)	CIAOLA ROSARIA MARIA
49)	CINQUEMANI GIUSEPPE
50)	CIOLINO ANNA CRISTINA
51)	CIPOLLA ALFONSO
52)	COLLURA FRANCESCO SALVATORE
53)	CONSAGRA CALOGERO
54)	CONTICELLI GIOVANNI
55)	CORDIO CALOGERA GIUSEPPA
56)	COSTANZA PASQUALE
57)	COSTANZA SALVATORE
58)	CRAPANZANO DOMENICO
59)	CREMONA CARMELO
60)	CUFFARO GIUSI
61)	CUFFARO STEFANIA
62)	CURELLA FRANCESCA
63)	CURRERI FRANCESCO
64)	CURTO PELLE ANGELO
65)	DALL'ASTA LUIGI
66)	D'AVOLA GIUSI
67)	DI CARO MARIA ROSALIA
68)	DI CARO ALESSANDRO
69)	DI CARO CALOGERO
70)	DI CARO MARCO
71)	DI CARO NINETTA
72)	DI GAETANO ANTONELLA
73)	DI GIOVANNI MARIA
74)	DI PASQUALI DORIANA
75)	FALDETTA DAVIDE ANDREA
76)	FALZONE ROSSANA
77)	FAZIO PIETRO
78)	FERRANTE RAIMONDO
79)	FIANDACA PAOLA MARA
80)	FRAGAPANE KATIA
81)	FRANCAVILLA ANTONINO
82)	FRANGELLA CRISTIAN
83)	FREGAPANE SALVATORE
84)	GAGLIANO GIUSEPPINA
85)	GALLE' LUCA
86)	GALLO NUNZIATINA
87)	GALLO FRANCESCO
88)	GALLUZZO MARIA RITA
89)	GALVANO CARMELINDA
90)	GENDUSA ANGELO NICOLA
91)	GENTILE ASSUNTA
92)	GIACCONE ALESSANDRO
93)	GIURDANELLA GIOVANNA
94)	GRASSADONIO MIRKO
95)	GRECO CONCETTA

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SICILIA - Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento


SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SICILIA
Azienda
Sanitaria
Provinciale
Agrigento

96)	GRECO MARIACHIARA
97)	GULLO TIZIANA
98)	IACONA PATRIZIA GIUSEPPINA
99)	INCATASCIATO GIOVANNA
100)	INCORVAIA CALOGERO
101)	INCORVAIA CARMELO ARMANDO
102)	INCORVAIA TONINO
103)	INGARGIOLA MARIA
104)	INGRASCI' MASSIMO
105)	INTILLA GIUSEPPE
106)	LA GRECA DAVIDE
107)	LA LONGA MORTO GIUSY
108)	LATONA ALESSANDRA
109)	LATTUCA GIUSEPPE
110)	LICATA ALESSANDRA
111)	LIOTTA ANTONINA
112)	LO GIUDICE LORENA
113)	LOMBARDO GERLANDO
114)	LOMBARDO LUCA
115)	LOMBARDO LUIGI
116)	MACALUSO CALOGERO
117)	MAGGIO SALVATORE
118)	MAGGIO MARILENA
119)	MANCUSO MARIO GIUSEPPE
120)	MANGIONE KEVIN
121)	MANNO CARMELINDA
122)	MANTESE DARIO
123)	MARCHESE GAETANA
124)	MARCHESE RAGONA FRANCESCA
125)	MARCHICA ANTONINO SAMUELE
126)	MAZZA ROSARIA
127)	MENDOLIA ROSARIA
128)	MERLO CYLENIA
129)	MESSINA CALOGERO
130)	MESSINESE CALOGERO
131)	MICCICHE' ALESSIA
132)	MICELI EMILIA
133)	MILIOTO MARIA
134)	MIROTTA PIERGIORGIO
135)	MISTRETTA VERONICA
136)	MODICA LUIGI
137)	MONGIOVI' FRANCESCA
138)	MONTALBA VINCENZO
139)	MONTANTE CARMELO
140)	MORREALE ROSARIO
141)	MULE' GIUSEPPA
142)	MUSSO PASQUALE
143)	NICOTRA SALVATORE
144)	NOBILE ASSUNTINA
145)	NOTO FELICIA PETRA
146)	OLIVERI CATERINA
147)	OLIVERI VALERIO
148)	PALADINO GIUSEPPE

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SICILIA
Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento


SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIA
Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento

149)	PALMINTERI GIUSEPPE
150)	PARANINFO GIACOMO
151)	PASSARELLO CALOGERO
152)	PELLEGRINO CATERINA VERONICA
153)	PELLITTERI MANLIO
154)	PIAZZA CALOGERO
155)	PIAZZA LORENA MARIA
156)	PICCILLO MARIA FILOMENA
157)	PIRANEO GIUSEPPE
158)	POIDOMANI ROSARIO
159)	POMO ALFONSO
160)	PUMA LUIGI
161)	RACALBUTO GIOVANNI
162)	RAGAZZO ROSA
163)	RENDA MARIA GRAZIA
164)	RICCOBENE FABIO
165)	RIGGI CALOGERO
166)	RIVITUSO SANTO
167)	RIZZERI CONCETTA MARIA
168)	ROMANO VITTORIO EMANUELE
169)	RUSSELLO GAETANO
170)	RUSSOTTO ARIANNA
171)	SABELLA MARIA ANTONELLA
172)	SACCO MARIA RITA
173)	SALAMONE ALESSANDRA
174)	SANFRATELLO MARIA
175)	SANSONE SILVIO
176)	SBERNA MARIA CRISTINA
177)	SCALZO BARBARA
178)	SCHIFANO ANNA MARIA
179)	SCIACCA VERONICA
180)	SFERRAZZA CALOGERA
181)	SIRRAO ANNALISA
182)	STURMANN GIUSEPPE
183)	TARALLO GIUSEPPE
184)	TERRAMAGRA ROSARIA
185)	TORNABENE MARGHERITA
186)	TORNAMBE' DANIELE SALVATORE
187)	VALLONE LUIGI
188)	VELLA FRANCESCO
189)	VELLA GIUSEPPE
190)	VELLA RAFFAELLA ACCURSIA
191)	VENTO LUIGI
192)	VITA CALOGERO
193)	VULLO GIUSEPPE
194)	ZAGARELLA SILVANA
195)	ZARCONE ANTONIO




SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIA
Azienda
Sanitaria
Provinciale
Agrigento


SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIA
Azienda
Sanitaria
Provinciale
Agrigento

PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n. 30 del 03/11/1993 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/2009 e s.m.i., dal _____ al _____

L'Incaricato

_____

Il Funzionario Delegato
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

Notificata al Collegio Sindacale il _____ **con nota prot. n.** _____

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n.5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato **l'approvazione** con provvedimento n. _____ del _____
- Ha pronunciato **l'annullamento** con provvedimento n. _____ del _____

come da allegato.

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

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal _____
- X Immediatamente esecutiva dal 22 GEN 2026

Agrigento, li 22 GEN 2026

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

Terrasi

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

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

Agrigento, li

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

PIANO DI PARITÀ' DI GENERE
ANNO 2026 -2028

SOMMARIO

1. **PREMESSA**
2. **IL COMITATO UNICO DI GARANZIA (CUG)**
3. **PIANO DI PARITÀ' DI GENERE**
4. **OBIETTIVI DEL PIANO DI PARITÀ DI GENERE**
5. **METODOLOGIE E AREE DI INTERVENTO DELLE AZIONI POSITIVE**

- Azione 1: Sviluppo del Benessere Organizzativo e Individuale
- Azione 2: Integrazione della dimensione di genere nella ricerca e nella formazione
- Azione 3: Equilibrio di genere nella leadership e nei processi decisionali
- Azione 4: Eguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera
- Azione 5: Misure di contrasto ad ogni forma di discriminazione legata al genere e ad ogni forma di violenza di genere, incluse le molestie sessuali
- Azione 6: Potenziare il ruolo e l'azione dei CUG

6. **AGGIORNAMENTO, MONITORAGGIO E VERIFICA DEL PIANO**
7. **DURATA**

PREMESSA

Negli ultimi decenni l'unione Europea (UE) ha compiuto notevoli passi per favorire l'uguaglianza di genere con percorsi e attività volte a comprendere le cause delle disparità ancora esistenti e la realizzazione di norme sulla parità di trattamento e di misure specifiche a favore delle donne.
Le azioni positive, introdotte dalla Legge 10 aprile 1991, n.125 e disciplinate dagli artt. 44 e ss. del D.lgs. n. 198/2006 *"Codice delle pari opportunità tra uomo e donna"*, hanno rappresentato una svolta fondamentale nelle politiche orientate a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomo e donna, a promuovere l'occupazione femminile, a realizzare politiche dei tempi e dei cicli di vita e a rimuovere la segregazione occupazionale orizzontale e verticale.

L'art. 48 del D.lgs. n. 198/06, ha imposto alle Pubbliche Amministrazioni la predisposizione di un Piano di Parità di Genere con predisposizione di Azioni Positive per affermare l'effettiva diffusione paritaria delle opportunità, nel presupposto che valorizzare le differenze rappresenta un fattore di qualità dell'azione amministrativa e al fine di programmare, promuovere, rafforzare e dare attuazione a nuove azioni per garantire la parità e pari opportunità, come strumento per una migliore conciliazione tra vita privata e lavoro, per un maggior benessere lavorativo oltre che per la prevenzione e rimozione di qualunque forma di discriminazione.

L'articolo 42 del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, definisce le "azioni positive" quali *"misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità (...) dirette a favorire l'occupazione femminile e a realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro"*.
La Direttiva 23 maggio 2007 *'Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle Amministrazioni Pubbliche"*, emanata dal Ministero per le riforme e le innovazioni nella Pubblica Amministrazione con il Ministero per i diritti e le pari opportunità, richiamando la Direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE, ha sottolineato l'importanza del ruolo propositivo e propulsivo delle Amministrazioni Pubbliche ai fini della promozione e dell'attuazione dei principi delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze nelle politiche del personale.

Merita una menzione l'articolo 7 comma 1 del D.lgs n. 165/2001 *"Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"* secondo cui *"le pubbliche amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne.. "*, l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, e anche il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità. Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno e di ogni forma di discriminazione.
Le integrazioni all'art. 57 del D.lgs.30 marzo 2001, n. 165, operate dall'art. 21 sopracitato, hanno previsto, inoltre, l'istituzione del Comitato Unico di Garanzia (CUG) che sostituisce, assorbendone le competenze, il Comitato pari opportunità e il Comitato paritetico sul fenomeno del mobbing operanti in ogni Amministrazione.

Le modalità di funzionamento del CUG sono disciplinate dalle linee guida contenute nella Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011, recante *"Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni"* e dalla più recente Direttiva n. 2 del

26/06/2019 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Sottosegretario delegato alle Pari Opportunità, recante *"Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Amministrazioni Pubbliche"*. Tale direttiva, *(che sostituisce la direttiva 23 maggio 2007 e aggiorna alcuni degli indirizzi forniti con la direttiva 4 marzo 2011)*, recante *"Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche"*, definisce le linee di indirizzo volte ad orientare le amministrazioni pubbliche in materia di promozione della parità e delle pari opportunità nonché sulle modalità di funzionamento dei CUG, ai sensi del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, recante *"Codice delle pari opportunità tra uomo e donna"*.

Con la Direttiva del Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità, *"Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche"*, in G.U.R.I. n. 173 del 27/7/2007 è stato raccomandato alle amministrazioni pubbliche l'elaborazione di un Piano Di Genere rappresentando quindi uno strumento per raccogliere eventuali disuguaglianze tra uomini e donne, analizzando risultati raggiunti rispetto agli obiettivi definiti.

IL COMITATO UNICO DI GARANZIA (CUG)

La legge 4 novembre 2010, n. 183 che prevede l'istituzione dei "Comitati Unici di Garanzia" è stata un'ulteriore iniziativa nella stessa direzione con l'attribuzione agli stessi di compiti propositivi, consultivi e di verifica, al fine di favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorare l'efficienza delle prestazioni anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di parità e di pari opportunità, di benessere organizzativo e contrastare qualsiasi forma di discriminazione e di violenza per i lavoratori. Inoltre la recente promulgazione della Direttiva n. 2/2019 del 26 giugno 2019 del Ministero per la Pubblica Amministrazione *"Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche"* ha consolidato il ruolo dei CUG all'interno delle pubbliche amministrazioni in modo da rivestire un ruolo centrale al fine di:

- assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità, prevedendo e contrastando ogni forma di violenza fisica e psicologica, di molestia e di discriminazione diretta ed indiretta;
- ottimizzare la produttività del lavoro pubblico migliorando le singole prestazioni lavorative;
- accrescere la performance organizzativa dell'amministrazione nel suo complesso, rendendo efficiente ed efficace l'organizzazione anche attraverso l'adozione di misure che favoriscano il benessere organizzativo e promuovano le pari opportunità ed il contrasto alle discriminazioni.

Il CUG, come stabilito nella citata Direttiva n. 2/2019 del 26 giugno 2019, esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica:

- **funzione propositiva**: predisposizione di Piani di azioni positive volti a favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, le condizioni di benessere lavorativo, nonché a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione o violenze morali, psicologiche, mobbing e disagio organizzativo, all'interno dell'amministrazione pubblica;
- **funzione consultiva**: prevenzione delle potenziali situazioni di discriminazione in quanto chiamato a formulare pareri sui progetti di riorganizzazione dell'amministrazione di appartenenza, sui piani di formazione del personale, sulle forme di flessibilità lavorativa.
- **funzione di verifica**: relazionare annualmente in ordine allo stato di attuazione del PTAP, sul monitoraggio degli incarichi conferiti sia la personale dirigenziale che a quello non dirigenziale, sulle indennità e posizioni organizzative al fine di individuare eventuali differenziali retributivi tra uomini e donne.

IL PIANO DI PARITÀ DI GENERE

Il Piano di Parità di Genere si inserisce all'interno della Strategia della Commissione Europea per la parità di genere 2020-2025 che ha introdotto, nell'ambito di *Horizon Europe* (Orizzonte Europa - Programma Quadro della Ricerca della Commissione Europea nella Programmazione finanziaria 2021-2027) nuove disposizioni per *"eliminare le disuguaglianze, nonché promuovere la parità, tra uomini e donne" (articolo* 8 del Trattato sul Funzionamento dell'unione Europea).

Diverse le azioni promosse livello europeo volte ad eliminare le diseguaglianze tra uomini e donne e à promuovere la parità di genere. Tra quelle più rilevanti in un contesto lavorativo si possono menzionare: la Direttiva 2006/54/CE, la Direttiva 2O1O/41/UE e la Direttiva UE 2019/1158".

Inoltre, anche il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR, particolarmente nell'ambito della Missione 4 Componente 2) prevede un accesso limitato ai soli beneficiari che abbiano, o che si impegnino ad avere, nel primo anno di progetto, un Piano di Parità di Genere.

Il tema della parità di genere è una delle priorità trasversali in termini di inclusione sociale del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza; inoltre, la Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026- vede la parità di genere come un importante motore di crescita e si pone, tra gli altri, i seguenti obiettivi: la fine della violenza di genere; il contrasto agli stereotipi sessisti; il colmare il divario di genere nei processi decisionali.

Per assicurare una corretta attuazione il Piano di Parità di Genere deve avere dei requisiti specifici di accessibilità (dettati dalla Commissione Europea)

- Pubblicità: deve trattarsi di un documento formale, pubblicato sul sito web dell'istituzione.
- Risorse dedicate: vanno individuate risorse umane e competenze di genere per la realizzazione del Piano di Parità di Genere .
- Raccolta dati e monitoraggio: va previsto un monitoraggio periodico basato su indicatori.
- Formazione: incrementare la consapevolezza sull'eguaglianza di genere e sui pregiudizi legati al genere e formare il personale e gli organi dirigenti su tali tematiche.

Il Piano costituisce, quindi, un documento programmatico che, mediante l'individuazione di obiettivi, rappresenta l'insieme di azioni positive e innovative e introduce una prospettiva di genere nella progettazione, attuazione, monitoraggio e valutazione delle misure attuative per promuovere l'eguaglianza di parità di genere e le pari opportunità contro ogni forma di discriminazione.

GLI OBIETTIVI DEL PIANO DI PARITÀ DI GENERE

Gli obiettivi del Piano di Parità di Genere sono:

- Definire pratiche preventive utili a rimuovere qualunque forma di discriminazione sviluppando *best practices*
- Garantire un ambiente di lavoro sicuro e rispettoso del principio della parità di genere per tutto il personale incoraggiando una cultura delle pari opportunità
- Promuovere azioni di pari opportunità di accesso al lavoro, di sviluppo professionale e qualità del lavoro (facilitare l'aumento della presenza di donne in posizione apicali);
- Promuovere una migliore organizzazione del lavoro e del benessere organizzativo del personale contrastando ed eliminando ogni forma di violenza morale o psichica (molestie sul luogo di lavoro, mobbing, discriminazioni etc);
- Individuare gli strumenti e i percorsi di tutela disponibili rispetto alla gestione degli eventuali casi di molestie e alla protezione delle vittime.

METODOLOGIE E AREE DI INTERVENTO DELLE AZIONI POSITIVE

Il presente Piano di Parità di Genere prevede diverse azioni, nell'ambito dell'organizzazione aziendale, presentate da dettagliate schede azione di intervento con l'obiettivo di innalzare il livello di consapevolezza delle dipendenti e dei dipendenti sul tema delle pari opportunità e sulla eliminazione delle discriminazioni. Le azioni positive del Piano di Parità di Genere sono di tipo partecipativo, per migliorare e accelerare il processo di raccolta delle caratteristiche, dei bisogni e delle necessità di tutte le componenti di Azienda, al fine di garantire una maggiore aderenza degli interventi programmati al contesto, ma anche per assicurare il più ampio coinvolgimento nella realizzazione di quanto pianificato.,

- Azione 1: Sviluppo del Benessere Organizzativo e Individuale
- Azione 2: Integrazione della dimensione di genere nella ricerca e nella formazione
- Azione 3: Equilibrio di genere nella leadership e nei processi decisionali
- Azione 4: Eguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera.
- Azione 5: Misure di contrasto ad ogni forma di discriminazione legata al genere e ad ogni forma di violenza di genere, Incluse le molestie sessuali.
- Azione 6: Potenziamento del ruolo e dell'azione del CUG al fine di favorire il cambiamento culturale di tutta l'organizzazione sui temi delle pari opportunità e del contrasto ad ogni forma di discriminazione.

Azione 1: Sviluppo del Benessere Organizzativo e Individuale.

TITOLO	Promuovere il benessere organizzativo e favorire un clima di lavoro positivo
OBIETTIVO	• Promozione e sviluppo di una cultura condivisa sul tema del benessere organizzativo • Creare condizioni che favoriscano la partecipazione attiva dei dipendenti ai processi lavorativi, la valorizzazione delle professionalità e il sostegno motivazionale.
DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	• Sviluppare un piano interno di comunicazione per informare e diffondere presso tutti i dipendenti i servizi offerti e le tematiche del benessere organizzativo in modo da coinvolgere i dipendenti nelle politiche e nelle strategie. • Migliorare le sinergie tra gli uffici e i rapporti collaborativi, anche mediante il coinvolgimento di tutti gli operatori nella semplificazione dei processi. • Rafforzare la diffusione delle norme previste nel Codice di comportamento poste a tutela e prevenzione di situazioni di disagio, nonché di contrasto a condotte molestie e discriminatorie o comunque lesive della dignità delle persone valorizzando il benessere organizzativo. • Revisione delle dotazioni aziendali per rendere la prestazione lavorativa più agile ed efficiente. • Training aziendale per l'inserimento lavorativo per neoassunti con corsi dedicati. • Promozione di iniziative di formazione (seminari, incontri divulgativi sulle problematiche organizzative, relazionali, di prevenzione delle malattie e in materia di sicurezza) nell'intento di favorire il benessere organizzativo, a condividere buone pratiche e valori positivi. • Organizzazione di corsi finalizzati a gestire stress e fatica in modo da prevenire fenomeni di burnout.
TARGET/DESTINATARI	Tutti i dipendenti.
STRUTTURE COINVOLTE	Servizio Risorse Umane, U.O. Comunicazione Aziendale, U.O. Formazione Aziendale, Componenti del CUG, Servizio protezione e prevenzione, AA.GG.
INDICATORI	Somministrazione questionari, corsi di formazione, Audit, Focus Group.
RISORSE .	Risorse interne
TEMPO DI REALIZZAZIONE	Triennio 2026 - 2028

Azione 2: Integrazione della dimensione di genere nella ricerca e nella formazione.

