ALLEGATO 1

ASL LANCIANO VASTO CHIETI

Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni.

Ai sensi dell'articolo14, comma 4, lettera a) del Dlgs.n. 150/2009, il NAV rilascia la relazione di cui all'oggetto ai fini della pubblicazione sul sito internet aziendale.

PERFORMANCE

Il *sistema di valutazione* dell'Asl Lanciano Vasto Chieti è stato definito con contratti integrativi aziendali. Esso è coerente ai principi, alle direttive e alle indicazioni fornite in materia dal D.lgs. n.150/2009.

Il *sistema di valutazione della performance* dei dirigenti e del personale del comparto mira a migliorare la produttività e la qualità dei servizi offerti dall'Azienda, attraverso l'incentivazione della qualità della prestazione lavorativa, l'applicazione di metodi tesi a valorizzare i risultati della performance organizzativa ed individuale, l'erogazione di sistemi premiali basati sul merito e sul miglioramento della performance.

Il "*Ciclo di gestione della performance*" parte da una programmazione strategica, che definisce gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi, i conseguenti indicatori e i valori attesi di risultato sui quali è stata definita la misurazione e la valutazione della performance.

Il "*Ciclo di gestione della performance*" prevede poi l'individuazione e l'assegnazione degli obiettivi da perseguire, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori,il monitoraggio nel corso dello svolgimento del programma con il ricorso adeventuali interventi correttivi, la misurazione e la valutazione della performance,l'utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito.

A conclusione del ciclo, è prevista la rendicontazione dei risultati alla Direzione Strategica.

La *valutazione della performance* è svolta attraverso l'applicazione della metodologia del sistema premiante, definita per il personale dirigente e per il personale del comparto nei contratti integrativi Aziendali. La metodologia prevede la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi fissati per ciascuna unità operativa effettuata sulla scheda di valutazione annuale di budget.

Al risultato della performance è destinata una quota della retribuzione di risultato/produttività collettiva.

Il *Piano della Performance*, come previsto dal Titolo II del D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, è il documento programmatico di durata triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati obiettivi, indicatori, risultati attesi per la gestione aziendale.

L'elaborazione del Piano della Performance - effettuata in conformità alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con le delibere n. 112/2010 e n. 6/2013 - dà avvio al ciclo di gestione della performance, garantendo l'integrazione con gli strumenti aziendali di Pianificazione, Programmazione e Valutazione della Performance, con il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, con il Bilancio aziendale e con il Sistema di Gestione della Qualità.

L'insieme dei contenuti è strettamente correlato con la programmazione regionale, con particolare riferimento al Programma Operativo Regionale vigente per la riduzione del disavanzo economico e finanziario, approvato con Decreto del Commissario ad Acta.

Attraverso il *Piano della performance* è possibile definire e misurare la performance aziendale, valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione comprensibile agli stakeholder. Dall'adozione dello stesso ci si attende, inoltre, una maggiore integrazione fra le articolazioni aziendali e la loro proiezione verso obiettivi strategici pluriennali, in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

Coerentemente con quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del D.Lgs. n. 150/2009, all'interno del Piano sono stati riportati e messi in relazione *missione e mandato istituzionale*, aree strategiche, obiettivi strategici, e obiettivi operativi aziendali con relativi indicatori e target di riferimento.

Il Piano delle Performance 2016-2018 è stato adottato con deliberazione n. 103del 29/01/2016 e pubblicatosul sito aziendale in data 11/02/16.
I principi di riferimento, oltre alla centralità della persona e all'allineamento delle strategie aziendali alla domanda di salute dei cittadini, si rifanno alla trasparenza, all'immediata intelligibilità, alla verificabilità, alla partecipazione, alla coerenza interna ed esterna, alla pluriennalità.

Gli obiettivi individuati, come richiesto dall'art. 5, comma 2, del D.Lgs n. 150/2009, sono:

- *rilevanti e pertinenti* rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'Azienda;
- *specifici e misurabili* in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un *significativo miglioramento della qualità* dei servizi erogati e degli interventi;
- *commisuratia* valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale nonché da comparazioni con amministrazioni analoghe;
- *correlati alla quantità e qualità* delle risorse disponibili.

Il piano delle performance è orientato nel triennio ad:

- *implementare* la qualità delle cure attraverso l'adozione di strumenti adeguati, quali la medicina basata sull'evidenza, la formazione e l'addestramento, i percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi, l'audit e la gestione dei rischi;
- *rafforzare* il processo di aziendalizzazione;
- *mirare* alla riconversione e alla riqualificazione dell'offerta verso livelli di assistenza più appropriati;
- *realizzare* politiche del personale basate sulla responsabilizzazione dei differenti livelli dirigenziali e dei quadri del comparto, tramite l'utilizzo di sistemi premianti i quali, attraverso forme di gratificazione non solo economica, possono incentivare il raggiungimento degli obiettivi da parte delle strutture organizzative, di gruppi multidisciplinari e di ciascun operatore;
- *realizzare* una rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali, in grado di fornire risposte adeguate ai bisogni di salute e di qualità della vita espressi prioritariamente dal territorio della provincia di Chieti e, più in generale, dalla regione Abruzzo e dal resto del Paese;
- *erogare* nuovi modelli dei servizi basati sulla specializzazione e sull'eccellenza professionale ed organizzativa e, ancor più, orientati all'umanizzazione e alla presa in carico dell'utente, che è costantemente al centro dell'attenzione;
- *promuovere* lo sviluppo delle competenze e la valorizzazione di tutti gli operatori, coniugando la ricerca scientifica con la sperimentazione di modelli clinico-assistenziali e organizzativi innovativi, connotati da una forte integrazione tra ospedale e territorio.

Le Linee di Produzione sono istituite con riferimento a particolari *target* di popolazione e/o su specifici programmi assistenziali o di prevenzione, specificatamente rivolti allo sviluppo dell'integrazione ospedale-territorio ricostruito aggregando le attività per "famiglie di prodotto". Sono attivate trasversalmente alle strutture produttive specialistiche, costituendo complessi di attività che assicurano una pianificazione unitaria, una organizzazione e valutazione di processi organizzativi e/o percorsi clinico-assistenziali con riferimento ad aree di intervento sanitario che richiedono una risposta integrata e competenze specifiche appartenenti a unità operative diverse.

Le Linee di Produzione previste dall'Atto Aziendale sono 6:

- Paziente Fragile (include infanzia e problemi dell'età evolutiva);
- Paziente Oncologico;
- Paziente Post Acuto;
- Paziente Urgente;
- Paziente Cronico;
- Percorso Nascita.

La mission declinata viene tradotta dall'Azienda individuando ed identificando 4 macro prospettive che sono riportate di seguito:

- La prospettiva del consumatore/utente, ovvero "*come recuperare la fiducia dell'utente*";
- la prospettiva dei processi aziendali, ovvero "*come migliorare e integrare la Rete dei Servizi*";
- la prospettiva dell'innovazione e della valorizzazione delle risorse umane, ovvero "*come sviluppare una forte Identità aziendale e un assetto di Governance efficace e come valorizzare le professionalità interne all'Azienda*";
- la Prospettiva dei risultati, ovvero "*come garantire la Sostenibilità dei processi aziendali e contribuire all'equilibrio regionale*".

La programmazione e lo sviluppo strategico aziendale per il triennio sonoincentrate su:

- Sviluppo e riqualificazione del territorio;
- Sostanziale ammodernamento del Sistema Sanitario con particolare riferimento alla rete ospedaliera come da DM 70/2015 "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*";
- Focalizzazione alle problematiche relative al contenimento delle liste di attesa come da Piano Attuativo Aziendale;
- Rafforzamento dei meccanismi operativi e degli strumenti atti a garantire una maggiore capacità di governance, come da L. 15/2009 "Misurazione, valutazione e trasparenza della performance", oltre che quanto richiesto dall'ANAC in tema di anticorruzione.