TITOLO	Promozione e diffusione del modello culturale nella formazione improntato alla promozione delle pari opportunità.
OBIETTIVO	• Organizzare e implementare la cultura organizzativa di genere e delle pari opportunità attraverso un linguaggio di genere e mediante percorsi formativi residenziali o tramite webinar. • Programmare le iniziative dei "Bollini Rosa" in collaborazione della Fondazione Onda per classificare gli Ospedali in base alle esigenze specifiche delle donne identificando le realtà clinico e/o scientifiche all'avanguardia nel panorama sanitario.
DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	• Percorsi informativi e formativi sui cambiamenti culturali organizzativi e sulla promozione delle pari opportunità. • Consolidamento del sistema di certificazione di genere, già implementato dall'Azienda con l'assegnazione di n. 3 Bollini Rosa da parte dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere (ONDA). • Promozione di un equilibrio di genere nel personale assegnato a progetti di ricerca e sviluppo e ai gruppi di lavoro. • Integrazione della dimensione di genere nelle attività di ricerca e nelle attività divulgative e didattiche.
TARGET/DESTINATARI	Tutti i dipendenti.
STRUTTURE COINVOLTE	Servizio Risorse Umane, U.O. Comunicazione Aziendale, U.O. Formazione Aziendale, CUG, SIRS, AA.GG., Referente Bollino Rosa Aziendale.
INDICATORI	Realizzazione di iniziative di sensibilizzazione rivolte ai dipendenti e al territorio. Costituzione di gruppi di lavoro
RISORSE	Budget Formazione, progetti aziendali
TEMPO DI REALIZZAZIONE	Triennio 2026 - 2028

Azione 3: Equilibrio di genere nella leadership e nei processi decisionali.

TITOLO	Promozione di una leadership aziendale orientata ai temi delle pari opportunità e del contrasto ad ogni forma di discriminazione.
OBIETTIVO	• Garantire l'assenza di discriminazione nella distribuzione del potere decisionale nelle posizioni apicali. • Incrementare la presenza femminile nelle posizioni apicali e promuovere processi decisionali interni volti a una maggiore equità di genere
DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO 4	• Diffusione del modello culturale improntato alla promozione delle pari opportunità e alla conciliazione dei "tempi di vita e di lavoro" • Promozione di un'equa composizione di genere negli organi di governo dell'azienda e nelle posizioni apicali. • Garantire piena ed effettiva partecipazione femminile e pari opportunità di leadership ad ogni livello decisionale in ambito della mission aziendale. • Promozione di una equa composizione di genere nelle commissioni aziendali, nelle commissioni di concorso e nelle costituzione dei comitati aziendali.
TARGET/DESTINATARI	Dipendenti con posizioni apicali in organi di vertice e struttura.
STRUTTURE COINVOLTE	Direzione Strategica, Servizio Risorse Umane, CUG.
INDIC ATOFU	Regolamenti aziendali. Report degli atti di nomina delle commissioni.
RISORSE	Nessun costo
TEMPO DI REALIZZAZIONE	Triennio 2026-2028

Azione 4: Eguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera.

TITOLO	Politiche di reclutamento e gestione del personale.
OBIETTIVO	• Analisi delle ripercussioni sul benessere organizzativo del personale e sul clima aziendale anche in un'ottica di genere attraverso il costante monitoraggio degli incarichi aziendali. • Pari opportunità nell'accesso alle posizioni lavorative messe a concorso. • Promozione delle pari opportunità nello sviluppo professionale.
DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	• Monitoraggio degli incarichi conferiti al personale (dirigenziale e non dirigenziale) ai fine di individuare eventuali differenziali retributivi • Verifica e monitoraggio periodica della composizione delle Commissioni esaminatrici dei concorsi e delle selezioni al fine di garantire la parità di genere e assicurare la rotazione periodica del personale nelle medesime Commissioni • Monitoraggio sulle assegnazioni degli incarichi di funzione con rispetto della equità di genere assegnanti ai dipendenti.
TARGET/DESTINATARI	Dipendenti.
STRUTTURE COINVOLTE	Direzione strategica, Servizio Risorse Umane, CUG, controllo di gestione.
INDICATORI	Report dati sulle attribuzioni di incarichi. Raccolta sistematica dei dati.
RISORSE	Nessun costo
TEMPO DI REALIZZAZIONE	Triennio 2026 - 2028

Azione 5: Misure di contrasto ad ogni forma di discriminazione legata al genere e ad ogni forma di violenza di genere, incluse le molestie sessuali.

TITOLO.*	Diffondere la cultura nella prevenzione e nel contrasto alla violenza di genere
OBIETTIVO	• Prevenire, individuare e gestire casi di molestie sessuali e di violenza di genere.
DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	• Programmazione di iniziative formative di sensibilizzazione rivolte agli operatori e realizzazione di percorsi integrati di accoglienza e presa in carico delle donne vittime di violenza. • Realizzazione di gruppi di lavoro per la revisione di procedure attraverso confronti, studi e analisi sui temi della parità, delle pari opportunità e della prevenzione e nel contrasto alla violenza di genere. • Garantire adeguata accoglienza, protezione, sostegno e soccorso alle persone vittime di violenza fisiche, sessuali e piscologiche, di persecuzioni o vittime di minaccia di tali atti, indipendentemente dalla loro cittadinanza. • Realizzazione di protocolli d'intesa con strutture di case protette a indirizzo segreto e con autorità civili e militari. • Promozione dell'apertura di uno Sportello di Ascolto Aziendale, a supporto delle vittime di violenze di genere • Programmazione e calendarizzazione di moduli di formazione specifica rivolto al personale sanitario delle strutture sanitarie coinvolte. • Creazione di un gruppo di lavoro che predisponga un vademecum per la segnalazione di comportamenti discriminatori e situazioni di molestie sessuali. Distribuzione e pubblicazione del vademecum sul sito aziendale. • Revisione procedura percorso Codice Rosa in collaborazione del gruppo di lavoro costituito da personale sanitario aziendale coinvolto nella presa in carico delle vittime di violenza di genere. • Monitoraggio dei dati relativi agli accessi dei "Codici Rosa" nei Pronto Soccorsi. • Attivazione di una casella di posta elettronica dedicata al ricevimento di segnalazioni.
TARGET/DESTINATARI	Tutti i dipendenti.
STRUTTURE COINVOLTE	Direzione strategica, Direttori di Distretti, Direzioni sanitari di presidi ospedalieri. Pronti Soccorsi, UU.OO. coinvolte nella presa in carico della vittima, U.O. Formazione aziendale, Servizio di Psicologia, Consultori, Referente Aziendale Codice Rosa, CUG, AA.GG.
INDICATORI	Formazione obbligatoria. Report dati di accesso, protocolli d'intesa.
RISORSE	Budget Formazione, progetti aziendali,
TEMPO DI REALIZZAZIONE	Triennio 2026 - 2028

Azione 6: Potenziare il ruolo e l'azione del CUG, favorire il cambiamento culturale di tutta l'organizzazione sui temi delle pari opportunità e del contrasto ad ogni forma di discriminazione.

TITOLO	Rafforzamento del Comitato Unico di Garanzia. Diffondere la conoscenza sul ruolo, compiti e modalità di funzionamento del C.U.G. Aziendale.
OBIETTIVO	• Recepimento di quanto previsto dalla Direttiva 2/2019 in merito all'attivazione di un NUCLEO DI ASCOLTO organizzato all'interno dell'organizzazione. • Sensibilizzazione delle funzioni apicali e degli altri professionisti che hanno tra i loro compiti quello di gestione delle risorse umane a loro assegnate, sulle tematiche della parità, delle pari opportunità, del contrasto ad ogni forma di discriminazione. • Creazione di uno stretto raccordo tra CUG e Management aziendale. • Adozione da parte della Direzione aziendale di modalità di consultazione preventiva del CUG e acquisizione del suo parere, specie nell'adozione di atti interni nelle materie di competenza del CUG (es: flessibilità e orario di lavoro, congedi, formazione e progressione di carriera, ecc.).
DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	• Analisi dei bisogni formativi, formazione e aggiornamento del CUG nelle tematiche di competenza per renderne più efficace il funzionamento e migliorare l'organizzazione dell'attività, anche attraverso la creazione di commissioni interne. • Progettazione e realizzazione di eventi formativi sulle attività del CUG e confronto tramite tavoli inter-istituzionali con i CUG nazionali/ regionali/provinciali/comunali al fine di monitorare le attività reciproche. • Sensibilizzazione diffusa di lavoratori e lavoratrici attraverso l'organizzazione di incontri tematici e/o la partecipazione a convegni/seminari sul tema della parità, delle pari opportunità, della prevenzione e del contrasto contro le discriminazioni. • Organizzazione di uno specifico momento formativo/informativo sul tema delle molestie sul lavoro, sulla gestione di violenza sugli operatori, sulla risoluzione degli ostacoli all'integrazione, in particolare dei lavoratori neo assunti. • Creazione di una casella di posta elettronica istituzionale, alla quale tutti/e i/le dipendenti/e potranno segnalare eventuali discriminazioni, situazioni di mobbing o far pervenire osservazioni, opinioni e suggerimenti grazie ai quali istaurare all'occorrenza un forum di discussione su tematiche particolari. • Pubblicazione sul sito aziendale, dell'attività del Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni in Azienda. • Costituzione di un Link dedicato sui siti web aziendali e internet, contenenti le informazioni sull'attività del CUG e su materie di pari opportunità, benessere lavorativo e discriminazioni (anche mediante articoli tematici). • Creazione di una voce di bilancio apposita per attuare gli obiettivi prefissati dal CUG.
TARGET/DESTINATARI	Tutto il personale sanitario, tecnico ed amministrativo, componenti del CUG.
STRUTTURE COINVOLTE	Direzione strategica, Componenti del Comitato Unico di Garanzia, U.O. Formazione aziendale, U.O. Comunicazione Aziendale.
INDICATORI	Formazione obbligatoria.
RISORSE	Risorse proprie dell'Azienda, progetti aziendali
TEMPO DI REALIZZAZIONE	Triennio 2026 - 2028

AGGIORNAMENTO, MONITORAGGIO E VERIFICA DEL PIANO

Nel periodo di vigenza sarà effettuato il monitoraggio, dell'efficacia delle azioni adottate, verranno raccolti osservazioni, suggerimenti e possibili soluzioni ai problemi riscontrati da parte del personale dipendente in modo da poter procedere, ove necessario, ad un adeguato aggiornamento.

La necessità di curare un costante aggiornamento degli obiettivi, e la ancor più rilevante esigenza, strettamente connessa alla interrelazione del presente Piano con il ciclo della performance, di eseguire monitoraggi periodici circa lo stato di avanzamento degli obiettivi medesimi, richiedono la predisposizione di idonei strumenti di verifica dell'attività.

I dati, relativi agli indicatori vengono raccolti, sintetizzati annualmente e resi intellegibili per una preliminare valutazione. I dati, oltre che per una questione di "trasparenza" verso tutti gli stakeholder aziendali, sono necessari alla valutazione di evoluzione del piano e di riprogrammazione in caso di eventi/accadimenti eccezionali. Il Piano, quindi, potrà essere oggetto di revisione ed eventualmente aggiornato con nuove azioni, al fine di rendere possibili le modifiche e gli adeguamenti che dovessero rendersi necessari.

In particolare, sulla base di quanto previsto dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2 del 26 giugno 2019 l'attività di verifica sui risultati connessi alle azioni positive illustrate nel presente Piano sarà effettuato dal referente Aziendale del Piano di Parità di Genere in collaborazione con il CUG proponendo, alla Direzione Strategica, le misure idonee a garantire il rispetto dei principi fissati dalla legislazione vigente, così come specificato nella Direttiva N.2/2019 del 26 giugno 2019 del Ministro per la Pubblica amministrazione e del sottosegretario delegato alle Pari Opportunità *"Misure per promuovere le Pari opportunità e rafforzare il ruolo dei comitati unici di garanzia"*.

DURATA

Il presente Piano di Parità di Genere ha durata triennale ed è in linea con gli altri strumenti di monitoraggio e pianificazione aziendale.

Il Piano di Parità di Genere sarà pubblicato sul sito online aziendale in modo da essere accessibile a tutti al fine di garantire la massima divulgazione

ORIGINALE

Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale di

AGRIGENTO

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 2625 **DEL** 23 DIC. 2025

OGGETTO: PIANO DI FORMAZIONE AZIENDALE ANNO 2026

STRUTTURA PROPONENTE: UOS Formazione del Personale

PROPOSTA N. 2744 DEL 19/12/2025

Il Responsabile del Procedimento	Il Dirigente	Il Responsabile UOS Formazione
Dott.ssa Anna Lisa Puma	*Dott.ssa G. M. Letizia Drogo*	*Dott. F. Adriano Cracò*

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:
( ) come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

( ) Autorizzazione n. _____ del _____ C.E. _____ , C.P. E 502020402

Il RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO (Indicazione del Nome, Cognome e Firma)	IL DIRETTORE UOC SEF e P. (Indicazione del Nome, Cognome e Firma)

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA 22 DIC. 2025

L'anno duemilaventicinque il giorno VENTITRE' del mese di DICEMBRE nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodieci, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n.310/Serv.1°/S.G. del 21/06/2024, acquisito il parere del Direttore Amministrativo, dott.ssa Ersilia Riggi, nominata con delibera n. 60 del 14/01/2025 e del Direttore Sanitario, dott. Raffaele Elia, nominato con delibera n. 415 del 02/09/2024, con l'assistenza del Segretario verbalizzante MARIA GRAZIA CRESCENTE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

PROPOSTA

Il Dirigente Responsabile della UOS Formazione del Personale, dr. F. Adriano Cracò

Visto l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

Visto il D. A. 856 del 09/05/2019 GURS 07/06/2019 Piano di Formazione 2019-2021, nel quale si definiscono le aree di intervento e gli obiettivi formativi prioritari individuati per la Regione Sicilia, in armonia con quanto definito dall'accordo Stato Regioni del 02/02/2017 e nel manuale di accreditamento ECM entrato in vigore il01/01/2019 ;

Considerato che l'ASP di Agrigento è stata accreditata in qualità di Provider ECM n. 98 ed agisce in linea con i criteri stabiliti dal Programma Nazionale di Educazione Continua in Medicina, garantendo una programmazione coerente con gli standard di qualità e con obiettivi formativi della Commissione Nazionale e Regionale ECM;

Presa atto della deliberazione del Direttore Generale n. 494 del 1709/2024 avente per oggetto: "Adozione Regolamento per l'attività di Formazione e Aggiornamento Professional del Personale dipendente";

Considerato che l' UOS Formazione , si avvale della collaborazione dei Referenti per la Formazione individuati dai Direttori dei Dipartimenti, di Strutture Complesse, dai Distretti e dai Presidi Ospedalieri , giusta deliberazione del Direttore Generale n. 496 del 17/09/2024 avente per oggetto: "Integrazione ed aggiornamento Rete Referenti Aziendale;

Viste le proposte di progetto, relative alle criticità rilevate nell'ambito delle strutture sanitarie, amministrative, professionali e sanitarie non mediche, trasmesse dai Direttori delle Macrostrutture, alla Responsabile UOS Formazione del personale, in seguito alla nota prot. n. 172400 del 04/11/2025 corredata dalla scheda di Progettazione Formativa per l'anno 2026, da utilizzare per predisporre il piano di formazione aziendale, pubblicata anche sul sito web aziendale con mail del 05/11/2025;

Atteso che la costruzione del Piano di Formazione annuale del Personale, prevede la realizzazione di programmi che rispondano, oltre ai bisogni dell'organizzazione, anche alle specifiche esigenze delle Unità Operative e a sviluppi individuali di carriera che possono condurre ad un reale miglioramento della qualità dell'organizzazione stessa;

Visti i progetti presentati dai Direttori dei Dipartimenti, dalle UOC ed UOS, i cui originali sono conservati presso l'UOS Formazione del Personale;

Considerata la riunione in data 12/12/2025 con il Comitato Scientifico Provider ECM per la valutazione delle schede di progettazione trasmesse dai Direttori dei Dipartimenti, di Strutture Complesse, dei Distretti e dei Presidi Ospedalieri, conclusasi con l'approvazione dei corsi relativi al PFA 2026 (allegato 1);

Premesso che in conformità a quanto previsto dai CC.NN.LL. vigenti, la proposta del Piano di Formazione annuale del Personale, è stata inviata alle OO.SS dell'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria, dell' Area

della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa, dell' Area del Comparto Sanità ed RSU Aziendale, con nota prot. n. 0197074 del 15/12/2025 dalla Direzione Generale per il tramite del Responsabile URS;

Considerata la richiesta da una O.S. pervenuta e valutata con annotazione dal Direttore Generale;

Ritenuto di attribuire la somma complessiva presunta di €. 350.000,00 per l'anno 2026, da annotare al conto economico CE C5.02.02.04.02, dell'istituendo bilancio di previsione 2026; riservandosi di liquidare e pagare, con successivo provvedimento quanto dovuto agli aventi diritto;

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

- **Approvare** per l'anno 2026 il piano dei corsi relativi al PFA 2026 (allegato 1);
- **Assegnare** all'UOS Formazione del Personale un budget complessivo presunto pari ad €. 350.000,00 da annotare al CE 5.02.02.04.02 dell'istituendo bilancio 2026, riservandosi di liquidare e pagare con successivo provvedimento quanto dovuto, agli aventi diritto;
- **Stabilire** che l'esecuzione della deliberazione verrà curata dall'UOS Formazione del Personale;
- **Munire** la deliberazione della clausola di immediata esecuzione, per le motivazioni di seguito specificate: trasmissione PFA 2026 all'Assessorato Regionale Sanità DASOE Servizio 2,
- **Attestare**, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Dirigente Responsabile della UOS Formazione del Personale
Dr. F. Adriano Cracò

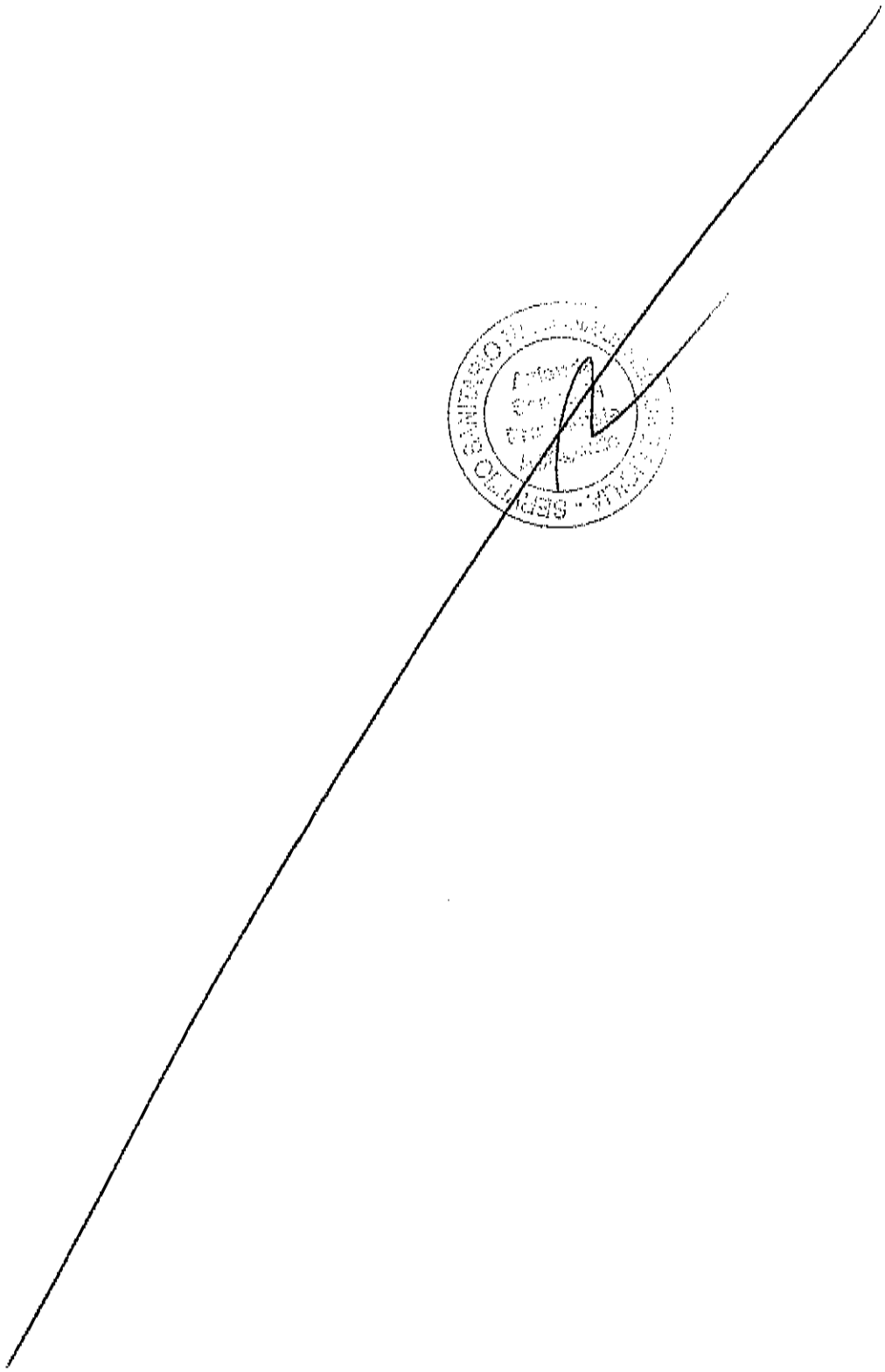
SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere ASSENTE
Data

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Ersilia Riggi

Parere Favorevole
Data 23/12/2025

Il Direttore Sanitario
Dott. Raffaele Elia



IL DIRETTORE GENERALE

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal Dr. Adriano F. Cracò Responsabile della UOS Formazione del Personale che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

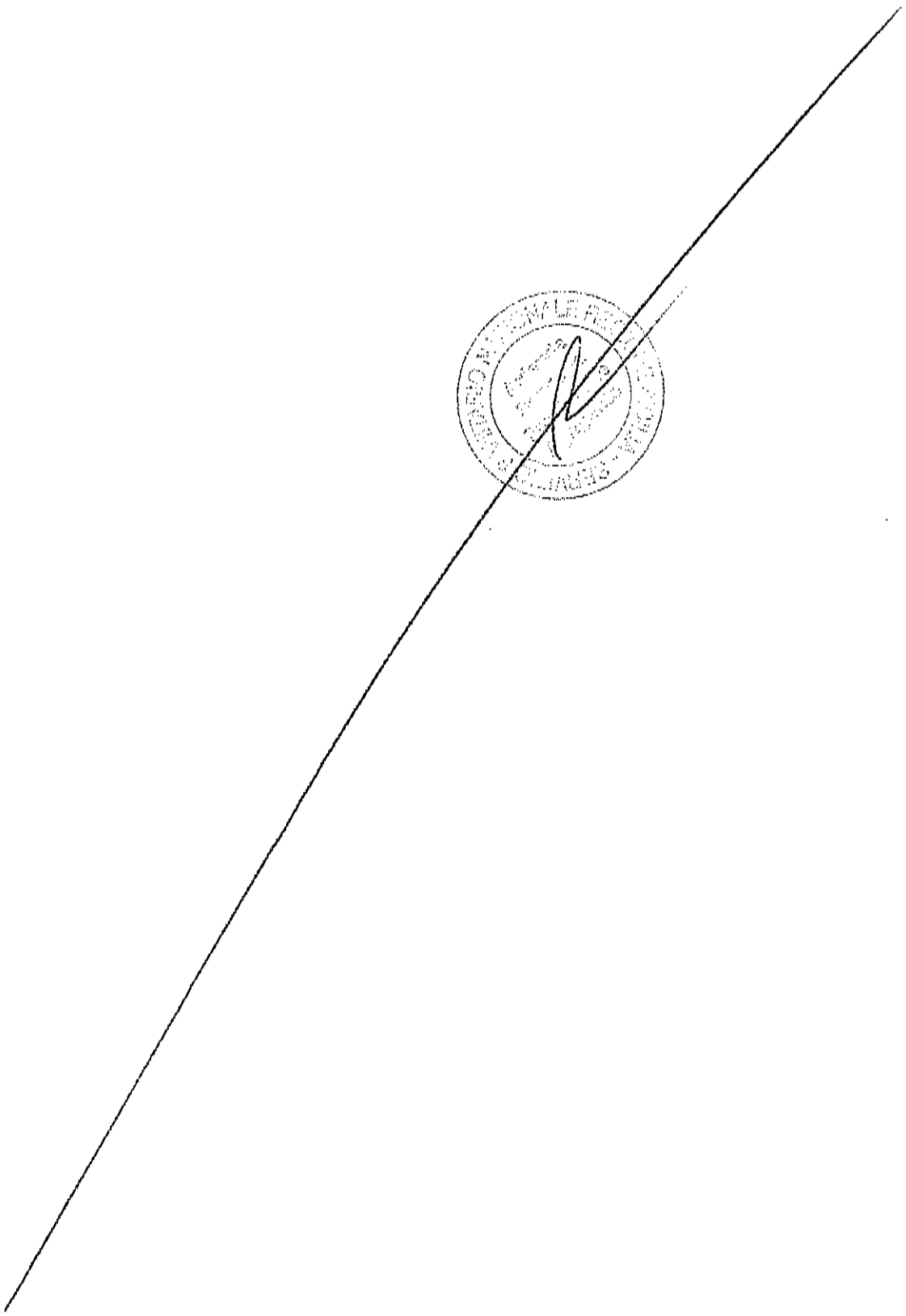
Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;
Tenuto conto del parere espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

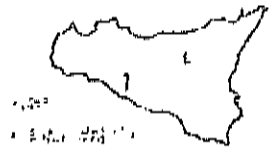
DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal Dr. Adriano F. Cracò Responsabile della UOS Formazione del Personale

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giuseppe Capodieci

Il Segretario verbalizzante
IL COLLABORATORE AMM.VO TPO
"Uff. Segreteria Dir. Generale e Collegio Sindacale"
Maria Grazia Crescente





Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Tel. 0922 407111 * Fax 0922 401229
P.Iva e C.F. 02570930845

U.O.S Formazione del Personale

Piano Formativo Aziendale 2026
UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE

Redatto da

Il Coll.re Amministrativo	Il Coll.re Sanitario	La Dirigente	Il Resp.le ad interim
Dott.ssa Anna Lisa Puma	Dott. Paolo Loggia	Dott.ssa G.M. Letizia Drogo	Dr. F. Adriano Cracò

data di emissione	rev.	verifica	verifica	approvazione
19/12/2025	0	Dr. Raffaele Elia Direttore Sanitario Aziendale	Dott.ssa Emilia Riggi Direttore Amministrativo Aziendale	Dr. Giuseppe Capodieci Direttore Generale f.f.

A.S.P AGRIGENTO STAFF Direzione Generale
U.O.S Gestione del Rischio Clinico e della Qualità
Cabina Unica di Regia
Centro Unico di Prenotazione
IL DIRIGENTE RESPONSABILE
Dott G Maurizio Galletto

Indice

1 Introduzione	Pag. 3
2 Scopo del Piano di Formazione	Pag. 3
3 Obiettivi	Pag. 4
4 Ambito di applicazione	Pag. 7
5 Riferimenti normativi	Pag. 7
6 Termini definizioni abbreviazioni	Pag. 8
7 Piano operativo/descrizione delle attività	Pag. 9
8 La valutazione delle azioni formative	Pag. 9
9 Monitoraggio e indicatori	Pag. 10
10 Responsabilità	Pag. 10
11 Validità del Piano	Pag. 11
12 Risorse	Pag. 11
13 Comitato scientifico	Pag. 11
14 Analisi del rischio e azioni di miglioramento	Pag. 12
15 Lista di informazione e distribuzione	Pag. 13
16 Archiviazione dei documenti	Pag. 13
17 Allegati	Pag. 13

1. Introduzione

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento riconosce la formazione e l'aggiornamento del personale quale leva strategica per lo sviluppo professionale degli operatori, per la realizzazione degli obiettivi programmati e per una migliore tutela della salute dei cittadini attraverso servizi qualificati. La formazione e l'aggiornamento, oltre ad essere considerati processi di acquisizione, sviluppo di abilità e competenze, sono assunti dall'Azienda come strumento di ottimizzazione delle risorse umane e di cambiamento organizzativo.

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) è il documento di pianificazione delle attività formative orientato al raggiungimento degli obiettivi generali e specifici della programmazione sanitaria nazionale, regionale e aziendale. Il PFA è adottato ogni anno con Deliberazione aziendale e contiene l'offerta formativa complessiva elaborata a partire dai bisogni formativi emergenti individuati a livello nazionale dal Ministero della Salute, dall'Assessorato alla Salute regionale e da Agenas - Programma Nazionale di Educazione Continua in Medicina (in via prioritaria), nonché alla luce di specifiche esigenze rilevate da ciascun Dipartimento e/o Unità operativa.

Nell'ultimo trimestre di ogni anno, viene inviata a tutti i Direttori delle Macrostrutture una nota in cui si chiede di indirizzare alla UOS Formazione la scheda progettuale Allegato A) con le proposte formative da sviluppare nel corso dell'anno successivo.

Le proposte confluiscono le Piano Formativo Aziendale che viene Deliberato e pubblicato sul sito aziendale.

2. Scopo del Piano di Formazione

La costruzione del Piano di Formazione Permanente del Personale prevede la realizzazione di programmi che rispondono ai bisogni sopra riportati nonché a sviluppi individuali di carriera che possono condurre ad un reale miglioramento della qualità dell'organizzazione stessa.

Nell'ambito della politica sanitaria regionale e nazionale la formazione del personale ha assunto sempre più un ruolo prioritario, la formazione infatti, intesa come l'insieme delle attività finalizzate al continuo adeguamento delle capacità di intervento rispetto allo sviluppo scientifico, tecnico ed organizzativo dell'assistenza e al mutare della domanda di salute della popolazione, svolge una funzione di primo piano; essa va, quindi, considerata come strumento fondamentale di cambiamento individuale e funzione specifica del servizio sanitario.

Il sistema ECM

L'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e del proprio sviluppo professionale.

La formazione continua in medicina comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta. Per poter acquisire queste buone pratiche è necessario spendere una parte delle proprie risorse per l'aggiornamento. L'obiettivo è quello di realizzare un sistema in grado di verificare e di promuovere la qualità della formazione continua, gli operatori della salute hanno, infatti, l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire una assistenza qualitativamente utile.

L'A.S.P. di Agrigento è stata accreditata provvisoriamente in qualità di Provider ECM con il numero identificativo ID 98 ed agisce in linea con i criteri stabiliti dal Programma Nazionale di Educazione Continua in Medicina, garantendo una programmazione coerente con gli standard di qualità e con gli obiettivi formativi della Commissione Nazionale e Regionale ECM.

3. Obiettivi

Il presente PFA vuole essere un valido strumento informativo per tutto il personale dell'Azienda al fine di migliorare le pratiche cliniche e professionali (di tipo specifico e trasversale) di ciascun professionista.

Si specificano di seguito le aree di intervento e gli obiettivi formativi prioritari individuati per la Regione Sicilia, in armonia con quanto già definito dall'accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017 e nel Manuale di Accreditamento ECM entrato in vigore 01/01/2019.

Aree di intervento e obiettivi formativi prioritari

1. Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell' evidence based practice (EBM - EBN - EBP)
2. Linee guida - protocolli - procedure
3. Documentazione clinica. Percorsi clinico- assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura.
4. Appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA).
5. Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie.

6. Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale.

7. La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato.

8. Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale.

9. Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera con particolare riferimento alle malattie croniche e invalidanti, alla disabilità e alla non autosufficienza.

10. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali.

11. Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali.

12. Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure.

13. Metodologia e tecniche di comunicazione, anche in relazione allo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria.

14. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni di processo.

15. Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell' attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti.

16. Etica, bioetica e deontologia.

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.

18. Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultra specialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere.

19. Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e egli ambiti di complementarietà.

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.

21. Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione.

22. Fragilità e cronicità.

23. Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate.

24 Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale.

25. Farmaco epidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza.

26. Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologie correlate.

27. Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione.

28. Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto.

29. Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessement.

30. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di processo.

31. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di sistema.

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.

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.

34. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali.

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.

36. Valutazione, analisi, studio, caratterizzazione identificazione di: agenti, sostanze, preparati, materiali ed articoli e loro interazione con la salute e la sicurezza.

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.

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.

4. Ambito di applicazione

Il Piano Formativo Aziendale si applica a tutti gli ambiti e i settori dell'ASP di Agrigento che prevedono gli interventi formativi.

5. Riferimenti normativi

- Atto Aziendale ASP di Agrigento Del. N 265 del 23/12/2019;
- Decreto Assessoriale 856 del 09/05/2019 G.u.r.s. 7/06/2019 Piano di Formazione 2019 – 2021 (Area di intervento e obiettivi formativi individuati per la Regione Sicilia) in armonia secondo l'Accordo Stato regioni del 02/02/2017 e nel Manuale di Accreditamento ECM del 01/01/2023;
- Regolamento per la formazione dell'ASP di Agrigento Del n. 494 del 17/09/2024;
- Decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni;
- Legge regionale n. 30 del 3 novembre 1993 "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali";
- Legge finanziaria 2008 - Legge 24 dicembre 2007, n. 244;
- Accordo Stato-Regioni 1 agosto 2007, n. rep. 168;
- Decreto Assessoriale n. 747 del 3 maggio 2007 (direttive per la gestione delle attività di formazione e aggiornamento presso le Aziende sanitarie);
- Decreto Assessoriale n. 2826 del 13 dicembre 2007 (istituzione del livello regionale del sistema di Educazione continua in medicina);
- Decreto Assessoriale n. 297 del 26 febbraio 2008 di integrazione al decreto n. 2826 del 13 dicembre 2007;
- Legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale";
- Accordo Stato-Regioni 5 novembre 2009 (definisce il nuovo Sistema di formazione continua in medicina;

- Decreto Assessoriale n. 1465 del 28 maggio 2010 "Linee guida per il riordino del sistema siciliano di formazione continua in medicina (ECM)";
- Decreto Assessoriale n. 1050 del 08 giugno 2011 "Nuove linee guida per il riordino del sistema siciliano di formazione continua in medicina (ECM)";
- Decreto Assessoriale n.1771 del 07 Settembre 2012 "Approvazione dell'assetto organizzativo delle unità operative per la formazione nelle aziende sanitarie della Regione siciliana e relative linee guida".

6. Termini definizioni abbreviazioni

ACN = Accordo Collettivo Nazionale

Age.Na.S = Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

ASP = Azienda Sanitaria Provinciale

CEFPAS = Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario

CIO = Comitato Infezioni Ospedaliere

CS = Comitato Scientifico

DA = Decreto Assessoriale

EBM = Evidence-Based Medicine

EBN = Evidence-Based Nursing

EBP = Evidence-Based Practice

ECM = Educazione Continua in Medicina

IFEC = Infermiere di Famiglia e Comunità

OSS = Operatore Socio Sanitario

PDTA = Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

PFA = Piano Formativo Aziendale

PO = Presidio Ospedaliero

RLS = Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

SIAN = Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

SSN = Servizio Sanitario Nazionale

SSR = Servizio Sanitario Regionale

UOC = Unità Operativa Complessa

UOS= Unità Operativa Semplice

7. Piano operativo/descrizione delle attività

Si riportano in tabella, le attività approvate per l'anno 2026 con i relativi titoli, numero di edizioni e giornate previste e responsabile scientifico

8. La valutazione delle azioni formative

La valutazione della formazione è intesa come strumento di supporto al processo formativo e utilizzata in termini di ricerca e di individuazione dei cambiamenti avvenuti nelle competenze e nelle prestazioni dei partecipanti a seguito dell'intervento formativo, in modo che i risultati ridefiniscano gli obiettivi nel ciclo dell'apprendimento.

Per ottenere informazioni su come i partecipanti valutano i singoli interventi formativi, sono previsti dei questionari di gradimento: lo scopo è comprendere la qualità dei contenuti oggetto del corso, l'appropriatezza delle metodologie utilizzate, le capacità didattica e la preparazione dei docenti, e non meno importante, l'utilità del corso per la propria crescita professionale.

Per valutare l'apprendimento dei contenuti, al termine dei corsi sono somministrati ai partecipanti dei questionari (o prove scritte o prove pratiche o prove orali) successivamente esaminati: questo allo scopo di verificare che le conoscenze trasmesse siano state effettivamente acquisite e, quindi, rispettati gli obiettivi dei progetti formativi.

Al termine dell'anno 2026 il Dirigente Responsabile dell'U.O.S. Formazione del personale verificherà il livello di implementazione delle azioni presenti nel piano di formazione annuale. Sarà inoltre effettuata una valutazione sia in termini di numero di personale formato sia in termini di gradimento generale delle attività proposte.

Sarà redatta la relazione da trasmettere all'Age.Na.S sulle attività ECM realizzate nell'ambito dell'accreditamento in qualità di Provider.

9. Monitoraggio e Indicatori

Attraverso le relazione finale ECM sarà possibile ogni anno verificare il numero di corsi Accreditati ECM svolti rispetto a quelli programmati. Sarà oggetto di monitoraggio anche il numero complessivo di partecipanti ai corsi.

Si riportano in tabella gli indicatori

Indicatore	Modalità di misura	Valore atteso
Aggiornamento Rete referenti Aziendali e Individuazione nuovi tutor aziendali	pubblicazione dell' Atto deliberativo	100%
Approvazione del Piano Formativo Aziendale 2027 entro il 31/12/2026	pubblicazione dell' Atto deliberativo	100%
Numero dei corsi realizzati nell'anno 2026	Numero dei corsi realizzati/numero dei corsi programmati	≥ 20%
Fruizione dei corsi da parte del personale dell'azienda	Numero Persone formate che ha partecipato ad eventi formativi nel 2026	≥ 20% dei dipendenti aziendali

10. Responsabilità

Il Responsabile del PFA aziendale è il Responsabile dell'UOS Formazione del Personale.

Il Responsabile dell'ECM Aziendale è la Dirigente della dell'UOS Formazione del Personale, delegata dal Direttore Generale (Atto di Delega n.14 del 03/04/2025).

Responsabili delle singole azioni formative sono i Direttori di Dipartimento/Direttori di UOC/Responsabili Scientifici così come riportati nella specifica scheda di progettazione.

FUNZIONE ATTIVITÀ	DIRETTORE GENERALE	DIRETTORE SANITARIO	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	RESPONSABILE U.O.S. FORMAZIONE	RESPONSABILE DELL'ECM AZIENDALE	PERSONALE U.O.S. FORMAZIONE	COMITATO TECNICO PROVIDER ECM	RESPONSABILE SCIENTIFICO ATTIVITA' FORMATIVE
Approvazione P.F.A	R	C	C	R	C	C	C	I
Verifica P.F.A	C	R	R	C	C	I	C	I
REDAZIONE P.F.A.	I	I	I	R	R	C	C	I
ATTUAZIONE P.F.A.	C	C	C	R	C	C	C	C
GESTIONE EVENTI ECM	I	I	I	C	R	C	C	C
ATTUAZIONE EVENTI FORMATIVI	I	I	I	R	R	C	C	R
ARCHIVIAZIONE EVENTI FORMATIVI	I	I	I	R	R	R	I	I

R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

11. Validità del Piano

Il presente Piano Formativo ha validità del 1 gennaio al 31 Dicembre 2026.

Nel corso dell'anno 2026, solo eccezionalmente, potranno essere proposti all'U.O.S. Formazione ulteriori corsi di formazione, la cui realizzazione, previa approvazione da parte della Direzione Aziendale, è vincolata alla sussistenza delle necessarie risorse finanziarie, umane, tecniche e strumentali.