La logica seguita dall'Azienda di creare e consolidare un sistema integrato viene seguita e messa in atto anche attraverso il processo di Budget. La scheda di Budget utilizzata dal 2012 è articolata in 4 macro aree:

1. Aziendale
2. Dipartimentale
3. Unità Operativa
4. Sviluppo Organizzativo,

che identificano rispettivamente il contributo strategico richiesto ad ogni UO nell'ottica di miglioramento continuo delle macroaree stesse.

Il processo di Budget previsto per il triennio 2016-2018 ed è teso a porre in atto misure di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica dei flussi informativi.

Sulla base di quanto avviato nel 2015, nonché dei contenuti degli Strumenti di Programmazione 2016-2018 e del Piano triennale della Trasparenza e Anticorruzione 2016-2018, come richiesto dal DCA n.104 del 19 novembre 2015, per le annualità 2016-2018 il processo di Budget intende contribuire in maniera importante all'integrazione tra l'Ospedale ed il Territorio attivando una serie di obiettivi/indicatori di natura interdipartimentali e trasversali considerando nel particolare l'integrazione con una serie di flussi informativi con

l'obiettivo di armonizzare e riconciliare i flussi di produzione oltre che i flussi di consumo (flussi dispositivi medici, consumi ospedalieri dei farmaci, distribuzione diretta dei farmaci rispetto ai flussi di rendicontazione economica e, limitatamente ai flussi CO e DD, rispetto al flusso della tracciabilità del farmaco), i flussi EMUR e i flussi SIAD.

La novità prevista per il triennio è l'introduzione degli obiettivi riferiti alle misure del Piano Anticorruzione oltre che il rispetto degli obblighi del Piano della Trasparenza a cui ogni struttura è soggetta.

Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione Generale in quanto diretta derivazione della *mission* aziendale, nel rispetto degli indirizzi emanati dalla Regione, contenuti nei Piani Sanitari Nazionale e Regionale, il Piano Operativo Regionale vigente. Tali linee di intervento strategico sono codificate nel Piano Strategico Aziendale che ha durata di norma triennale ed è soggetto a revisione ogni qual volta ne ricorrano le esigenze in relazione ai mutamenti istituzionali, alle minacce e alle opportunità espresse dal contesto di riferimento.

La programmazione annuale è declinata in obiettivi strategici e obiettivi operativi. Gli interventi strategici sono individuati nel percorso integrato di sviluppo strategico organizzativo nelle seguenti fasi:

- Lo sviluppo strategico organizzativo e il processo di Budget;
- Il sistema informativo direzionale;
- Il sistema di controllo e la procedura aziendale sulla documentazione clinica (SDO e cartelle cliniche).

Gli obiettivi operativi sono individuati nella fase di negoziazione di Budget. In tale fase ci si confronta in modo puntuale e trasparente, su datie tematiche apparentemente non vicine tra loro, ma in realtà capaci di generare e monitorare quelle relazioni di causa-effetto tanto evidenti da garantire risultati sistemici che il Risanamento/Sviluppo di una ASL che "vive" in una Regione definita da troppo tempo "canaglia" deve porsi come vero obiettivo sul quale essere valutata.

Il documento descrive poi il processo seguito per la stesura del piano delle Performance, il collegamento con la programmazione economica, finanziaria e di bilancio ed il processo seguito per la costruzione dell'albero delle performance.

L'albero delle performance è una mappa logica che rappresenta anche graficamente i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). Dimostra come gli obiettivi si accordano a vari livelli all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale e alla missione. Fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica e integrata della performance dell'amministrazione.

Le dimensioni presidiate sono le seguenti:

- appropriatezza clinica

- appropriatezza organizzativa
- efficienza dei processi.

Per ciascuna delle dimensioni sopra riportate si individuano quali driver principali di cambiamento:

- interventi sulla struttura organizzativa e sull'assetto funzionale dei servizi, a loro volta declinati in progetti specifici;
- interventi tesi ad un recupero di fiducia dell'utenza, a loro volta declinati in interventi tesi al miglioramento della qualità dei servizi;
- interventi volti a realizzare la massima integrazione possibile tra ospedale e territorio, a loro volta orientati verso modelli assistenziali di presa in carico globale dell'utenza e allo sviluppo di una Rete integrata di risposte ai bisogni della popolazione;
- interventi di integrazione sociosanitaria.

Il ciclo della Performance prevede uno stretto legame tra gli obiettivi dell'organizzazione e quelli del personale.

La valutazione delle performance individuali, pertanto, implica la definizione di un ciclo della performance che si articola nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi;
- collegamento tra gli obiettivi e allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- premialità del merito;
- rendicontazione interna ed esterna dei risultati.

In relazione a quanto sopra evidenziato l'Azienda ritiene che la valutazione delle performance individuali debba considerare una pluralità di aspetti, tra cui, senz'altro, i seguenti:

- obiettivi di innovazione/crescita;
- obiettivi di efficienza economico-finanziaria;
- obiettivi di impatto sugli *stakeholder* (efficacia percepita, soddisfazione, ecc.);
- obiettivi di miglioramento dei processi (efficacia oggettiva, livelli di servizio, ecc.);
- competenze professionali;
- comportamenti organizzativi (tra cui, obbligatorio ex Dlgs. 150/2009, la capacità di valutare i propri collaboratori).

La valutazione dei risultati gestionali conseguiti è volta alla verifica della rispondenza degli stessi con gli obiettivi concordati, a comprendere le cause degli eventuali scostamenti e ad individuare i punti di forza e di debolezza allo scopo di supportare i processi di programmazione futuri. Alla valutazione dei risultati di gestione ed alla valutazione della performance individuale sono collegati il sistema premiante aziendale, nelle modalità e

sulla base dei principi generali e i criteri definiti dalla normativa vigente, dai CCNL e dagli accordi aziendali, nonchè il sistema degli incarichi dirigenziali.

Il processo di valutazione, sia della dirigenza che del personale del comparto si basa su un modello definito e formalizzato con specifico Regolamento, a seguito di accordo con le rappresentanze dei lavoratori, in modo coerente con quanto definito dal Decreto Lgs. N.150/2009.

Inoltre, per il 2016-2018, in linea con gli incarichi professionali contrattualmente già assegnati alle singole unità di personale delle singole UUOO, l'Azienda sta perfezionando meccanismi di valutazione della Performance basati su indicatori specifici relativi: alle quantità di prestazioni erogate, oltre che agli esiti delle cure, e al livello di soddisfazione dei pazienti attraverso apposite indagini di customer realizzate ed inserite quali obiettivi strategici del processo di Budget.

Strettamente collegata al Sistema di Valutazione aziendale, la formazione del personale è finalizzata a promuovere la valorizzazione, la crescita e l'effettivo sviluppo delle competenze.

L'Azienda intende orientare lo sviluppo delle competenze attraverso percorsi formativi ad hoc che mirano all'acquisizione di nuove tecniche, metodiche e manualità da misurare attraverso la Scheda di Addestramento e che siano coerenti con il profilo atteso definito nel disegno organizzativo di singola UOC.

L'attività di aggiornamento e formazione è da intendersi come programma sistematico e continuativo di sviluppo delle professionalità che coinvolge tutti gli operatori interessati durante l'intera durata della loro carriera lavorativa.

In particolare la *performance individuale* mira ad esplorare principalmente due dimensioni:

- l'apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi e dei risultati collettivi, ricondotti alla performance organizzativa,
- la rispondenza del proprio comportamento lavorativo al profilo di competenza richiesto sia dai contratti collettivi (in relazione al proprio inquadramento giuridico), sia dal contratto individuale (in relazione in particolare all'incarico attribuito: dirigenziale, di posizione organizzativa, di coordinamento), sia dall'impegno promesso nell'ambito del sistema premiante.

L'ASL il 30 giugno 2016 ha pubblicato la Relazione sulla performance (anno 2015), che, in adempimento alle disposizioni vigenti contenute nelle deliberazioni della CIVIT, contiene lo stato dell'evoluzione del sistema di misurazione della performance aziendale e la misurazione dei target prefissati.