12. Risorse

Per l'attuazione delle azioni formative verranno utilizzate risorse compatibili con il bilancio aziendale e in accordo con le linee d'indirizzo nazionali e regionali, confluenti in un budget unico.

13. Comitato Scientifico

Con Deliberazione 1823 del 11 settembre 2025 è stato rinnovato il Comitato Scientifico - Provider ECM dell'ASP di Agrigento, quale organo garante della qualità scientifica dell'offerta formativa dell'Azienda, in seno al Piano Formativo Aziendale e al Regolamento aziendale per l'attività di Formazione e Aggiornamento Professionale del Personale dipendente e preposto alla validazione preventiva del Piano Formativo Aziendale annuale che poi viene recepito, approvato e deliberato

dalla Direzione Strategica Aziendale, come previsto dal Decreto assessoriale n. 1465 del 28 maggio 2010, della Regione siciliana che ha recepito ed adottato gli Accordi Stato – Regioni del 01/08/2007 e del 05/11/2009.

Il Comitato scientifico alla luce del Manuale di Accreditamento dei Provider ECM della Regione Siciliana Anno 2021 che definisce i requisiti minimi, gli standard e i successivi adempimenti che i soggetti che intendono operare nell'ambito dell'Educazione Continua in Medicina nella Regione Siciliana, è composto per "l'Accreditamento generale" da componenti appartenenti a 5 professioni sanitarie differenti (compreso il coordinatore), iscritti agli Albi di appartenenza e in regola con gli adempimenti ECM, e prevede la nomina all'interno del Comitato Scientifico (CS) di un Coordinatore con competenze andragogiche in materia sanitaria qualificato nell'ambito della Sanità per titoli e/o esperienza.

Al Comitato scientifico sono affidati, nello specifico, i seguenti compiti:

a) elaborazione degli indirizzi generali per la predisposizione del Piano di formazione aziendale;

b) promozione e sviluppo di eventi formativi a contenuto scientifico;

c) incentivazione di attività per la consultazione e pubblicazione di studi e ricerche scientifiche di riviste nazionali e internazionali;

d) approvazione del piano di formazione per il contenuto scientifico con indicazione dei responsabili scientifici per ogni evento formativo programmato.

14. Analisi del rischio e azioni di miglioramento

In base alle criticità riscontrate nel corso della realizzazione di ogni percorso formativo e delle segnalazioni dei partecipanti il responsabile dell'UOS Formazione del Personale avvierà tutte le azioni di miglioramento e le strategie necessarie al superamento delle criticità stesse. L'ASP di Agrigento si pone l'obiettivo di migliorare l'efficacia delle prestazioni formative erogate utilizzando i risultati degli audit interni, delle valutazioni dei corsi, dei report sulla qualità percepita, condividendo costantemente le azioni correttive e preventive con il Comitato Scientifico e la Direzione Aziendale, individuando le azioni di miglioramento e provvedendo alla loro attuazione nel rispetto dei tempi programmati

15. Lista di informazione e distribuzione

Il presente Piano formativo aziendale sarà deliberato dopo essere stato approvato dalla Direzione Generale, pubblicato sul sito aziendale e distribuito per livelli di responsabilità alle diverse figure aziendali (es. mailing list aziendale).

16. Archiviazione dei documenti

Tutta la documentazione relativa ai percorsi formativi dalla progettazione degli stessi alla loro erogazione sarà conservata presso l'UOS formazione del personale in formato digitale e/o cartaceo. I dati relativi alle valutazioni e alle attribuzioni dei crediti ECM saranno conservati dal Provider ECM per gli anni previsti dalle specifiche normative.

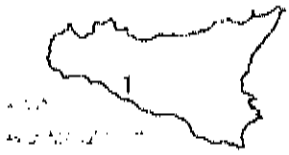
17. Allegati

- Scheda di progettazione
- Richiesta Formazione Esterna
- Richiesta partecipazione a corso di Formazione Aziendale

Nota a margine

Specifiche attività formative relative ad aree trasversali saranno progettate ed erogate in collaborazione con il Centro regionale di riferimento (CEFPAS), come da Decreto GURS n.° 42 del 5/10/2012.

In relazione alla disponibilità di risorse economiche, si specifica che non tutte le attività formative di seguito elencate saranno necessariamente svolte. Di converso, altri percorsi formativi, pur non inseriti nel Piano, potranno essere realizzati per sopravvenute esigenze formative, previa approvazione da parte della Direzione Aziendale.



UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il Coll.re Amministrativo Dott.ssa Anna Lisa Puma	Il Coll.re Sanitario Dott. Paolo Loggia	La Dirigente Dott.ssa G.M. Letizia Drogo	Il Resp.le ad interim Dr. F. Adriano Cracò

PIANO DI FORMAZIONE ANNO 2026 DELIBERA N. _____ DEL _____

U.O.S. FORMAZIONE DEL PERSONALE

CORSO	TARGET	EDIZIONI	RESPONSABILE SCIENTIFICO
Corso: "IL CODICE ROSA NELL' A.S.P. DI AGRIGENTO "	Dirigenza e Comparto Sanitario, Amministrativo e Tecnico.	10 ed. di 1 giornata	Dr.ssa G.M. LETIZIA DROGO
Corso: "LA GESTIONE EFFICACE DELLA COMUNICAZIONE AGGRESSIVA IN AMBITO SANITARIO"	Dirigenza e Comparto Sanitario, Amministrativo e Tecnico.	4 ed. di 4 giornate	Dr. Raffaele Elia
Corso: "TECNICHE DI DESCALATION PER GLI OPERATORI SANITARI"	Dirigenza e Comparto Sanitario, Amministrativo e Tecnico.	10 ed. di 1 giornata	Dr.ssa G.M. LETIZIA DROGO
Corso: "LA RELAZIONE UMANIZZATA - VERSO UN MODELLO INTEGRATO DI ASSISTENZA CENTRATO SULLA PERSONA "	Dirigenza e Comparto Sanitario, Amministrativo e Tecnico.	2 ed. di 4 giornate	Dr.ssa G.M. LETIZIA DROGO
Corso: "INTRODUZIONE AL TRAINING AUTOGENO IN AMBITO SANITARIO"	Dirigenza e Comparto Sanitario, Amministrativo e Tecnico.	4 ed. di 2 giornate	Dr.ssa G.M. LETIZIA DROGO

Corso: "DALLE COMPETENZE DI VITA ALLE COMPETENZE LAVORATIVE: UN MODELLO DI FORMAZIONE POTENZIANTE IN SANITÀ"	Dirigenza e Comparto Sanitario, Amministrativo e Tecnico.	1 ed di 3 giornate	Dr.ssa G.M. LETIZIA DROGO
Corso: "SOFT SKILL E MOTIVAZIONE IN AMBITO SANITARIO"	Dirigenza e Comparto Sanitario, Amministrativo e Tecnico.	1 ed. di 2 giornata	Dr.ssa G.M. LETIZIA DROGO
Corso: "L'ARTE DI ASCOLTARE E LEADERSHIP GENTILE"	Dirigenza e Comparto Sanitario, Amministrativo e Tecnico.	2 ed. di 2 giornate	Dr.ssa G.M. LETIZIA DROGO
Corso: "LA REDAZIONE, GESTIONE E ARCHIVIAZIONE DEI PROCEDIMENTI DEGLI ORGANI COLLEGIALI E ATTI PUBBLICI"	Dirigenza e Comparto Sanitario, Amministrativo e Tecnico.	2 ed. di 2 giornate	Dr.ssa ERSILIA RIGGI
U.O.S. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DELLA QUALITA' AZIENDALE			
Corso: "ASPETTI NORMATIVI E OPERATIVI PER LA GESTIONE E TRACCIABILITÀ DEI CAMPIONI ISTOLOGICI"	Medico chirurgo, Infermiere	1 ed. di 1 giornata	DOTT. GIROLAMO MAURIZIO GALLETTO
Corso "CORRETTA GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA E DEL CONSENSO INFORMATO. LEGGE GELLI / BIANCO N. 24/2017. RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE"	Medico chirurgo, Infermiere	1 ed. di 1 giornata	DOTT. GIROLAMO MAURIZIO GALLETTO
Corso: "LA CADUTA DEL PAZIENTE IN OSPEDALE"	Medico chirurgo, Infermiere	1 ed. di 1 giornata	DOTT. GIROLAMO MAURIZIO GALLETTO
DIREZIONE GENERALE			
U.O.S. INTERNAZIONALIZZAZIONE E RICERCA SANITARIA (SIRS)			

Corso: "EURO PROGETTAZIONE IN SANITA"	Medico Chirurgo, Veterinario, Psicologo, Fisioterapista, Infermiere , Assistente Sanitario, Ostetrico, Tec San Lab. Biomedico, Tec San. Radiologia, Tec San. Prev. Ambiente e luoghi di lavoro, altro.	7 ED. DI 1 GIORNATA	Dr.ssa R. Vaccaro
Corso: "INGLESE SCIENTIFICO - LIVELLO BASE LINGUA E TRADUZIONE- LINGUA INGLESE'"	Medico Chirurgo, Veterinario, Psicologo, Fisioterapista, Infermiere , Assistente Sanitario, Ostetrico, Tec San Lab. Biomedico, Tec San. Radiologia, Tec San. Prev. Ambiente e luoghi di lavoro.	2 edizioni di 6 giornate piu' modulo on line	Dr.ssa R. Vaccaro
Corso: "RENDICONTAZIONE DEI PROGETTI EUROPEI"	Dirigenza e comparto amministrativo	2 edizioni di 3 giornate	Dr.ssa R. Vaccaro
UFFICIO PROTEZIONE DEI DATI			
Corso: "PRIVACY E PROTEZIONE DEI DATI"	Dirigenza e Comparto Sanitario, amministrativo e Tecnico		Dr.ssa Mattaliano
U.O.C. SERVIZIO DI PSICOLOGIA			
CORSO "MULTIFAMILIARE" E "OPEN DIALOGUE " COME STRUMENTI APPLICABILI AI DIVERSI CONTESTI DI CURA E PREVENZIONE NELL' OTTICA DELLA MULTIDISCIPLINARIETA'	MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO INFERMIERE ASSISTENTE SANITARIO FISIOTERAPISTA, ASSISTENTE SOCIALE, TERP	2 Ediz. di 3 giornate	Dr.ssa Angela Bruno

CORSO "AFFRONTARE LO STRESS STARE BENE CON SE', STARE BENE CON GLI ALTRI PERCORSI BENESSERE PER I DIPENDENTI"	Dirigenza e Comparto Sanitario, Amministrativo e Tecnico.	6 Ediz. di 10 giornate di 2,5 ore ciascuna	Dr.ssa Angela Bruno
CORSO "FORMAZIONE SUGLI STRUMENTI PSICODIAGNOSTICI PER LA VALUTAZIONE DELLA PERSONALITÀ	Psicologo	1 Ediz. di 5 giornate presenza e fad	Dr.ssa Spataro Vincenza
CORSO "PERCORSO FORMATIVO STUDIO LAVORO INTEGRATO INCLUSIVO"	Medico Chirurgo, Psicologo, Infermiere , Ostetrica, OSS, Ausiliario, Assistente Sociale	4 Ediz. di 3 giornate	Dr.ssa Spataro Vincenza

SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Corso: "CORSO DI FORMAZIONE DI BASE SULLA SICUREZZA PER I LAVORATORI" (4 ore)	Personale Sanitario e amministrativo e tecnico	6 ed	DR. ALAIMO CARMELO
Corso: "CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICO PER I LAVORATORI - RISCHIO ALTO" (12 ore)	Personale Sanitario e amministrativo e tecnico	15 Ed.	DR. ALAIMO CARMELO
Corso: "AGGIORNAMENTO SPECIFICO PER I LAVORATORI - RISCHIO ALTO" (6 ore)	Personale Sanitario e amministrativo e tecnico	4 Ed.	DR. ALAIMO CARMELO
Corso: "AGGIORNAMENTO PER DIRIGENTI " (6 ore)	Personale Sanitario e amministrativo e tecnico	2 ed	DR. ALAIMO CARMELO
Corso: "FORMAZIONE PER DIRIGENTI" (12 ore)	Personale Sanitario e amministrativo e tecnico	2 ed	DR. ALAIMO CARMELO
Corso "FORMAZIONE PER PREPOSTI " (12 ore)	Personale Sanitario e amministrativo e tecnico	2 ed	DR. ALAIMO CARMELO
Corso:"AGGIORNAMENTO PER PREPOSTI" (6 ore)	Personale Sanitario e amministrativo e tecnico	1 ed	DR. ALAIMO CARMELO
Corso: "ADDETTI ANTINCENDIO A RISCHIO ALTO" (16 ore)	Personale Sanitario e amministrativo e tecnico	16 ed	DR. ALAIMO CARMELO
Corso: "AGGIORNAMENTO ADDETTI ANTINCENDIO A RISCHIO ALTO" (8 ore)	Personale Sanitario e amministrativo e tecnico	10 ed.	DR. ALAIMO CARMELO

Corso: "ADDETTI PRIMO SOCCORSO" (16 ore)	Personale Sanitario e amministrativo e tecnico	4 ed.	DR. ALAIMO CARMELO
Corso: "MANIPOLAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI ANTIBLASTICI IN SICUREZZA"	Personale Sanitario e amministrativo e tecnico	2 ed.	DR. ALAIMO CARMELO
Corso: "LA GESTIONE DEI RISCHI LEGATI AI GAS MEDICINALI"	Personale Sanitario e amministrativo e tecnico	4 ed.	DR. ALAIMO CARMELO
Corso: "IL RISCHIO AGGRESSIONI NEI LUOGHI DI LAVORO"	Personale Sanitario e amministrativo e tecnico	20 ed.	DR. ALAIMO CARMELO
Corso: "AGGIORNAMENTO PER R.L.S. " (8 ore)	Personale Sanitario e amministrativo e tecnico	1 ed.	DR. ALAIMO CARMELO
Corso: "Formazione per R.L.S." (32 ore)	Personale Sanitario e amministrativo e tecnico	1 ed.	DR. ALAIMO CARMELO
DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE			
U.O.S. EDUCAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE AZIENDALE (STAFF D.S.)			
CORSO:Dal sostegno alla motivazione all'attivazione personale: il colloquio motivazionale breve come strumento di promozione del cambiamento"	Medico Chirurgo, M.M.G. Psicologo, Assistente Sociale, Fisioterapisti. Assistenti sanitario, Logopedisti, Tecnici sanitari lab.biomedico, e di radiologia, Ostetriche, dietisti, educatori Tecnico prev.ambiente e luoghi di lav. Infermiere di comunità, territoriali e ospedalieri	3 ed. di 1 giornata	Dr.ssa G.M. LETIZIA DROGO
CORSO: Sanità e Trasformazione Digitale	Medico Chirurgo, Psicologo Infermiere, Tecnico informatico, e personale Amministrativo	3 ed. di 1 giornata	Dott.ssa Patrizia Volpe
U.O. S. Centro Gestionale Screening			

CORSO: Gestione informatizzata dello Screening del carcinoma del colon retto di 1°, 2° e 3° livello	Operatori sanitari dedicati allo screening del carcinoma del colon retto: Medici Chirurghi Infermieri Tecnici di laboratorio	1 ed di 1 giornata	Dott.ssa Angela Matina
CORSO: Gestione informatizzata dello Screening del carcinoma della mammella di 1°, 2° e 3° livello	Operatori sanitari dedicati allo screening del carcinoma del colon retto: Medici Chirurghi Infermieri Tecnici di laboratorio	1 ed di 1 giornata	Dott.ssa Angela Matina
CORSO: Gestione informatizzata dello Screening del cervicocarcinoma di 1° e 2° e 3 ° livello	Operatori sanitari dedicati allo screening del cervicocarcinoma di 1° e 2° livello: Medici Chirurghi Infermieri Ostetriche Psicologhe Assistenti Sanitarie	1 ed di 1 giornata	Dott.ssa Angela Matina
CORSO: Gli Screening Oncologici nell'Asp di Agrigento	Medici chirurghi Psicologi Tecnici di radiologia Tecnici di laboratorio Infermieri Ostetriche Assistenti sanitari Assistenti sociali	5 ed di 1 giornata	Dott.ssa Angela Matina
U.O.S. PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE - AREA EXSTRA OSPEDALIERA E PNRR			
CORSO: "D.M. 77/2022: I NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI"	MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, FISIOTERAPISTA, INFERMIERE, ASSISTENTE SANITARIO, ASSISTENTE SOCIALE,	4 ED DI 2 GIORNATE	DR. VINCENZO L. MANCUSO
CORSO"LA GESTIONE INFERMIERISTICA DELLE PATOLOGIE CRONICHE PREVALENTI E LO SVILUPPO DEI PDTA"	INFERMIERE	4 ED DI 2 GIORNATE	DR. VINCENZO L. MANCUSO

CORSO: "LA NUOVA GENERAZIONE DI COORDINATORI INFERMIERISTICI"	INFERMIERE	2 ED DI 2 GIORNATE	DR. VINCENZO L. MANCUSO
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE			
U.O.C. Servizio di Epidemiologia			
CORSO "Nuovo calendario di Immunizzazione e malattie infettive emergenti e riemergenti"	MEDICO CHIRURGO ASSISTENTE SANITARIO BIOLOGO , INFERMIERE	2 Ed. di 1 giornata	Dott.ssa Adriana Graceffa
CORSO "La vaccinazione del personale sanitario"	MEDICO CHIRURGO ASSISTENTE SANITARIO BIOLOGO , INFERMIERE	2 Ed. di 1 giornata	Dott.ssa Adriana Graceffa
U.O.C. Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN)			
CORSO: "Il corretto approccio del controllo ufficiale: Aspetti pratici del Reg. UE 625/2017; aspetti salienti dei Regolamenti UE 627 e 624 del 2019; i controlli a distanza"	Medico chirurgo, Veterinario tecnico prevenzione ambienti di lavoro dietista	1 ed. di 2 giornate	Dott. Pietro Mazzarella
CORSO: "Il ruolo del SIAN nella sicurezza nutrizionale"	Medico Chirurgo, tecnico della prevenzione ambienti di lavoro dietista altro	1 ed. DI 1 giornata	Dott.ssa Floriana B. Falci
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA			
U.O.C SANITA ANIMALE			

Corso:"Reg. 2017/625 - Aggiornamenti su Piani di Sorveglianza ed eradicazione con applicazione delle azioni esecutive di cui agli artt. 137-140 in relazione con la normativa nazionale. Gestione dei sistemi informativi veterinari."	Medico, Veterinario	1 ed. DI 1 giornata	Dr.Ciccarello salvatore
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE			
U.O.C "MALATTIE DEGENERATIVE INVOLUTIVE E PSICHIATRICHE			
Corso: PROPOSTE CORSI DI FORMAZIONE "TMS - STIMOLAZIONE MAGNETICA TRANSCRANICA NELLE MALATTIE PSICHIATRICHE, DEGENERATIVE ED INVOLUTIVE"".	Medici, Psicologi, Infermieri altro	1 ed di 2 giornate	Dr.ssa Liana. Gucciardino
CORSO: GRUPPI DI PSICONALISI MULTIFAMILIARE COME STRUMENTO DIALOGICO NELL'AMBITO DELLE DEMENZE	Medici- Psicologo- Assistenti Sociali - Educatori Altro	2 ed di 2 giornate	Dr.ssa Liana. Gucciardino
CORSO: PROPOSTE CORSI DI FORMAZIONE "TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI NELL'AMBITO DELLE MALATTIE PSICHIATRICHE, DEGENERATIVE ED INVOLUTIVE".	Medici, Psicologi, Infermieri	2 ed di 1 giornate	Dr.ssa Liana. Gucciardino

U.O.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE ED ADOLESCENZIALE			
CORSO" PSICOPATOLOGIA ADOLESCENZIALE: TERAPIA FARMACOLOGICA E PRESA IN CARICO PSICOLOGICA"	Medico Chirurgo. Psicologo, Pedagogista, Sociologo, Fisioterapista, TNPEE, Logopedista, Infermiere, Assistente Sociale.	1 ED. DI 2 GIORNATE	Dr.ssa Aurelia La Bella
U.O.C. COORDINAMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE			
CORSO "DIPENDENZE PATOLOGICHE E DISAGIO PSICHIATRICO IN ETA' EVOLUTIVA: NUOVI PARADIGMI INTERPRETATIVI E TERAPEUTICI	MEDICO CHIRURGO, PSICHIATRA, NPI, PSICOLOGO, INFERMIERE , ASSISTENTE SOCIALE, LOGOPEDISTA, TDR,	2 ED. DI 3 GIORNATE	Dr.ssa Grado Irene

CORSO: L'APPROCCIO CLINICO INTEGRATO PER LA TMS NELLA SALUTE MENTALE: APPLICAZIONI PRATICHE NELLE DIPENDENZE, NEL DISTURBO OSSESSIVO-CONVULSIVO E DEPRESSIONE	MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, INFERMIERE , ASSISTENTE SOCIALE,	2 ED. DI 5 GIORNATE	Dr.ssa Grado Irene
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE			
U.O.S.D Cure Palliative			
CORSO: LE PROFESSIONI DI AIUTO: STRUMENTI PER LA PREVENZIONE DEL BURN OUT	MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, ASSISTENTE SOCIALE , OPERATORE SOCIO SANITARIO, PERSONALE AMMINISTRATIVO	2 ED. DI 1 GIORNATA	Dr.ssa Toscano P.
CORSO= DALLO SPECIALISTA DI BRANCA AL PALLIATIVISTA, DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO: DEFINIZIONE E CONDIVISIONE DEL MODELLO ORGANIZATIVO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE	Medico Chirurgo, Psicologi Infermiere, Assistente sociale, Fisioterapista	3 ED. DI 1 GIORNATA	Dr.ssa Toscano P.
CORSO= LA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE QUALE PROTOTIPO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO	MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, ASSISTENTE SOCIALE,, OPERATORE SOCIO SANITARIO, PSICOLOGO	3 ED. DI 1 GIORNATA	Dr.ssa Toscano P.