Il Nucleo dà atto che la documentazione prodotta è congrua, appropriata e conforme a quanto constatato nel corso dei lavori del Nucleo stesso, così come attestato nei verbali agli atti di ufficio.

Il Nucleo dà atto che dalle risultanze degli indicatori di performance emerge un prevalente allineamento agli obiettivi previsti, che comportano importanti aree di miglioramento su più livelli di assistenza. Il Nucleo ha proceduto alla validazione del contenuto della Relazione sulla performance per l'anno 2015, come risulta dal verbale del 22 e 23 luglio 2016.

Gli obiettivi strategici, derivati dal Programma Operativo Regionale vigentesono stati attribuiti dal Direttore Generale ai Direttori Amministrativo, Sanitario e ai Direttori delle strutture complesse.

L'assegnazione degli obiettivi aziendali è avvenuta nell'ambito di una scheda di budget-per ciascuna U.O. Complesse e Semplici Dipartimentali-, formalmente predisposta e sottoscritta dalla Funzione di Staff Sviluppo Strategico.

La formalizzazione dell'assegnazione degli obiettivi è avvenuta con la sottoscrizione formale delle schede di budget da parte del Direttore Generale e dal Direttore/Responsabile dell'U.O.

Il Nucleo di Valutazione certifica che le risorse destinate all'incentivazione del personale sono erogate previa valutazione a consuntivo degli obiettivi, in relazione al raggiungimento dei risultati.

Posto quanto sopra, il Nucleo di valutazione formula una valutazione positiva su:

- l'adeguatezza dei **sistemi informativi e informatici a supporto** del funzionamento del ciclo della *performance,* con particolare riferimento al **sistema di controllo strategico**, nonché ai sistemi di **contabilità generale e analitica**;
- il funzionamento dei **sistemi informativi e informatici a supporto** dell'attuazione del **Programma triennale per la trasparenza** e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione. In particolare, i sistemi informativi e informatici dedicati all'archiviazione, la pubblicazione e la trasmissione dei dati; il modello organizzativo di raccolta e pubblicazione dei dati; il sistema di monitoraggio della pubblicazione dei dati; isistemi per la rilevazione quantitativa e qualitativa degli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente";
- il processo di gestione degli **standard di qualità**, con particolare riferimento alle misurazioni attuate dall'amministrazione per il controllo della qualità dei servizi erogati.

TRASPARENZA, INTEGRITA', PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il Nucleo dà atto che alla scadenza del 15/1/2016 è stata pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda la relazione annuale della Responsabile della Prevenzione della Corruzione sull'attuazione del PTPC 2015. La relazione è composta, come previsto dal format pubblicato dall'ANAC, da tre schede.

In particolare, si dà atto che la relazione presentata risponde a tutte le richieste formulate sul format medesimo, sia per quanto riguarda le considerazioni generali sia per quanto riguarda le misure anticorruzione.

Nel verbale del 6 febbraio 2016, il Nucleo ha dettagliatamente esposto le proprie considerazioni sul documento.

Il Nucleo dà atto che con deliberazione n. 104 del 29/1/2016, il Direttore Generale dell'azienda ha adottato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018.Il Piano contiene in un'apposita sezione il "Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2016-2018".Il Piano risulta elaborato sulla base delle indicazioni fornite dall'ANAC con determinazione n. 12 del 28/10/2015.

Nel verbale del 6 febbraio 2016, il Nucleo ha dettagliatamente esposto le proprie considerazioni sul documento.

In questa sede, si ritiene di ricordare che il Piano prevede azioni di monitoraggio per la verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e per l'eventuale rimodulazione di ulteriori strategie di prevenzione.La verifica è attuata dai medesimi soggetti che partecipano all'intero processo di gestione del rischio, al fine di poter intercettare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi e la ponderazione del rischio.

Inoltre, considerata l'importanza del monitoraggio sull'attuazione delle misure, si ricorda che con delibera DG n° 636 del 6.11.2015 è stato costituito il "Gruppo di Auditor" per la Verifica Ispettiva Interna (Auditing) della corretta applicazione delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC). Il gruppo ha anche il compito di ricercare le evidenze oggettive dell'effettiva applicazione delle misure previste nel Piano medesimo, attraverso un dialogo con le U.O. coinvolte,istituendo in tal modo un flusso informativo che fa capo alla Responsabile anticorruzione.

Il Nucleo dà atto che, ai sensi delle disposizioni contenute nella deliberazione ANAC n. 29 del 20/1/2016, l'Azienda ha provveduto alla pubblicazione delle informazioni indicate all'articolo 1, comma 32, della L. n.190/2012, relative ai procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi di cui al comma 16, lett. b) del medesimo articolo. Pertanto, il Nucleo ritiene assolto l'adempimento, considerato anche che una prima pubblicazione era avvenuta in data 29/1/2016 nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "altri contenuti - dati ulteriori".

L'ANAC con deliberazione n. 43 del 20/1/2016 aveva provveduto a indicare la procedure per le attestazioni sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31/1/2016. La Responsabile della Trasparenza ha provveduto alla compilazione della griglia sulla base delle informazioni presenti sul sito istituzionale e nelle sezioni indicate al 1/2/2016, come risulta peraltro da supporto magnetico (cd) contenente le schermate delle sezioni interessate del sito aziendale.

La procedura seguita dal Nucleo per la verifica di quanto attestato nelle griglie di rilevazione è contenuta nella scheda di sintesi allegata.

Il 13 maggio 2016 il Nucleo ha partecipato all'incontro con i Responsabili/Direttori di alcune U.O. aziendali per le quali il Nucleo medesimo aveva raccomandato (vedi verbale 6/2/16)

alla Direzione di omogeneizzare l'applicazione dei criteri per la valutazione del rischio per quelle materie (ad alto rischio) già individuate dall'ANAC con Determinazione n. 12 del 28/10/15. A conclusione dell'incontro, il Direttore Amministrativo aziendale ha formalmente invitato i presenti a procedere ad un riesame delle schede di cui all'allegato 5 del PNA, al fine di pervenire ad una rivalutazione (oggettiva) del rischio. Successivamente si procederà, se del caso, all'integrazione e/o modifica del PTPC 2016-2018.

A seguito dell'incontro, Il Nucleo ha approfondito con la Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza alcune tematiche. In particolare, si è ribadita la necessità di prevedere nelle schede di budget 2016 la presenza di obiettivi e indicatori inerenti la trasparenza e la prevenzione della corruzione. E' stata poi definita la metodologia da seguire sia per l'area amministrativa sia per l'area sanitaria, anche e soprattutto in attuazione della Direttiva ANAC n.12/2015. Per quanto riguarda l'area amministrativa, si è ritenuto indispensabile che gli obiettivi di budget di ogni unità operativa tengano conto, non solo di quanto previsto dalla Direttiva succitata, ma anche degli altri processi che si svolgono nelle unità medesime. Per l'area sanitaria, gli obiettivi devono riguardare la mappatura del rischio delle aree già indicate dalla citata Direttiva ANAC n.12/2015 a livello di singolo Dipartimento, attraverso un processo di coinvolgimento formalizzato da tutte le unità afferenti.Inoltre, per entrambe le aree vanno definiti obiettivi relativi alle azioni messe in atto per la prevenzione del rischio nei processi già mappati.

Per quanto attiene l'applicazione e l'attuazione del D.L.vo n. 105/2016 e del DPR n. 97/2016, il NAV ha chiesto alla Responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza la redazione di una mappa degli adempimenti previsti dai due decreti, nella quale siano riportati, in corrispondenza di ciascuna disposizione normativa, l'adempimento previsto, le azioni da porre in essere, il risultato da perseguire, il responsabile del procedimento e la tempistica.Infine, il Nucleo ha richiamato le previsioni dei commi 522 e 523 dell'articolo1 della Legge di Stabilità 2016, n. 208/2015, ricordando alla Responsabile della Trasparenza la responsabilità disciplinare in cui incorrono i dirigenti in caso di omissioni nell'applicazione delle normative relative all'Istituto della Trasparenza, che tra l'altro prevedono la segnalazione dei nominativi all'ANAC.