CORSO= LE CURE DOMICILIARI E L' INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO	MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, ASSISTENTE SOCIALE,, OPERATORE SOCIO SANITARIO, PSICOLOGO FISIOTERAPISTA	3 ED. DI 1 GIORNATA	Dr.ssa Toscano P.
LA GESTIONE MULTIDISCIPLINARE NELLE CURE DOMICILIARI ALLA LUCE DEL DM 77/22: : rischio clinico, integrazione socio – sanitaria, nutrizione artificiale a domicilio, procedure interne servizio ADI	MEDICO CHIRURGO, DISTRETTUALE INFERMIERE, ASSISTENTE SOCIALE, OPERATORE SOCIO SANITARIO,	2 ED. DI 1 GIORNATA	Dr.ssa Toscano P.
CORSO: "PENSARE L'ADOZIONE:PERCORSI DI FORMAZIONE, VALUTAZIONE E SOSTEGNO DELLA GENITORIALITA' ADOTTIVA"	PSICOLOGO, ASSISTENTE SOCIALE	1 ED. di 3 GIORNATE	Dr.ssa Olga Milano
D.S.B. AGRIGENTO			
CORSO "Emodialisi. Dalla programmazione ottimale del trasporto sanitarioal nuovo D.A.713 del 08/07/2025 Assessorato Regionale Sicilia"	PERSONALE AMMINISTRATIVO DISTRETTI SANITARI ASP AG	1 ED DI 1 GIORNATA	Dr.Paci Ivan
CORSO "La gestione amministrativa della liquidazione degli aggregati provinciali di spesa per l'assistenza specialistica da privato "	PERSONALE AMMINISTRATIVO E DIRIGENTI SANITARI DISTRETTI SANITARI ASP AG	1 ED DI 3 GIORNATA	Dr.Paci Ivan

CORSO "Integrazione interprofessionale e multiprofessionale con perticolare riferimento al medico del ruolo unico e all' IFEC , in attuazione del ACN2019/2024 e del Decreto 23 maggio 2022 n 77	Medico chirurgo, distretto sanitario, infermiere, ostetrica , assistente sociale	3 ed di una giornata	Dr. Ercole Marchica
CORSO "Integrazione tre assistenza territoriale ed ospedaliera con particolare riferimento alle malattie croniche ed invalidanti alla disabilità alla non autosufficienza: dall' IFEC all' hospice "	Medico chirurgo, infermiere, ostetrica, assistente sociale	3 ed di una giornata	Dr. Ercole Marchica
CORSO "Risk management e responsabilita' professionale: sicurezza del paziente e dell' operatore sanitario"	Medico chirurgo, infermiere, ostetrica, assistente sociale	3 ed di una giornata	Dr. Ercole Marchica
CORSO "Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell' Evidence Based Practice (EMB - EBN-EBP):"	Medico chirurgo, infermiere, ostetrica , assistente sociale	3 ed di 1 giornata	Dr. Ercole Marchica
CURE PRIMARIE			
CORSO "Ruolo unico di assistenza primaria- nuovi accordi ACN e AIR e loro applicazioni nelle AA.FF.TT.e nelle case delle comunità "	Collaboratori amministrativi e assistenti amministrativi afferenti ai distretti	1 ed di 2 giornata	Dr.Paci Ivan
Corso "Gestione ed organizzazione dei processi inerenti l' attivita' amministrativa relativa alle strutture private accreditate esterne ed alla ripartizione degli aggregati provinciali di spesa dedicati ed adempimenti conseguenziali"	Collaboratori amministrativi e assistenti amministrativi afferenti ai distretti	1 ed di 3 giornata	Dr.Paci Ivan

Corso "Gestione contratto del 04/04/2024 della specialistica ambulatoriale interna ed evasione delle relative procedure amministrative"	Collaboratori amministrativi e assistenti amministrativi afferenti ai distretti	1 ed di 3 giornata	Dr.Paci Ivan
DIPARTIMENTO DI MEDICINA AMBITO DISTRETTO OSPEDALIERO AG1			
U.O.C. MEDICINA P.O. CANICATTI			
CORSO "Gestione infermieristica della ventilazione non invasiva ed ossigenoterapia ad alti flussi nei reparti di medicina interna ed in pronto soccorso"	Infermiere	1 ed di 1 giornata	Dr.Vassallo Gabriele
CORSO "Ecografia Infermieristica"	Infermiere	4 ed di 1 giornata	Dr.Vassallo Gabriele
CORSO "L'Appropiatezza diagnostica e prescrittiva nella gestione della polmonite"	Medico chirurgo , Biologo	4 ed di 1 giornata	Dr.Vassallo Gabriele
U.O.C. PEDIATRIA P.O. AGRIGENTO			
CORSO: "MODULO DI ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA"	MEDICO CHIRURGO DISCIPLINA PEDIATRIA E INFERMIERE	1 ED di 2 giornate	Dr. Gramaglia Giuseppe
CORSO: "Gestione della chetoacidosi diabetica"	MEDICO CHIRURGO PSICOLOGO E INFERMIERE	1 ED di 2 giornate	Dr. Gramaglia Giuseppe
CORSO: "Gestione della DKA ed il diabete di tipo I "	MEDICO CHIRURGO DISCIPLINA PEDIATRIA PSICOLOGO E INFERMIERE	3 ED di 1 giornata	Dr. Gramaglia Giuseppe

CORSO: Rianimazione neonatale: linee guida 2020-2025	MEDICO CHIRURGO E INFERMIERE	2 ED di 1 giornata	Dr. Gramaglia Giuseppe
U.O.C. NEUROLOGIA E STROKE UNIT P.O. AGRIGENTO			
CORSO"ICTUS CEREBRALE ISCHEMICO. CRITICITA' E NUOVE PROSPETTIVE"	Dirigenza e Comparto Sanitario	1 ED di 1 giornata	Dr.ssa Maria Giovanna Randisi
U.O.S. PEDIATRIA P.O. CANICATTI'			
CORSO:" PEDIATRIC EMERGENCY, ASSESSMENT, RECOGNITION AND STABILIZATION- PEARS AHA"	MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE	1 ED di 2 GIORNATE	Dr.ssa Carmelina Casa'
DIPARTIMENTO DI MEDICINA AMBITO DISTRETTO OSPEDALIERO AG2			
U.O.C. MALATTIE INFETTIVE P.O. RIBERA			
CORSO: "AWARE uso consapevole degli antibiotici"	Dirigenza e Comparto Sanitario	4 ED DI 1 GIORNATA	Dr. Rotondo Giuseppe
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE			
U.O.C. PEDIATRIA E NEONATOLOGIA P.O. SCIACCA			
CORSO PBLSD (PEDIATRIC BASIC LIFE SUPPORT AND DEFIBRILLATION)	MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, OSTETRICO/A, OPERATORE SOCIO SANITARIO	2 ED DI 2 GIORNATE	DR. OTTAVIO ZIINO

CORSO: TERAPIA TRASFUSIONALE IN ETA' PEDIATRICA	MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE	1 ED DI 1 GIORNATA	DR. OTTAVIO ZIINO
CORSO: UPDATE SULLA TERAPI ANTIBIOTICA E STEWARDSHIP ANTIBIOTICA IN ETA' PEDIATRICA	MEDICO CHIRURGO	1 ED DI 1 GIORNATA	DR. OTTAVIO ZIINO
"Promozione e sostegno dell'allattamento al seno	MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, OSTETRICA, PSICOLOGO	1 ED DI 1 GIORNATA	DR. OTTAVIO ZIINO
CORSO: Corso teorico-pratico di ecografia neonatale dell'anca	Medico chirurgo	1 ED DI 1 GIORNATA	DR. OTTAVIO ZIINO
P.O. AGRIGENTO GINECOLOGIA E OSTETRICIA			
CORSO: "INTERPRETAZIONE CARDIOTOCOGRAFICA CORSO TEORICO PRATICO DI FORMAZIONE AVANZATA "	Medico Chirurgo, Infermiere, Ostetrico/a	1 ed di 1 giornata	Dr.ssa M.R. Falco Abramo
CORSO: "URGENZE ED EMERGENZE IN SALA PARTO FORMARE IL TEAM IN SALA PARTOPER AFFRONTARE LE EMERGENZE OSTETRICHE"	Medico Chirurgo, Infermiere, Ostetrico/a	5 ed di 1 giornata	Dr.ssa M.R. Falco Abramo
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA			

CORSO: GESTIONE CARRELLO DI EMERGENZA	Infermiere Ostetrico/a, Tecnico Sanitario di Radiologia.	3 ed di 1 giornata	Dott. Gelando Fiorica
CORSO: Processo Donativo e Procurament Organi e Tessuti	Medico chirurgo, Psicologo Tecnici sanitari lab.biomedico Tecnici sanitari radiologia	1 ED DI 1 GIORNATA	Dott. Gelando Fiorica
CORSO: NOZIONI BASE DI IMPIANTO E GESTIONE DEI DISPOSITIVI PER ACCESSO VENOSO TIPO MINIMIDLINE, MIDLINE, PICC	Medico chirurgo, Infermiere	1 ED DI 1 GIORNATA	Dott. Gelando Fiorica
CORSO: Practice Of Monitoring In Critical Area	Medico chirurgo, Infermiere Ostetriche	2 ED DI 1 GIORNATA	Dott. Gelando Fiorica
CORSO: TRIAGE AL PRONTO SOCCORSO MODELLO ORGANIZZATIVO	Medico chirurgo, e Infermiere di pronto soccorso	2 ED DI 2 GIORNATE	Dott. Gelando Fiorica
CORSO DI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE E DEFIBRILLAZIONE	Medico chirurgo, Infermiere, Ostetrica/o, Tecnici sanitari radiologia, Psicologo, Tecnici sanitari lab.biomedico, Fisioterapista	5 ed di 1 giornata	Dott. Gelando Fiorica
CORSO "RUOLO DEL FERRISTA STRUMENTISTA NELLA CHIRURGIA VASCOLARE: COMPETENZE, PROCEDURE E SICUREZZA IN SALA OPERATORIA"	INFERMIERE complesso operatorio P.O. San Giovanni di Dio Agrigento	6 ED di 3 GIORNATE	Dr. Salvatore A. Turiano

U.O.C. MCAU PRONTO SOCCORSO			
CORSO: "Conoscere e prevenire le aggressioni al personale sanitario"	Medico Chirurgo, Psicologo, Infermiere, Ausiliario, OSS, Tecnico Sanitario di Radiologia.	3 Ed. di 1 giornata	Dr.ssa D'Amaro Rosaria
CORSO "L'ACCOGLIENZA E LA GESTIONE DEL PAZIENTE PSICHIATRICO IN PRONTO SOCCORSO"	Medico Chirurgo, Psicologo, Infermiere, Ausiliario, OSS,	3 Ed. di 1 giornata	Dr.ssa D'Amaro Rosaria
CORSO "IL SUPPORTO E L'ACCOGLIENZA DELLA PERSONA MIGRANTRE IN PRONTO SOCCORSO"	Medico Chirurgo, Psicologo, Infermiere, Ausiliario, OSS.	3 Ed. di 2 giornate	Dr.ssa D'Amaro Rosaria
DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE RADIOLOGICHE			

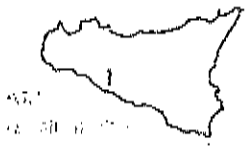
U.O.C Radioterapia P.O. AGRIGENTO			
CORSO: Interventi Assistiti con gli Animali (IAA) come strumento di umanizzazione delle cure nel reparto di Radioterapia – Un sorriso a quattro zampe, insieme verso la luce!	Dirigenza e Comparto Sanitario	1 ed di 10 giornate	Dr. Michele Bono
Dipartimento funzionale Intramurale di Riabilitazione e Cure Intermedie			
CORSO: "ARTO SUPERIORE DALLA RIEQUILIBRAZIONE STRUTTURALE ALLA FUNZIONE NEL CONCETTO BOBATH"	Medico chirurgo (disciplina fisiatria) Fisioterapisti Terapisti Occupazionali	1 ED 2 giornate	Dott. Domenico Contino
CORSO: "IL CAMMINO NELLE PATOLOGIE NEUROLOGICHE: VALUTAZIONI E APPROCCI RIABILITATIVI"	Medici chirurghi specialità fisiatria Fisioterapisti Terapisti Occupazionali	1 ED 2 giornate	Dott. Domenico Contino
Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero San Giovanni Di Dio Di Agrigento			
CORSO: "BED MANAGEMENT &PATIEN FLOW CONOSCERE STRUMENTI E STRATEGIE PER LA GESTIONE DEI POSTI LETTO E IL COORDINAMENTO DEI FLUSSI DI PAZIENTI"	Medico chirurgo, Infermiere, Ostetrico/a	4 ED 1 giornata	Dr. Salvatore Nicolosi
CORSO: "L'evoluzione e la funzione della divisa nel tempo".	Infermiere, Ostetrico/a	4 ED di 1 giornata	Dr. Salvatore Nicolosi

CORSO: "Linee guida, procedure, protocolli, regolamenti nell'area infermieristico/ostetrica, con particolare riguardo alle consegne con metodo SBAR e alla gestione dei farmaci e dei dispositivi medici a carico delle unità operative".	Infermiere, Ostetrico/a	4 ed di 1 giornata	Dr. Salvatore Nicolosi
CORSO: "CORSO TEORICO PRATICO PBLS D (BASIC LIFE SUPPORT AND EARLY DEFIBRILLATION) ESECUTORE SIMEUP".	Infermiere, Ostetrico/a	4 ed di 1 giornata	Dr. Salvatore Nicolosi
CORSO: "INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO, DIMISSIONI PROTETTE E DIMISSIONI FACILITATE PER I PAZIENTI CRONICI".	Medico Chirurgo, Psicologo, Fisioterapista, Infermiere, Assistente Sociale	4 ED 1 giornate	Dr.Salvatore Nicolosi Dr. Vincenzo L. Mancuso
CORSO: "CURARE È UN PERCORSO PER RITROVARE SÉ STESSI: PER CHI È CURATO COME PER CHI CURA"	Infermiere, Ostetrico/a, Psicologo	4 ED di 1 giornata	Dott. Salvatore Nicolosi
COMITATO INFEZIONI OSPEDALIERE (CIO)			
CORSO: "SICUREZZA DEL PAZIENTE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: COMPETENZE STRUMENTI E RESPONSABILITA'"	MEDICO CHIRURGO, PSICOLOGO, FISIOTERAPISTA, INFERMIERE, OSTETRICO, TEC SAN LAB BIOM , TECN. SANIT. RADIOLOG. TECN. PREV EAMB. E LUOGHI LAV.	4 ED di 1 GIORNATA	Dr. Letizia Ferraro

DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO SAN GIOVANNI DI DIO AGRIGENTO			
CORSO: CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI	Personale sanitario e amministrativo e tecnico, Dirigenza e Comparto	2 EDIZIONI DI 1 GIORNATA	Dott.ssa C. Schinelli
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO			
Corso: TRASFORMAZIONE DIGITALE (Syllabus)	Amministrativi -Cat. D Collaboratori e Dirigenti	2 ED DI 1 GIORNATE	Dr.ssa Beatrice Salvago
Corso: La contabilità ACCRUAL nelle Amministrazioni Pubbliche.	Amministrativi -Cat. D Collaboratori e Dirigenti	1 ED DI 2 GIORNATE	Dr.ssa Beatrice Salvago
Corso: Adesione convenzione annuale al Progetto ISOIVA	Amministrativi -Cat. D Collaboratori e Dirigenti	2 ED DI 3 GIORNATE	Dr.ssa Beatrice Salvago
Corso: "Sicurezza (Syllabus)"	Tutto il personale del Dipartimento Amministrativo	3 ED DI 1 GIORNATA	Dr.ssa Beatrice Salvago
U.O.C. SERVIZIO TECNICO			
CORSO: GAS MEDICALI – GESTIONE, SICUREZZA, RESPONSABILITA'	Medico chirurgo Infermiere Tecnici prev. ambiente e luoghi di lav. Ingegneri/Geometra Farmacista	2 ED. DI 2 GIORNATE	Ing. Alessandro Dinolfo
CORSO: Codice degli Appalti Pubblici per lavori, servizi e forniture	Dirigenza e Comparto Amministrativo e tecnico	2 ED. DI 2 GIORNATE	Ing. Alessandro Dinolfo
U.O.S. INTERNAL AUDIT			

Corso: "Percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci PAC. D.A. N 528 del 22/5/24, consolidamento PAC in prospettiva del raggiungimento della certificazione entro la data del 31.12.26	DIRIGENZA E COMPARTO SANITARIO E AMMINISTRATIVO	10 ED. DI 1 GIORNATA	Dr. Noto Campanella M.
U.O.C. RISORSE UMANE			
CORSO: Corso avanzato della struttura della busta paga nelle Aziende Sanitarie	DIRIGENZA E COMPARTO AMMINISTRATIVO		Dott. Alfonso Vassallo
CORSO: "La busta paga 2025 per le Aziende Sanitarie, alla luce della Legge di Bilancio 2025"	DIRIGENZA E COMPARTO AMMINISTRATIVO		Dott. Alfonso Vassallo
U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE			
Corso: La Qualità nella codifica della SDO come strumento per una corretta valorizzazione delle attività ospedaliere. Focus sui nuovi sistemi di codifica ICD10IM	Medico Chirurgo tutte le discipline Dirigenza e Comparto Sanitario, e Amministrativo	5 ed. di 1 giornata	Dr F.A. Cracò
CORSO: ANALISI DEI COSTI E CONTABILITÀ ANALITICA IN SANITÀ	Direttori di struttura complessa/ semplice, Responsabili amministrativi e finanziari, Professionisti sanitari con ruolo gestionale, Personale del servizio controllo di gestione, Consulenti e operatori dell'area amministrativa.	12 a 24 ore, modulabile in base alle esigenze dell'ente (es.: 3 mezze giornate o 2 giornate intere, oppure percorso blended	Dr F.A. Cracò

CORSO: LA PERFORMANCE IN SANITÀ	Direttori di struttura complessa/semplice. Responsabili controllo di gestione, personale amministrativo. Clinici con incarichi gestionali. Coordinatori di servizi sanitari e sociosanitari. Data analyst e figure coinvolte nei sistemi informativi sanitari.	12–20 ore, in presenza o in blended learning.Strutturabile in 2–3 giornate o moduli distribuiti.	Dr F.A. Cracò
NUCLEO AZIENDALE DI CONTROLLO			
CORSO: "AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE COMPONENTI NOC AZIENDALE"	COMPONENTI E REFERENTI NOC, MEDICO CHIRURGO, COORDINATORE INFERMIERISTICO. INFERMIERE.	3 EDIZIONI DI 1 GIORNATA	Dr F.A. Cracò
U.O.S. SERVIZI INFORMATICI			
CORSO: "EXEL BASE"	Dirigenza e Comparto Sanitario, e Amministrativo	4 Ediz. di 1 giornata	Dr. Insalaco Riccardo
CORSO: "EXEL AVANZATO"	Dirigenza e Comparto Sanitario, e Amministrativo	4 Ediz. di 1 giornata	Dr. Insalaco Riccardo
UFFICIO PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA AMMINISTRATIVA			
CORSO: Etica della Responsabilità – Prevenzione della Corruzione. Trasparenza.	Dirigenza e Comparto Sanitario, Amministrativo e Tecnico.	10 Ediz. di 1 giornata	Dr.ssa Maria Tirrò



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
-AGRIGENTO-
DIREZIONE GENERALE

UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE
****
SCHEDA DI PROGETTAZIONE FORMATIVA
Anno 2026

Prot. n. _____ del _____

DIPARTIMENTO _____

DSB _____

PRESIDIO OSP. _____

U.O.C _____

RESPONSABILE _____

TITOLO DEL CORSO: _____

A quale criticità organizzativa intende far fronte il progetto ? **N.B. la criticità organizzativa va ricercata nei servizi che vengono erogati e sul loro livello di accettabilità per il cittadino utente**	_____ _____ _____ _____ _____
Quali sono le motivazioni che hanno determinato la richiesta del progetto ? (RAZIONALE)	_____ _____
Quali Dipartimenti ed UOC -UOS partecipano all'ottenimento dei risultati previsti dall'intervento formativo?	**Dipartimento** _____ **Dipartimento** _____ **U.O.C.** _____ **U.O.S.** _____ **U.O.** _____

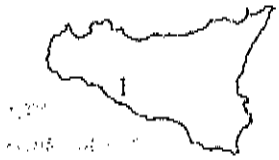
Quali e quante professionalità coinvolge il progetto?	Medici chirurghi n. _____ Veterinari " _____ Psicologi " _____ Fisioterapisti " _____ Infermieri " _____ Assistenti sanitari " _____ Ostetriche " _____ Tecnici sanitari lab.biomedico " _____ Tecnici sanitari radiologia " _____ Tecnici prev.ambiente e luoghi di lav. " _____ Altro " _____
Per quanto tempo le professionalità saranno coinvolte nel progetto ?	N. _____ giornate per edizione _____ totale edizioni _____
Quali sono gli obiettivi/risultati operativi che si prevede di raggiungere attraverso l'intervento?	Alla fine del corso i partecipanti saranno in grado di:
Quali sono i contenuti da proporre nell'intervento formativo ? PROGRAMMA	

ANAGRAFICA DEL PROGETTO

Titolo	
N. Destinatari	
Durata	Totale ore _____ per edizione
Periodo di svolgimento	☐ I Trimestre ☐ III Trimestre ☐ II Trimestre ☐ IV Trimestre
Agenzia Professionisti proposti per la docenza con motivazione circa la loro individuazione	Agenzia _____ Doc.1 _____ Doc. 2 _____ Doc 3 _____
Costi:	Agenzia :_____ Totale € _____ Doc.1 : N. ore docenza _____ €_____/ora Viaggio,vitto e soggiorno Doc.2 : N. ore docenza _____ €_____/ora Viaggio,vitto e soggiorno Doc.3 : N. ore docenza _____ €_____/ora Viaggio,vitto e soggiorno Cancelleria € _____ Totale € _____
Referente organizzativo del corso	Nome Cognome

Il Responsabile del Progetto

Il Direttore della Macrostruttura



Servizio Sanitario Nazionale
egione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
U.O.S. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Prot. N. _____ Data _____

RICHIESTA FORMAZIONE ESTERNA

Il / La Sottoscritto/a_____qualifica_____

matricola_____in servizio presso_____

tel/cell._____E-email_____

CHIEDE

Di essere autorizzato/a a partecipare alla seguente Iniziativa

_____

_____

Che si svolgerà a ..... Dal..... .Al .....

Relazione sintetica sugli obiettivi

Costi presunti:

Quota iscrizione €_____si □ no □

Spese Trasporto €_____si □ no □

Vitto € _____ si □ no □

€ _____ si □

Modalità di fruizione:

N..... giorni permesso retribuito_____ si □ no □

N. 4 ore di aggiornamento settimanale_____si □ no □

Altro _____ si □ no □

Parere del Direttore dell' U.O. di appartenenza

Favorevole ☐

Non favorevole ☐

Motivazione : _____

_____

Parere del Direttore della MACROSTRUTTURA di appartenenza

Direttore Dipartimento

Favorevole ☐

Direttore Distretto

Favorevole ☐

Motivazione : _____

_____

_____

TIMBRO E FIRMA _____

Parere del Responsabile U.O. Formazione

Favorevole ☐

Non favorevole ☐

Motivazione : _____

_____

U.O. Formazione

Calcolo costi massimi presunti :

Quota iscrizione	€ _____	si ☐	no ☐
Viaggio raggiungimento sede	€ _____	si ☐	no ☐
Mezzi trasporto pubblico	€ _____	si ☐	no ☐
Vitto	€ _____	si ☐	no ☐
Pernottamento	€ _____	si ☐	no ☐

Firma Responsabile U.O. Formazione .....

Decisione

Direttore Amministrativo

☐ SI AUTORIZZA
☐ NON SI AUTORIZZA

Timbro e firma _____

Agrigento _____

Direttore Generale

☐ SI AUTORIZZA
☐ NON SI AUTORIZZA

Timbro e firma _____

Agrigento _____

Direttore Sanitario

☐ SI AUTORIZZA
☐ NON SI AUTORIZZA

Timbro e firma _____

Agrigento _____



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Tel. 0922407111 * Fax 0922401229
P. Iva e C.F. 02570930848
DIREZIONE GENERALE

U.O.S. FORMAZIONE DEL PERSONALE
Tel. 0922- 407935 mail: formazione@aspag.it

Prot. n. _____ del _____

RICHIESTA PARTECIPAZIONE CORSO DI FORMAZIONE AZIENDALE

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO _____ RESIDENTE _____

VIA _____ C.A.P. _____ PROV. _____

CELL. _____ MATRICOLA N. _____

IN SERVIZIO C/O _____

QUALIFICA _____

DISCIPLINA (solo per la professione di medico) _____

INDIRIZZO UFFICIO _____

TEL. UFF. _____ e-mail _____

CODICE FISCALE _____

CHIEDE

DI PARTECIPARE AL CORSO: _____

_____

EDIZIONE N. _____ DEL _____

FIRMA RICHIEDENTE

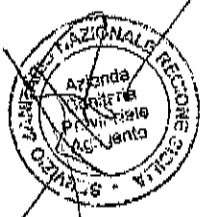
_____

Il Responsabile U.O.C

_____

Si Autorizza
(Il Responsabile della Macrostruttura)

_____


SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SICILIA
Azienda
Provinciale
Agrigento

PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal _____ al _____

L'Incaricato

_____

Il Funzionario Delegato
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

Notificata al Collegio Sindacale il _____ **con nota prot. n.** _____

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato **l'approvazione** con provvedimento n. _____ del _____
- Ha pronunciato **l'annullamento** con provvedimento n. _____ del _____

come da allegato.

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

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal _____
- Immediatamente esecutiva dal 23 DIC. 2025

Agrigento, lì 23 DIC. 2025

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

STerrasi

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

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

Agrigento, lì

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

******

ASP DI AGRIGENTO

Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)

TRIENNIO 2026-2028

ANNO DI RIFERIMENTO 2026

(Art. 14, comma 1, legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'articolo 263, comma 4 bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, Decreto del Consiglio dei Ministri del 23/09/2021 e alla Direttiva del 29 Dicembre 2023 Lavoro Agile del Ministro per la Pubblica Amministrazione, CCNL Area Sanità e Comparto Sanità)

******

PREMESSA 3

1. **PARTE I - STATO di ATTUAZIONE e di SVILUPPO** 4

1.1. Modalità di attuazione 5

1.2. Stato e sviluppo dell'organizzazione del lavoro agile 6

1.2.1. Strutture e soggetti coinvolti: *ruoli e funzioni* 6

1.2.2. Elementi gestionali e organizzativi: *strumento e processo* 7

1.2.3. Procedura per l'avvio della prestazione in modalità di lavoro agile 9

2. **PARTE II - PROGRAMMA TRIENNALE di SVILUPPO** 10

2.1. Obiettivi di monitoraggio e *set* di indicatori 11

2.2. Misure strategiche..... .. 14

3. PARTE III - QUADRO SINOTTICO 15

******

PREMESSA

Il presente **Piano organizzativo del Lavoro Agile (POLA) Triennio 2026-2028 e in riferimento all'anno 2026** è stato elaborato in riferimento ai CCNL dell'Area Sanità, del Comparto Sanità e degli Enti Locali e ai sensi dell'articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 e alla Direttiva del 29 Dicembre 2023 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e costituisce una **specifica sezione del Piano della *performance*** dell'ASP di Agrigento. Non è, tuttavia, lo strumento di programmazione degli obiettivi delle strutture e degli individui in lavoro agile, i quali sono inseriti nelle ordinarie sezioni del Piano della *performance* o nelle schede individuali.

Ferme restando le misure straordinarie previste dalle autorità competenti con specifiche disposizioni normative, il presente documento rappresenta lo strumento di programmazione "ordinario" di cui l'ASP intende dotarsi per la gestione e lo sviluppo del lavoro agile. È il **documento** di **programmazione organizzativa avente ad oggetto i processi di innovazione amministrativa** che l'ASP intende mettere in atto ai fini di una efficace ed efficiente programmazione e gestione del lavoro agile.

In particolare, anche seguendo le indicazioni metodologiche che indirizzano le amministrazioni nella predisposizione del Piano organizzativo del lavoro agile con particolare riferimento alla definizione di appositi indicatori di performance adottati nel tempo (Linee guida POLA del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri DFP), il Piano è suddiviso in 3 parti:

-nella *Parte I* si descrive lo **stato corrente di attuazione e di sviluppo** in termini di modalità attuative, soggetti, processi e strumenti del lavoro agile;

-nella *Parte II* si delinea il **programma di sviluppo** del triennio;

-nella *Parte III* si riporta il **quadro sinottico** del Programma Triennale in termini di *Obiettivi, Indicatori* e *Target* da raggiungere annualmente.

1. PARTE I - STATO di ATTUAZIONE e di SVILUPPO

L'ASP sin dall'introduzione nell'ordinamento della nuova modalità lavorativa denominata "lavoro agile" ed in particolare delle linee guida n.3 del 2017 e del 23/09/2021 del Presidente del Consiglio dei Ministri, con la quale ha disposto che a decorrere dal 15/10/2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni pubbliche è quella svolta in presenza, fermo restando l'obbligo, per ciascuna di esse, di assicurare il rispetto delle misure di contenimento del rischio di contagio da Covid-19, ciascuna amministrazione può programmare il lavoro agile con una rotazione del personale con ampia flessibilità sulla base dell'andamento dei contagi.

In riferimento a svariata normativa intervenuta in materia, l'Azienda ha diffuso internamente la Direttiva Aziendale n. 047681 del 17/3/2020 per il lavoro in *smart-working* "semplificato" e n. 5860 del 10/01/2024 Trasmissione direttiva del 29/12/2023 "Lavoro Agile", con cui questa Amministrazione -in ragione della necessità di garantire le attività strettamente funzionali alle gestione dell'emergenza Covid-19 ed indifferibili (verso l'utenza esterna/interna)- ha inteso regolamentare le modalità di espletamento delle attività professionali, limitando la presenza del personale negli uffici, ai soli casi in cui, la presenza fisica era indispensabile per lo svolgimento delle predette attività, adottando – ove è stato possibile - forme di rotazione dei dipendenti, per garantire un contingente minimo da porre a presidio di ciascuna UO, assicurando prioritariamente la presenza del personale dirigenziale, in funzione del proprio ruolo di coordinamento, per i quali operano le ulteriori misure di prevenzione, di cui ai punti 4. e 7. della Direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2/2020.

Che –contestualmente – con apposite lettere *circolari*, diramate del Servizio UOC Risorse Umane di questa Azienda Sanitaria, si è provveduto a fornire puntuali indicazioni in ordine al trattamento delle categorie lavorative in possesso di riconoscimento di disabilità (con connotazione di gravità ex art. 3, comma 3 della L. 104/92), e/o in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico/legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione, o da esiti da patologie oncologiche, o dallo svolgimento di relative terapie salvavita.

Tanto premesso, in funzione delle norme che sono intervenute nel tempo ed in ragione delle azioni intraprese – anche – sulla campagna vaccinale – quand'anche sulle limitazioni, controlli e/o *contingentamento*, in sede di accesso presso le strutture sanitarie e/o amministrative, distribuzione dei dispositivi e propensione all'utilizzo di metodiche aziendali (videoconferenze/comunicazioni per via telematica) atte a garantire misure di distanziamento, si rende necessario pervenire ad una nuove *regolamentazione* della materia di cui trattasi.

Se l'emergenza ha determinato un ampliamento repentino del numero di unità di personale collocato in *smart working* "straordinario" è tuttavia necessario precisare che le modalità attuative sono assimilabili ma non esattamente le medesime dello *smart working* "ordinario". Ai fini della

definizione di un programma di sviluppo è utile tener conto di una distinzione tra lo *smart working* "ordinario" – denominato anche *"lavoro agile"* - lo *smart working* "straordinario" introdotto dal DPCM dell'8 marzo 2020 (art. 2, comma 1, lett. r)) e reso "modalità di lavoro ordinario" per le Pubbliche Amministrazioni per buona parte dell'emergenza. Con il DM del Ministro della Pubblica Amministrazione del 19 ottobre 2020, si è per certi versi ritornati ad una "disciplina" dello smart working che per quanto ancora in una fase emergenziale, recuperava concetti chiave già presenti nella direttiva n.3 del 2017 quali l'alternanza dell'attività lavorativa in presenza e da remoto e la rotazione del personale.

Con il verificarsi dell'emergenza sanitaria e i citati interventi normativi, l'ASP è quindi intervenuta adottando misure "straordinarie" che, per effetto della situazione di urgenza, prevedevano la deroga rispetto all'**accordo tra le parti** e all'**organizzazione** delle prestazioni oltre ad una semplificazione delle modalità di apprendimento delle regole sulla sicurezza sul lavoro.

In una situazione "ordinaria", la programmazione degli interventi potrà quindi far riferimento soprattutto all'esperienza posta in essere successivamente all'emergenza, oggetto della presente sezione del Piano.

Come detto infatti l'ASP ha avviato un percorso di coinvolgimento del personale nella modalità lavorativa di n. 280 unità di personale nell'anno 2020, n. 97 nell'anno 2021, n.13 nell'anno 2022 e nell'anno 2023 n. 17, nell'anno 2024 n. 21 e nell'anno 2025 n. 22 dando seguito per questo ultimo anno alle effettive istanze dei dipendenti di smart working in ottemperanza alle direttive.

* * *

Sulla base dell'esperienza già maturata l'ASP a decorrere dal 2020 al 2025 e delle azioni messe a punto, si illustrano le modalità attuative vigenti in ASP e si riportano informazioni di dettaglio inerenti all'approccio, al ruolo e ai processi dei diversi soggetti funzionali all'organizzazione e al monitoraggio, nonché gli strumenti attualmente disponibili per il lavoro agile.

1.1. Modalità di attuazione

Ferme restando le deroghe alla disciplina generale sullo smart working, tuttora previste dalla normativa vigente, in ASP, la possibilità di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile risponde ai criteri riportati in elenco:

- La modalità flessibile di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato in modalità *smartworking* è riservata a tutto il personale con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e determinato, non comporta rischi di discriminazione in termini di sviluppo della professionalità del personale coinvolto e non varia la natura giuridica ed economica del rapporto di lavoro. Il periodo di lavoro svolto in modalità agile è riconosciuto ai fini della progressione di carriera e non modifica la sede di lavoro già assegnata.
- Il contratto di lavoro individuale in modalità *smart-working* è attivato su specifica richiesta avanzata d'intesa da parte del Responsabile della Struttura di appartenenza e del lavoratore (questa procedura è attualmente oggetto di espressa deroga normativa), previa individuazione delle attività compatibili con tale modalità. Il Responsabile della Struttura di appartenenza continuerà ad esercitare il potere direttivo e di controllo sulla prestazione lavorativa resa dal dipendente in

modalità agile, detta modalità non potrà comunque prescindere dalla presenza in ufficio per almeno la metà del proprio tempo lavorativo, salvi casi eccezionali appositamente valutati.

- La modalità del rapporto di lavoro in *smart-working* è compatibile con gli incarichi di Responsabile di Struttura organizzativa o altro incarico di responsabilità ferma restando l'esigenza di contemperare detta modalità operativa con il più efficace coordinamento della struttura di appartenenza stabilendo un numero massimo di giorni in SW al mese (detta limitazione non trova applicazione per il periodo di emergenza fermo restando l'equilibrata presenza in ufficio del personale).
- Il personale dirigenziale, in considerazione delle specifiche responsabilità e della stretta connessione con l'esigenza di garantire, in ogni momento, l'immediata disponibilità verso i vertici dell'ASP, potrà utilizzare la predetta modalità lavorativa in maniera contingentata fermo restando l'equilibrata presenza in ufficio del personale.

1.2. Stato e sviluppo dell'organizzazione del lavoro agile

1.2.1. Strutture e soggetti coinvolti: *ruoli e funzioni*

I soggetti di seguito riportati in Tabella 1 sono quelli chiamati a svolgere un ruolo fondamentale, che è di promozione dell'innovazione dei sistemi organizzativi.
Nella Tabella 1 sono riportati in sintesi i ruoli e le funzioni dei soggetti di cui sopra e delle strutture coinvolte nel processo

Tabella 1

Soggetto	Ruolo e funzione
Dirigenti Task force (appositamente da istituire)	Coordinamento gestionale del processo di cambiamento organizzativo inerente il lavoro agile, digitalizzazione delle procedure e gestione delle infrastrutture informatiche
	Coordinamento con il ciclo della performance
	Promozione dell'innovazione dei sistemi organizzativi
RSPP, Medico competente	Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
Formazione, comunicazione interna, OIV, DPO	Supporto e collaborazione nel processo per quanto di competenza- Corsi di formazione

Nell'ambito del processo di attuazione del lavoro agile le figure apicali hanno un **ruolo chiave** in quanto è sulla base **del rapporto fiduciario tra dirigenti** e **lavoratori** che si gioca l'efficacia e l'efficienza dell'applicazione di modalità di lavoro il cui fattore critico di successo è rappresentato

dalla capacità di lavorare e far lavorare gli altri per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati.
Ai fini dello sviluppo del lavoro agile in ASP e come sottolineato anche dalle Linea guida POLA del DFP, il presupposto è quindi un cambiamento di stile manageriale e di leadership. I dirigenti, inoltre, oltre a essere potenziali fruitori, al pari degli altri dipendenti, delle misure innovative di svolgimento della prestazione lavorativa recate dall'articolo 14 della legge n. 124/2015, sono tenuti a salvaguardare le legittime aspettative di chi utilizza le nuove modalità in termini di formazione e crescita professionale, promuovendo percorsi informativi che non escludano i lavoratori dal contesto lavorativo, dai processi d'innovazione in atto e dalle opportunità professionali. I dirigenti sono chiamati a operare un monitoraggio mirato e costante, in itinere ed *ex-post*, riconoscendo maggiore fiducia alle proprie risorse umane ma, allo stesso tempo, ponendo maggiore attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa e a valutare eventuali interventi migliorativi. Sono, inoltre, coinvolti nella mappatura e reingegnerizzazione dei processi di lavoro compatibili con il lavoro agile. Resta ferma la loro autonomia, nell'ambito dei criteri fissati nell'atto organizzativo interno, nell'individuare le attività che possono essere svolte con la modalità del lavoro agile, definendo per ciascuna lavoratrice o ciascun lavoratore le priorità e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione.