A seguito dell'incontro, la Responsabile della prevenzione della corruzione ha trasmesso ai Direttori dei Dipartimenti sanitari la nota dell'8/9/2016, con la quale sono stati invitati gli stessi a restituire, entro il 10/12/16, almeno due schede contenenti le misure per contrastare due processi a rischio corruttivo. Analogamente, con nota del 14/10/16 è stata richiesta alle UU.OO. dell'area dirigenziale SPTA la redazione di almeno tre schede di un potenziale evento corruttivo. La scadenza era fissata per il 30/11/16.¤

Ha, inoltre, provveduto alla pubblicazione nel sito internet aziendaledell'aggiornamento della disciplina per la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti. Ha proceduto, poi, all'organizzazione e allo svolgimento di tre corsi di formazione: due destinati al RPCT e ai referenti dell'anticorruzione nonché ai dirigenti e ai funzionari delle aree mappate, ai direttori dei distretti e dei PP.OO.; l'altro destinato ai direttori e ai Dirigenti dell'area sanitaria e ai Direttori di Dipartimento. Altri corsi sono stati destinati a tutto il personale del comparto sanitario e non, al fine di far conoscere la normativa vigente in materia di

prevenzione della corruzione della trasparenza a seguito delle modifiche e integrazioni apportate dal legislatore.

La Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha provveduto alla redazione:

- del Documento di analisi del Nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2016, emanato dall'ANAC con deliberazione n. 131/2016;

- del Documento di analisi del citato D.L.vo n. 97/2016, in cui sono state evidenziate le integrazioni e le modifiche introdotte della materia di cui si tratta;

- del Regolamento aziendale per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere organizzativo di chi lavora e contro le discriminazioni, emanato con deliberazione DG. n. 997 del 18/8/2016;

- di un documento trasmesso alla Direzione Aziendale contenente i "Criteri di rotazione del personale";

- dell'apposita modulistica da utilizzare per le verifiche sulla incompatibilità e inconferibilità degli incarichi;

- dell'apposita modulistica, pubblicata sulla home-page del sito internet aziendale, necessaria per attivare forme di consultazione/partecipazione pubblica per l'aggiornamento del PTPCT 2017-2019.

A fine anno, sono stati effettuati AUDIT per la verifica ispettiva interna sulla corretta applicazione delle misure previste nel vigente PTPC, al fine di avere contezza dello stato di applicazione delle stesse e di avviare un processo documentato di miglioramento continuo. Gli incontri hanno coinvolto le aree risultate nel Piano ad alto rischio (rilevante/critico).

Delle 10 UU.OO, sulle quali si è svolta la verifica,

- 7 sono risultate con un indice di conformità pari al 100%;

- 1, con un indice di conformità pari al 92,9%, essendo stata riscontrata 1*opportunità di miglioramento*;

- 2, con un indice di conformità pari al 85,7%, essendo stata riscontrata 1 *non conformità*.

Tutte e tre le UU.OO. hanno risolto le non conformità e hanno attuato l'opportunità di miglioramento nel termine di 15 giorni, giusta relazione alla Responsabile dell'Anticorruzione.

Sempre a fine d'anno, si è tenuto un incontro con le Associazioni di volontariato, al fine di promuovere i contenuti del vigente Piano triennale per la Prevenzione della corruzione e la Trasparenza, con l'ottica di migliorare l'efficienza e la trasparenza dell'Azienda sanitaria.

Infine, con nota del 28 novembre 2016, sono state trasmesse alle Unità operative interessate alla pubblicazione le linee guida ANAC (in consultazione), recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, contenute nel decreto legislativo n. 33/2013, come modificato dal decreto legislativo n. 97/2016.

16/12/2016

Il Nucleo di Valutazione Aziendale

Dr. Antonio Giulio De Belvis	Dr.ssa Adele Rulli	Dr. Filippo Basso
Componente NAV	Componente NAV	Presidente
Antonio J. de Belvis	Adele Rulli	Filippo Basso