Le modalità di coinvolgimento dei dirigenti sono meglio descritte nel paragrafo seguente.

1.2.2. Elementi gestionali e organizzativi: *strumento e processo*

Ai fini dell'organizzazione e del monitoraggio del lavoro agile di questa ASP vi è la previsione di un nuovo contratto (c.d. disciplinare). Di seguito si riportano gli elementi gestionali e organizzativi distinti tra:
a) Accordo tra le parti e organizzazione della prestazione (inclusi i requisiti tecnologici)
b) Orario e luogo della prestazione
c) Fascia di contattabilità e inoperabilità
d) Formazione

*a) **Accordo** tra le parti e **organizzazione** della prestazione (inclusi i requisiti tecnologici)*

***Allo** stato attuale, l'organizzazione e il monitoraggio del lavoro agile è stabilito, per ogni lavoratore che presta le proprie attività in parte da remoto, attraverso la sottoscrizione di un apposito contratto, denominato disciplinare, che deve espressamente indicare gli specifici obiettivi individuali assegnati al lavoratore, corredati degli opportuni indicatori di risultato e dei rispettivi target ovvero il rimando agli obiettivi organizzativi già inclusi nel piano della performance dell'anno corrente cui il lavoratore contribuisce.*
Il Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza è tenuto a predisporre una relazione relativa alle risultanze del lavoro svolto dal dipendente in modalità agile unitamente all'attività semestrale di monitoraggio e consuntivazione degli obiettivi di performance, fatte salve diverse tempistiche dettate da disposizioni normative o regolamentari.

Al dipendente che fruirà del contratto individuale in oggetto sarà consentito l'espletamento ordinario dell'attività lavorativa al di fuori della sede di lavoro con modalità di volta in volta concordate con il proprio responsabile e con l'Amministrazione avvalendosi degli strumenti di dotazione informatica, già in suo possesso ovvero, a regime, forniti dell'Amministrazione, sostenendo a proprio carico tutte le spese riguardanti i consumi elettrici, la manutenzione dei dispositivi personali e la connettività di tali strumenti.
Il dipendente si impegna a mantenere perfettamente efficiente e sicura detta strumentazione, al fine di garantire l'esatto assolvimento delle proprie incombenze lavorative. I dipendenti che svolgeranno la propria attività lavorativa in modalità agile dovranno mostrare autonomia nell'utilizzo della strumentazione informatica e dei prodotti di connessione telematici. Il dipendente dovrà garantire la riservatezza dei dati di cui verrà a conoscenza nell'esercizio delle proprie funzioni.

b) Orario e luogo della prestazione
La prestazione lavorativa, stabilita mediante accordo tra le parti, si svolge senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro. Potranno, tuttavia, essere individuate nel singolo contratto fasce di reperibilità non superiori alle 6 ore anche frazionabili.

In relazione alle giornate lavorative svolte in modalità smart-working al dipendente non saranno riconosciute le prestazioni straordinarie, le protrazioni dell'orario di lavoro ed ogni altro Istituto non compatibile con la modalità di svolgimento per obiettivi anziché basata sull'orario di lavoro.

Fermo restando quanto previsto in merito al diritto alla disconnessione del dipendente, nel contratto individuale di lavoro possono essere previste fasce di reperibilità al fine di correlare lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile all'orario di lavoro e di servizio adottato dall'Amministrazione.
Tutti gli Istituti che comportano una riduzione totale o parziale dell'orario di lavoro (ferie, permessi brevi ed altri istituti ove compatibili) potranno essere utilizzati solo se previamente comunicati al proprio responsabile. Analogamente in caso di malattia la stessa dovrà essere segnalata secondo le procedure di legge.

Il lavoratore avrà diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti dai rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali, sempre che si sia provveduto preventivamente, e comunque non oltre l'inizio dell'orario di servizio stabilito dall'ASP, all'inserimento del relativo "giustificativo" nel portale di gestione presenze. Di conseguenza non è consentito l'inserimento a posteriori della voce smart working, ed in caso di inserimento a posteriori il sistema attribuirà automaticamente un giorno di ferie nei limiti delle facoltà dell'amministrazione di collocamento in ferie d'ufficio.

Trattandosi di un nuovo contratto di lavoro in modalità smart-working, nel disciplinare andranno riportati, qualora si ritenga di continuare ad avvalersene, eventuali ulteriori istituti che incidono sulle modalità lavorative, quali ad esempio il part time. Quest'ultimo, in relazione all'attuale organizzazione del lavoro in ASP, è ritenuto compatibile con la modalità smart working se preveda una modalità di part time verticale (con previsione di assenza dal servizio per periodi continuativi non inferiori ad una settimana consecutiva).

Per il *part time* orizzontale si applicheranno le regole generali vigenti rapportate alla percentuale di part time.
Per i periodi di presenza in sede restano ferme tutte le disposizioni che regolamentano diritti e doveri del lavoratore.
Il **luogo di lavoro**, pur permanendo nella libera determinazione del lavoratore agile, dovrà essere sempre idoneo ai fini dell'osservanza della normativa sulla sicurezza nei luoghi di lavoro.

c) Formazione
Nel momento in cui verranno meno le deroghe introdotte dalla normativa emergenziale, precedentemente all'attivazione del contratto individuale i lavoratori saranno formalmente informati, da parte del Servizio di prevenzione e protezione preposto rispetto a quanto previsto dal D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81, circa i corretti comportamenti da adottare per lo svolgimento della prestazione in *smart-working* mediante rilascio di apposita Informativa sulla sicurezza o diverse modalità stabilite dalla normativa vigente.

I dipendenti che svolgeranno la propria attività lavorativa in modalità agile dovranno rilasciare apposita dichiarazione di autonomia nell'utilizzo della strumentazione informatica e dei prodotti di connessione telematici, ovvero richiedere di essere espressamente formati prima dell'attivazione del disciplinare.
Dall'attivazione dello svolgimento di prestazioni lavorative in modalità *Smart- working* non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

1.2.3. Procedura per l'avvio della prestazione in modalità di lavoro agile

La procedura per l'avvio della prestazione in modalità di lavoro agile è organizzata in 5 fasi:

1. Presentazione della domanda con allegata documentazione
2. Predisposizione del contratto
3. Assolvimento obblighi di sicurezza del lavoro (ed eventuale "formazione informatica")
4. Sottoscrizione del contratto
5. Avvio del lavoro agile

Di seguito si riporta la procedura nella Tabella 2.

Tabella 2

Fasi	Descrizione	Soggetti coinvolti
1. Presentazione della domanda	La domanda di svolgimento dell'attività lavorativa deve essere presentata direttamente al proprio dirigente responsabile di riferimento	Dipendente interessato allo *sw* Dirigente Responsabile di riferimento
2. Predisposizione del riferimento contratto	Individuazione d'intesa con il proprio dirigente responsabile delle attività da svolgere nonché delle modalità di misurazione delle stesse, e conseguente sottoscrizione degli accordi individuali (disciplinari)	-Completare iter procedurale (redazione dell'accordo individuale di lavoro come facsimile allegato al POLA) -Stipula dell'Accordo Individuale tra Direttore U.O. di riferimento e Dipendente -Trasmissione dell'Accordo al Direttore UOC Servizio Risorse Umane per assegnazione

		numero di repertorio
3. Assolvimento obblighi sicurezza del lavoro (eventuale "formazione informatica")	Prima della sottoscrizione dell'Accordo Individuale (in duplice copia) il dipendente dovrà adempiere agli obblighi informativi e formativi connessi alla sicurezza sul lavoro. I dipendenti che svolgeranno la propria attività lavorativa in modalità agile dovranno rilasciare apposita dichiarazione di autonomia nell'utilizzo della strumentazione informatica e dei prodotti di connessione telematici, ovvero richiedere di essere espressamente formati prima dell'attivazione del disciplinare	• Dipendente interessato/a allo *sw* • Dirigente / Responsabile di riferimento • Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) • Responsabile Piano Annuale Formazione
4. Sottoscrizione del contratto	La sottoscrizione dell'accordo Individuale di Lavoro Agile da parte del Direttore U.O. di appartenenza e il Dipendente, avverrà previa verifica del rispetto nel disciplinare di tutte le regole previste nel presente Piano (modalità di misurazione, tempistica delle attività SW, sicurezza sul lavoro ecc.)	• Direttore dell'U.O. di Riferimento • Dipendente interessato allo *sw*
5. Avvio del lavoro agile	Una volta perfezionato l'Accordo Individuale con la stipula ne viene restituita una copia al Servizio Risorse Umane per gli adempimenti di competenza relative alle comunicazioni obbligatorie e al Responsabile dell'U.O. di appartenenza che con proprio provvedimento (comunicazione interna), la invierà al dipendente formalizzando l'avvio del Lavoro Agile .	• Dirigente / Responsabile di riferimento • Dipendente interessato allo *sw*

Avviata la prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile, tutti i dipendenti hanno l'obbligo di inserire preventivamente l'apposito giustificativo nel sistema di gestione presenze, a prescindere dal ruolo e dalla mansione. L'inserimento preventivo si considera soddisfatto se il disciplinare del lavoratore prevede lo svolgimento in modalità SW a giorni fissi.

2. PARTE II - PROGRAMMA TRIENNALE di SVILUPPO

In Azienda, il Programma triennale di sviluppo del lavoro agile si inserisce in un processo più ampio di riorganizzazione intrapreso per rispondere ad esigenze di adeguamento della struttura organizzativa derivanti da disposizioni normative e da sfide ambientali di livello nazionale e internazionale.

Un processo di riorganizzazione che, a vale di analisi e valutazioni sullo stato del modello organizzativo in essere, ha identificato una specifica finalità: dotare l'organizzazione di una *struttura flessibile*, capace di adattarsi tempestivamente ai cambiamenti in atto in ambito europeo e nazionale e di rispondere con rapidità alle richieste provenienti dall'esterno, mantenendo allo stesso tempo il *focus* sulla propria *mission* e valorizzando le competenze professionali dei dipendenti.
Adottando un approccio integrato per gli interventi di riorganizzazione, tale processo costituisce quindi la cornice entro cui definire anche gli interventi del Programma triennale di sviluppo del lavoro agile. Il presente POLA rappresenta infatti per l'Azienda anche l'occasione per

razionalizzare le diverse misure intraprese, nonché eventualmente per individuarne ulteriori attraverso apposite indagini e valutazioni.

L'ASP ha seguito un orientamento volto alla promozione e alla diffusione di nuove modalità delle prestazioni lavorative in riferimento alle disposizioni vigenti, con il coinvolgimento dei diversi soggetti interessati a vario titolo.

L'approccio adottato è stato *graduale* e *progressivo ed è stato naturalmente indirizzato al miglioramento delle prestazioni del lavoratore in special modo nelle varie fasi dell'emergenza pandemica.*

Con l'adozione del presente Piano si intende prioritariamente rafforzare l'elemento della *programmazione* attraverso **un monitoraggio strutturato e organizzato** utile allo sviluppo del lavoro agile che vada oltre il mero adempimento amministrativo di trasmissione delle informazioni alle autorità competenti e sia funzionale invece al processo decisionale di miglioramento delle condizioni abilitanti, di implementazione, delle perfomance organizzative e degli impatti del lavoro agile.

Nella attuale fase di definizione del Programma, costituisce elemento di base l'esperienza maturata durante la fase emergenziale.

Si identifica inoltre quale linea guida della programmazione triennale la messa a punto delle ricognizioni informative necessarie alla definizione di Piani operativi da attuare nel triennio per supportare l'adeguamento graduale ma progressivo dell'organizzazione del lavoro e della transizione verso modalità agili delle prestazioni lavorative con un approccio strutturato e di programmazione.

Nel quadro e per gli scopi descritti, con il presente Piano si adottano gli obiettivi di monitoraggio e il set minimo di indicatori per il monitoraggio utile al progressivo e graduale sviluppo del lavoro agile.

2.1. Obiettivi di monitoraggio e *set* di indicatori

Per rendere il lavoro agile un'opportunità per l'Azienda e per i lavoratori, come detto si impiega un approccio progressivo e graduale, attraverso la programmazione dello sviluppo tramite il POLA basato su un monitoraggio organizzato e strutturato.
A tale scopo, con il presente Piano, si definiscono gli obiettivi annuali del monitoraggio e si adottano gli indicatori da monitorare. In particolare, nelle Tabelle da 3 a 7 sono riportati il set di indicatori per le seguenti dimensioni di performance relativamente al lavoro agile:

- Dimensione 1 – *condizioni abilitanti del lavoro agile* (i presupposti che aumentano la probabilità di successo di una determinata misura organizzativa);
- Dimensione 2 – *implementazione del lavoro agile* (percentuale di dipendenti che svolgono la prestazione in modalità di lavoro agile);
- Dimensione 3 – *performance organizzative* (indicatori di economicità, di efficienza e di efficacia);

- Dimensione 4 – *impatti* (sia interni che esterni all'Istituto).

Tabella 3 **Dimensione 1** **CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE**
Indicatori
Salute organizzativa
1) **Coordinamento organizzativo** del lavoro agile 2) **Monitoraggio** del lavoro agile 3) **Help desk informatico** dedicato al lavoro agile 4) **Programmazione** per obiettivi e/o per progetti e/o per processi
Salute professionale
Competenze direzionali: *5) -% dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno* *6) -% dirigenti/posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi e/o per progetti e/o per processi per coordinare il personale* **Competenze organizzative:** *7) -% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno* *8) -% di lavoratori che lavorano per obiettivi e/o per progetti e/o per processi* **Competenze digitali:** *9) -% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno* *10) -% lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione*
Salute economico-finanziaria
11) € Costi per **formazione** competenze funzionali al lavoro agile 12) € Investimenti in **supporti hardware e infrastrutture digitali** funzionali al lavoro agile 13) € Investimenti in **digitalizzazione di servizi progetti, processi**
Salute digitale
14) N. **PC** per lavoro agile 15) % lavoratori agili dotati di **dispositivi e traffico dati** 16) Sistema VPN 17) Intranet 18) **Sistemi di collaborazione** (es. documenti in *cloud*) 19) % **Applicativi** consultabili in lavoro agile 20) % **Banche** dati consultabili in lavoro agile 21) % **Firma digitale** tra i lavoratori agili 22) % Processi digitalizzati 23) % Servizi digitalizzati

Tabella 4 **Dimensione 2** **IMPLEMENTAZIONE del LAVORO AGILE**
Indicatori
Indicatori quantitativi

24) % **lavoratori agili effettivi** 25) % **Giornate lavoro agile**
Indicatori qualitativi
26) **Livello di soddisfazione** sul lavoro agile di dirigenti/posizioni organizzative e dipendenti, articolato per genere, per età, per stato di famiglia, ecc.

Tabella 5 **Dimensione 3** **PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**
Indicatori
Economicità
27) Riflesso economico: Riduzione costi **28) Riflesso patrimoniale**: Minor consumo di patrimonio a seguito della razionalizzazione degli spazi
Efficienza
29) Produttiva: Diminuzione assenze, Aumento produttività **30) Economica**: Riduzione di costi per output di servizio **31) Temporale**: Riduzione dei tempi di lavorazione di pratiche ordinarie
Efficacia
32) Quantitativa: Quantità erogata, Quantità fruita **33) Qualitativa**: Qualità erogata, Qualità percepita

Tabella 6 **Dimensione 4** **IMPATTI**
Indicatori
Impatti esterni
34) Sociale: per gli utenti, per i lavoratori **35) Ambientale**: per la collettività **36) Economico**: per i lavoratori
Impatti interni
37) Miglioramento/Peggioramento salute organizzativa **38) Miglioramento/Peggioramento salute professionale** **39) Miglioramento/Peggioramento salute economico-finanziaria** **40) Miglioramento/Peggioramento salute digitale**

Per il presente triennio, anche tenuto conto delle linee guida POLA si distinguono le seguenti fasi del programma di sviluppo:

fase di avvio – dal 2023 al 2024; fase di sviluppo avanzato intermedio – 2025; fase di sviluppo avanzato dal 2026 al 2028.

Nella Tabella 7 si riportano specificatamente gli obiettivi di monitoraggio.

Tabella 7
Obiettivi di monitoraggio

	Fase		
	Avvio (dal 2023 al 2025)	Sviluppo avanzato (2026)	Sviluppo avanzato dal 2026 al 2028)
Dimensione 1 – condizioni abilitanti	x	X	X
Dimensione 2 – implementazione	X	X	X
Dimensione 3 – performance organizzativa	x	x	X
Dimensione 4 – impatti		x	X

In particolare, ferma restando la possibilità di integrare il set di indicatori, con il presente Piano si stabilisce che, nel corrente anno di programmazione, nel 2023, come riportato nella Tabella 7, sarà avviato il monitoraggio delle condizioni di salute abilitanti e dello stato di implementazione (Tabella 3 e Tabella 4), ovvero si valuterà il livello di *baseline* degli indicatori della dimensione 1 e 2 della *perfomance r*elativamente al lavoro agile. Nell'arco del triennio, il monitoraggio sarà esteso nel 2026 a tutte le dimensioni indicate, ovvero alla dimensione 5 (perfomance organizzativa) e alla dimensione 6 (impatti). Si precisa che le dimensioni di performance organizzativa presidiate dagli indicatori di efficienza temporale e di efficacia saranno misurate sulla base delle risultanze degli obiettivi inseriti nel piano della performance.

A consuntivo, dopo ogni fase, l'Azienda verificherà il livello raggiunto rispetto al livello programmato nel POLA (valori attesi). I risultati misurati, saranno rendicontati in apposita sezione della Relazione annuale sulla performance, e costituiranno il punto di partenza per l'individuazione dei contenuti della programmazione dei cicli precedenti e successivi, a partire dal Piano dal 2023al 2024 e dal 2025 al 2028, procedendo ove necessario agli opportuni aggiornamenti.

2.2. Misure strategiche

Come anticipato, con l'adozione del presente Piano, per il primo anno di programmazione, l'obiettivo triennale prioritario è rappresentato dal **rafforzamento della capacità *programmazione* per lo sviluppo lavoro agile attraverso un monitoraggio strutturato e organizzato.**

A tale scopo, insieme all'adozione del set di indicatori e della procedura di valutazione riportati nel paragrafo precedente, si individua nell'istituzione di una *Task force tematica* la misura adeguata per l'avvio, la strutturazione e lo sviluppo del monitoraggio e per il miglioramento della salute organizzativa. La ***Task force*** funzionerebbe infatti come **punto di coordinamento tecnico-operativo del lavoro agile** in coerenza con il processo di riorganizzazione in atto, un punto per il

raccordo informativo e per la valutazione delle diverse dimensioni di performance che caratterizzano la programmazione del lavoro agile, nonché di sviluppo di studi e analisi, di metodologie, strategie e di strumenti, inclusi quelli per il monitoraggio delle prestazioni e quale riferimento per i fruitori delle misure innovative di svolgimento della prestazione lavorativa. Per le finalità descritte la composizione della *task force* prevederà la compresenza di soggetti con diverse competenze multidisciplinari e includerà i diversi soggetti coinvolti a vario titolo nell'attuazione e nello sviluppo del lavoro agile.

Dettagli sulla composizione e sulle regole di funzionamento della *task force* saranno definiti con separato provvedimento della direzione generale.

Si promuove inoltre il significato organizzativo dell'adozione del presente Piano, anche con appositi momenti di informazione e divulgazione, per rafforzare il messaggio che il lavoro agile non nasce dall'improvvisazione bensì dalla programmazione. A tale proposito nel richiamare l'attenzione sul concetto di programmazione come "processo unitario" all'interno dell'Azienda, si individua il ruolo strategico del **processo di convergenza coordinata e coerente i diversi strumenti di pianificazione previsti dal legislatore**. Se infatti, l'implementazione del lavoro agile richiede un ripensamento dei modelli organizzativi in essere, detto ripensamento non può non riflettersi anche nei contenuti di documenti programmatici dell'Azienda quali il Piano Formativo annuale ed il Piano triennale della performance.

Le strategie di informazione e divulgazione istituzionale nonché gli elementi informativi per l'integrazione degli strumenti di pianificazione appena elencati, saranno definiti in raccordo con le rispettive unità organizzative di competenza e tenuto conto dei risultati delle attività sviluppate dalla *Task force*, in una logica di coordinamento.

In sintesi quindi le misure che, dalle valutazioni messe in atto per l'elaborazione del presente Piano, risultano strategiche con il corrente status di attuazione del lavoro agile in Azienda sono:

1. l'adozione del set di indicatori di performance e avvio del monitoraggio;
2. l'istituzione della *Task force* per il coordinamento tecnico-operativo dello sviluppo del lavoro agile;
3. la promozione e lo sviluppo della convergenza dei Piani Triennali adottati dall'ASP in materia di informatica, personale e formazione
4. avvio della programmazione degli interventi di revisione degli spazi nelle sedi di lavoro dell'ASP.

3. PARTE III - QUADRO SINOTTICO

Sulla base di quanto riportato nelle sezioni precedenti e delle misure strategiche individuate, atteso la finalità di rafforzamento della capacità di sviluppo progressivo e graduale del lavoro agile, nonché seguendo quale guida della presente prima programmazione la messa a punto delle ricognizioni informative necessarie alla definizione di Piani operativi da attuare nei trienni, si

riporta il **Quadro sinottico del Programma Triennale di sviluppo del lavoro agile** in termini di *Obiettivi, Indicatori* e *Target* da raggiungere annualmente.

QUADRO SINOTTICO DEL PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE dal 2023 al 2028 Triennio 2026/2028				
Obiettivo	***Indicatori***	***Target***		
		Dal 2023 al 2024 (*fase di avvio*)	**2025** (*fase di sviluppo avanzato*)	**Dal 2026 al 2028** (fase di sviluppo ordinario)
Rafforzamento delle condizioni abilitanti per il lavoro agile	**Miglioramento coordinamento organizzativo del lavoro agile**	Istituzione della *Task force* per l'implementazione del POLA, l'adozione e l'attuazione del programma delle attività annuali	Aggiornamento e attuazione del programma delle attività annuali	Aggiornamento e attuazione del programma delle attività annuali
	Implementazione del monitoraggio del lavoro agile	Adozione del set di indicatori per il monitoraggio del lavoro agile	Sviluppo del monitoraggio del lavoro agile ed eventuale adeguamento del POLA	Monitoraggio completo sulla base di tutti i set di indicatori
	Sviluppo di strumenti per l'organizzazione della prestazione lavorativa	Progettazione dei percorsi di formazione	Adeguamento del Piano triennale della formazione del lavoro agile	Attuazione del Piano triennale della formazione e aggiornamento
		Adozione delle linee guida per la predisposizione del Piano triennale dell'informatica e del Piano triennale della comunicazione	Predisposizione del Piano triennale dell'informatica e del Piano triennale della comunicazione	Attuazione del Piano triennale dell'informatica e del Piano triennale della comunicazione e aggiornamento coordinato

Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali,anche informatiche

L'accessibilità digitale

In attuazione delle politiche di sviluppo e gestione dell'innovazione digitale e in coerenza con quanto previsto dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), introdotto dall'art. 6 del decreto-legge n. 80/2021 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale", l'Azienda opera all'interno di un quadro strategico caratterizzato da una governance regionale e nazionale, pur mantenendo la responsabilità diretta degli aspetti tecnici di attuazione.

Le iniziative avviate sono orientate al miglioramento della qualità, dell'efficacia e della trasparenza dell'azione amministrativa e sanitaria, attraverso la progressiva semplificazione, digitalizzazione e reingegnerizzazione dei processi interni e dei servizi rivolti a cittadini e imprese. Tali attività sono condotte in coerenza con le disposizioni normative in tema di accesso agli atti e trasparenza amministrativa, richiamate dal d.lgs. 150/2009 e dalla legge 190/2012.

Le tecnologie digitali assumono un ruolo strategico nel supportare nuovi modelli organizzativi e operativi, costituendo un fattore abilitante essenziale per l'evoluzione dei processi aziendali. Particolare rilievo assume il settore sanitario, in cui l'introduzione e la piena operatività della cartella clinica elettronica rappresentano un elemento chiave per l'innovazione, l'integrazione dei dati clinici e il miglioramento dell'assistenza.

L'obiettivo prioritario è promuovere un profondo cambiamento culturale all'interno dell'organizzazione, in linea con l'approccio di change management che l'Azienda intende adottare. Il programma si fonda su tre pilastri strategici: cultura organizzativa, tecnologie digitali e performance.

Tra le iniziative a breve termine rivestono un ruolo centrale i progetti dedicati all'**accessibilità digitale**, finalizzati a garantire che i sistemi informatici siano in grado di erogare servizi e fornire informazioni fruibili senza discriminazioni.

Integrandosi attivamente ai progetti realizzati a livello Regionale si è collaborato nell'entrata in produzione di nuove App che permettono al cittadino di ottenere i servizi offerti dall'Azienda a portata di un "click".

L'accesso ai servizi online, ad accesso semplificato e trasparente verrà assicurato da dette App e dal portale e App Aziendale che, entro il prossimo triennio, completeranno tutto il percorso evolutivo necessario a rendere disponibili numerosi servizi, tra i quali:

- Prenotazioni CUP e pagamenti. Il cittadino/assistito potrà effettuare prenotazioni per prestazioni ambulatoriali sull'intera offerta (pubblico e privato accreditato) della provincia e della regione, effettuare il pagamento del ticket tramite PagoPA oppure pagamenti di posizioni debitorie;
- FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico). Il cittadino/assistito potrà consultare i propri referti di laboratorio e di radiologia, le prescrizioni di farmaci o prestazioni specialistiche, le vaccinazioni e altra documentazione sanitaria;
- Anagrafe Sanitaria. Il cittadino/assistito potrà mettere in atto la scelta e revoca del medico di base o del pediatra per i bambini, consultare le esenzioni per patologia, autocertificare l'esenzione per reddito, avere l'attestato di esenzione;

- Prestazioni in screening;
- Ritiro referti e altra documentazione sanitaria.

Allo stato attuale alcuni di questi servizi sono già stati implementati, ma presentano dei margini di miglioramento ed altri sono in via di attivazione. Detti sistemi si prestano a ridurre la pressione su sportelli fisici aziendali, a beneficio dell'umanizzazione dei percorsi di cura e di accesso ai servizi.

Gli obiettivi e i benefici sono quelli di semplificare e rendere più efficace l'accesso ai servizi e la loro erogazione, snellire la comunicazione tra strutture sanitarie e cittadini. Il call center del CUP e quello dello screening rappresentano un rilevante punto di contatto per gli utenti, soprattutto per i più anziani e per coloro che si trovano in condizioni di fragilità, offrendo un costante supporto in collaborazione con gli altri servizi aziendali. L'attivazione delle COT ha consento di esaltare questi ruoli di contatto e coordinamento dell'offerta sanitaria a sicuro vantaggio dell'utenza.

Investimenti particolari riguarderanno l'ammodernamento dell'Area Territoriale con l'applicazione delle novità previste nel DM 77 che riorganizza l'assistenza sanitaria territoriale per renderla più vicina ai cittadini attraverso la creazione di **Case della Comunità**, **Ospedali di Comunità**, e **Centrali Operative Territoriali (COT)**, potenziando l'integrazione tra professionisti e servizi per una sanità di prossimità e continuità delle cure. È in progetto la realizzazione di una cartella clinica territoriale che fungerà da raccordo di tutte le informazioni legate alle prestazioni erogate sul paziente agevolando in questo modo le eventuali transizioni tra setting assistenziali.

Sono inoltre da segnalare le varie iniziative, messe in atto negli ultimi anni, per sviluppare le potenzialità informative e di interazione con i cittadini del sito web istituzionale, anche con l'inserimento di moduli e richieste on-line. Una particolare spinta in questa direzione sarà comunque resa maggiormente tangibile grazie alla messa in produzione del sistema di gestione documentale che consentirà di gestire gli atti e i procedimenti amministrativi con modalità digitali.

Con zelo alle risorse messe a disposizione dal Dipartimento per la trasformazione digitale, saranno prodotti ulteriori ed utili investimenti nelle seguenti direzione:

- Sviluppo graduale e completo dei servizi PagoPA ed App IO;
- SPID e CIE;
- Abilitazione al Cloud della PA;
- Interoperabilità tra i sistemi.
- PDND

I predetti servizi consentiranno all'Azienda di raggiungere il duplice obiettivo di allinearsi alle indicazioni di AgID e di digitalizzare gran parte dei processi amministrativi e sanitari.

Nell'ambito prettamente sanitario gli obiettivi della Missione 6 - Componente 2 - Investimento 1.2 Sub 1.1.1. "Digitalizzazione DEA I e II Livello" e Missione 6 – Componente 1.3.1 (B) "adozione ed utilizzo del FSE da parte delle regioni" renderanno possibile quella trasformazione che l'Azienda da anni intraprende con l'impianto di nuove tecnologie informatiche e con sistemi di cooperazione rivolti, tra l'altro, all'immissione a sistema di informazioni provenienti dalle strumentazioni sanitarie. Perseguendo questo obiettivo si sta procedendo gradualmente all'implementazione del fascicolo sanitario di ogni assistito in formato digitale, a tutto vantaggio della diagnosi e cura dei pazienti e dell'accessibilità alle informazioni.

Il percorso di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico ha richiesto la diffusione massiva della firma digitale tra tutti i medici refertatori ed ospedalieri.

La diffusione dell'utilizzo della firma digitale è coincisa con l'implementazione della cartella clinica elettronica ospedaliera oggi in uso nei Presidi DEA di I Livello.

L'impianto della cartella clinica è stato realizzato tramite apposito finanziamento PNRR Missione 6 C2 .1.1.1 "Digitalizzazione DEA I Livello". L'investimento ha consentito di certificare il livello di maturità digitale dell'Azienda che è passata a livello 2, come verificato dall'organismo HIMSS secondo il modello EMRAM. All'interno dell'azione sono state implementate integrazioni tra i sistemi esistenti e la cartella clinica, elevati i livelli di sicurezza e modellati i processi di gestione ricoveri ospedalieri. L'attuale livello di informatizzazione della Cartella Clinica Elettronica prevede un tracciamento del percorso clinico che arriva sino alla somministrazione a bordo letto con scarico automatico del farmaco nell'armadietto di reparto. Il prossimo passo riguarderà la dematerializzazione dei consensi informati e l'integrazione degli elettromedicali.

Applicando ai sistemi aziendali la Multimisura 1.1 e 1.2 "Infrastrutture digitali e abilitazione al cloud" - ASL/AO (marzo 2023) del Dipartimento per la trasformazione digitale, si sta procedendo alla migrazione degli stessi sul cloud del Polo Strategico Nazionale. Contestualmente si sta collaborando con il PSN per la realizzazione di un progetto di evoluzione di alcuni dei sistemi informatici Aziendali ancora non idonei ad essere trasferiti nella nuova infrastruttura.

Infrastruttura di base

Tutti i percorsi di digitalizzazione che l'azienda ha fin qui intrapreso hanno avuto come presupposto l'adeguamento strutturale dell'infrastruttura tecnologica con riguardo delle condizioni di sistema presenti.

In particolare, l'Assesment Patrimoniale aziendale effettuato durante il 2022 ha fatto emergere i seguenti dati complessivi:

- ✓ n. 2700 postazioni PC + monitor,
- ✓ n. 150. notebook/laptop;
- ✓ n. 20 Server;
- ✓ n. 1300 stampanti
- ✓ n. 250 fotocopiatrici multifunzione a noleggio
- ✓ n. 2500 telefoni Voip
- ✓ n. 6 videoproiettori

A fronte di 2700 postazioni censite nel corso di richiamato assesment nel corso del 2022-2024 sono state approvvigionate circa 800 PDL e oltre 310 Multifunzione A4.

Quest'ultimo approvvigionamento, tutto finanziato tramite fondi PNRR e SovraCUP, è stato destinato all'ammodernamento del parco tecnologico delle UU.OO. legate agli stessi progetti.

In precedenza, nel corso dell'anno 2024, si era proceduto ad un approvvigionamento di circa 200 PDL con il duplice obiettivo di ammodernamento del parco macchine aziendale e di bilanciamento delle crescenti necessità conseguenti all'implementazione dei nuovi applicativi e di nuovi servizi frutto del PNRR.

Nel 2025 sono state approvvigionate solo 50 PDL e 30 stampanti Zebra acquistate per implementare la rete dei punti prelievo presso le Guardie Mediche della continuità assistenziale.

È chiaro che il fabbisogno Aziendale è di gran lunga superiore, sia a livello di PDL che di Stampanti tant'è che il processo di tracciabilità dei prelievi venosi è ad oggi in difficoltà per la mancata integrazione di stampanti zebra che per obsolescenza sono andate fuori uso.

È di recente rilascio l'aggiornamento del sistema operativo da Windows 10 a Windows 11 che ha avuto effetto sul 90% delle postazioni di lavoro. Questo aggiornamento, rilasciato da Microsoft sia a livello di sistemi operativi, che di office automation, ha reso inutilizzabile un gran numero di postazioni di lavoro.

A seguito di detto aggiornamento, e grazie ad una analisi empirica, è stato possibile stimare che ogni anno circa 400 PC della dotazione aziendale rientrano automaticamente nella classificazione del fuori uso in quanto lenti e non più idonei all'utilizzo in uffici pubblici che erogano prestazioni legate ai LEA.

Il programma di razionalizzazione delle dotazioni strumentali è determinato da processi di monitoraggio continuo delle possibili soluzioni tecnologiche (stazioni multifunzionali, computer ad alta portabilità, VOIP) e logico-organizzative (gruppi comuni di utenti per piano o unità operativa), che consentano di raggiungere l'obiettivo del massimo contenimento dei costi di acquisto e gestione di dette dotazioni.

Nel contesto della fornitura del "Servizio di Gestione e Manutenzione di sistemi IP e postazione di lavoro per le Pubbliche Amministrazioni (edizione 2) " è stata attivata una infrastruttura di monitoraggio automatizzato, che in tempo reale verifica il corretto funzionamento di tutti gli apparati network, VoIP e postazioni di lavoro dell'intera intranet aziendale.

Tale infrastruttura permette, oltre alla prevenzione di guasti e disservizi tecnici, anche il monitoraggio attivo di dispositivi dismessi o scarsamente utilizzati da effettuare anche ai fini della razionalizzazione dell'utilizzo delle dotazioni strumentali e della loro efficienza.

Con l'adesione agli Accordi Quadro Consip **Sicurezza "da remoto" – ID 2296 e Servizi sistemistici (ed.3) – ID 2275**, in parte finanziati con fondi PNRR, è stata data maggiore enfasi alla sicurezza dei sistemi informatici Aziendali e si è inoltre provveduto ad uniformare il sistema di firma elettronica con l'implementazione di un unico strumento a valore sugli applicativi sanitari ed amministrativo contabili.

Con inizio legato alla situazione di emergenza sanitaria da Covid-19, quindi a partire dal mese di marzo 2020, sono stati stipulati contratti individuali di lavoro agile per alcuni dei dipendenti dell'Ente che per alcuni dipendenti continuano ad essere attivi.

Consentendo l'utilizzo di dispositivi informatici in possesso del lavoratore e provvedendo all'acquisizione di apposite apparecchiature e soluzioni informatiche, l'Ente ha reso possibile a tutti i dipendenti autorizzati di poter lavorare da casa in totale sicurezza.

A prescindere dall'andamento della situazione epidemiologica e sulla base della normativa vigente dovranno essere comunque effettuate valutazioni di tipo organizzativo, necessariamente basate sull'organizzazione di parte del lavoro d'ufficio anche a distanza, che incideranno inevitabilmente sulla gestione delle dotazioni strumentali. È verosimile in ogni caso che si continui la strada finora seguita integrando e innovando le strumentazioni già presenti. In un'ottica di medio-lungo periodo, continuerà quindi l'attenzione verso ipotesi di aggiornamento del parco macchine informatico, verificando l'adeguatezza dello stesso ai servizi da erogare, tenendo conto dell'esigenza di orientarsi ad acquisiti di Notebook, quale strumento tecnico più idoneo al lavoro nei reparti, per la gestione informatizzata anche in movimento del dato sanitario.

Con i nuovi approvvigionamenti di tecnologia si procederà gradualmente alla dismissione di tutto il materiale che verrà valutato obsoleto e per cui risulterà antieconomico l'upgrade tecnologico. Nel triennio 2026 – 2027 si ipotizza di dismettere/smaltire/radiare circa 800 PDL e accertare il fuori uso di molte stampanti.

Si sta procedendo ad una graduale uniformazione della maggior parte delle stampanti in uso verso un unico prodotto, ciò al fine di razionalizzare la fornitura di prodotti di consumo e di usura.

Sempre sul tema degli strumenti di stampa, si precisa che, da anni è stata intrapresa una politica di razionalizzazione volta alla centralizzazione dei fotoriproduttori. Detta scelta ha consentito di produrre un risparmio in termini di acquisto, manutenzione e gestione dei sistemi di stampa ed è risultata positiva anche con riguardo alla produttività ed efficienza dei servizi.

Per ciò che concerne il software applicativo, continuano ad essere effettuate verifiche di compatibilità e sulla sicurezza, così come si procederà a realizzare opportuni aggiornamenti nell'ambito del generale programma di digitalizzazione della Pubblica Amministrazione.

Sulla base della stima dei fabbisogni strumentali, delle soluzioni organizzative che si prevede di attuare, nonché del grado di obsolescenza dei beni componenti le postazioni di lavoro, le dotazioni strumentali da acquistare e/o noleggiare nel triennio considerato, risultano pertanto stimate come segue:

Apparecchiature Informatiche	**2026**	**2027**	**2028**
Postazioni di lavoro fisse	3000	3000	3000
PC Portatili	400	500	500
Licenze software (varie)	1000	1500	1500
Access Point 4G per connettività mobile	2	6	6
Apparati HW per sala server	15	10	10
Telefoni voip	2500	2500	2500
Apparati wifi	400	600	600

Inoltre, sul versante server, nel prossimo triennio, come anticipato nei paragrafi precedenti, dovrà essere realizzata la migrazione verso il Cloud delle soluzioni informatiche aziendali e la realizzazione di un sistema di hybrid cloud, il tutto sempre nel contesto dell'adesione allo strumento denominato "Polo Strategico Nazionale".

Riguardo all'impianto di trasporto dei dati, nel corso dell'anno 2025 si sono predisposti degli investimenti di implementazione che vedranno i loro effetti entro il primo semestre del 2026. Nel progetto di che trattasi è stata prevista la realizzazione della rete WiFi dei reparti ospedalieri, la sostituzione di alcuni apparati attivi e l'adeguamento di tratti dell'impianto.

Nel corso del 2026, a seguito di finanziamento PR SICILIA FESR 2021 – 2027 Priorità 0005 "Una Sicilia più inclusiva" Obiettivo Specifico RS04.5, è prevista la realizzazione della rete WiFi nelle strutture territoriali, tra cui in primo luogo quelle legate al DM 77, Ospedale di Comunità e Casa di Comunità.

Altri investimenti hanno riguardato l'implementazione della Telemedicina sia come strumento di televisita, ma anche per il telemonitoraggio dei pazienti a domicilio. Il sistema potrebbe essere oggetto di ulteriori investimenti a seguito di un probabile investimento relativo alla gestione di pazienti over 80 non gestiti tramite altri setting.


SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SICILIA
Azienda
Sanitaria
Provinciale
Agrigento

PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal_____ al _____

L'Incaricato

_____

Il Funzionario Delegato
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

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

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato **l'approvazione** con provvedimento n. _____ del _____
- Ha pronunciato **l'annullamento** con provvedimento n. _____ del _____

come da allegato.

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

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal _____
- X Immediatamente esecutiva dal 29.01.2026

Agrigento, lì 29.01.2026

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

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

Agrigento, lì

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi