

## **VERBALE NAV 24 e 25 FEBBRAIO 2017**

Il giorno 24/2/2017 dalle ore 16,30 alle ore 18.00, e il giorno 25/2/2017 dalle ore 8.30 alle ore 14.00 si è riunito il Nucleo di Valutazione Aziendale nelle persone del Dr. Filippo Basso, della Dr.ssa Adele Rulli e del Dr. Antonio Giulio de Belvis, con l'assistenza della Sig.ra Paola Zappacosta. Preliminarmente, i componenti Dr.ssa Rulli e Dr. Basso riferiscono sugli atti istruttori posti in essere nella mattinata e nel primo pomeriggio del 24 febbraio 2017, in cui hanno incontrato, per le materie di competenza, la Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione, Dr.ssa Giustiantonia Chieffo, assistita dalla Dr.ssa Laura Ottaviani e dal Dott. Mario Pedace.

### **ANTICORRUZIONE**

Il Nucleo dà atto che alla scadenza del 15/1/2017 è stata pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda la relazione annuale della Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza sull'attuazione del PTPC 2016. La relazione è composta, come previsto dal format pubblicato dall'ANAC, da tre schede. Il Nucleo 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 documento si ritiene di evidenziare quanto segue.

Nel corso del 2016, è proseguita l'attività di coinvolgimento e sensibilizzazione sia dei Referenti che dei Dirigenti, al fine di renderli sempre più partecipi e consapevoli riguardo alla Prevenzione della Corruzione e all'agire trasparente della P.A. In particolare, con la formazione, che ha coinvolto tutto il personale ASL di ogni ordine e grado, i dipendenti sono stati formati ed informati sulle novità normative nonché di come l'Azienda sta operando per garantire l'Integrità e la Trasparenza dell'azione amministrativa. Si sottolinea che le UU.OO. hanno dimostrato maggiore attenzione che nel passato, applicando quanto previsto nel PTPC. Inoltre, con gli Audit si è attivata la verifica Ispettiva Interna (Auditing) sulla corretta applicazione delle misure previste nel Piano da parte delle U.O. risultate a rischio rilevante/critico, con un riscontro positivo da parte delle stesse. Il Nucleo concorda su quanto affermato in merito all'istituto della rotazione. Infatti, nel settore sanitario, la rotazione dei dirigenti e del personale presenta non indifferenti profili di delicatezza e complessità, dal momento che si pone in chiaro conflitto con l'altrettanto importante principio di continuità dell'azione amministrativa, che implica la valorizzazione della professionalità acquisita dai dipendenti in certi ambiti e settori di attività. Il Nucleo dà atto di quanto affermato sul ruolo della Responsabile nello svolgimento di una costante attività di impulso e coordinamento coinvolgendo i Referenti e i Dirigenti, offrendo loro supporto e collaborazione, anche attraverso una costante azione propulsiva, richiamandoli al rispetto delle scadenze previste nel Piano, in modo da responsabilizzare e rendere sempre più partecipe ciascun Dirigente all'attuazione del Piano stesso. Anche su raccomandazione del Nucleo medesimo, nel 2016 si è proceduto alla mappatura di quasi tutti i settori di attività e di numerosi processi, quelli più importanti ed esposti a maggior rischio, relativi alle molteplici aree trattate. I processi mappati afferiscono alle seguenti aree: Amministrativa, UU.OO. in Staff alla Direzione Generale, Tecnico - Professionale, Dipartimento di

Prevenzione, Servizi Territoriali, Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Professioni Sanitarie, Distretti, Direzioni Mediche, Farmaceutica Ospedaliera. La relazione indica quali diverse misure ulteriori specifiche sono state previste ed attuate. La mappatura dei processi proseguirà nel triennio 2017-2019.

Per quanto riguarda la Trasparenza, la relazione rappresenta che gli obblighi previsti dalla normativa sono stati adempiuti. Sono stati svolti monitoraggi trimestrali su alcune tipologie di dati e monitoraggi semestrali sulla totalità dei dati pubblicati. Le iniziative intraprese per le verifiche sono efficaci. Si è preso atto delle raccomandazioni fornite dall'ANAC nella deliberazione n. 833/2016 ed è stata elaborata apposita modulistica per le dichiarazioni sostitutive su dichiarazioni di inconferibilità, che sono state rese dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo aziendali.

Per quanto concerne la Formazione, nel corso del 2016 sono stati erogati 3 corsi: due specifici, diretti agli addetti ai lavori; uno generale, svolto in videoconferenza e rivolto a tutto il personale del settore sanitario e non, coinvolgendo in tal modo tutti i dipendenti dell'Azienda.

Si conferma il giudizio positivo sulla procedura di tutela del dipendente che segnala condotte illecite, in attesa della realizzazione del sistema automatizzato per la gestione della segnalazione in riuso da parte dell'ANAC, come previsto nella determinazione n. 6 del 28 aprile 2015.

Il Nucleo prende atto che con deliberazione n. 59 del 30 gennaio 2016, il Direttore Generale dell'Azienda ha adottato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2017-2019. Alla data odierna, il documento risulta pubblicato sul sito dell'Azienda nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri contenuti" "Corruzione". Il Piano è costituito da un unico documento distinto in due sezioni, predisposto dalla Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Ad ella il Direttore Generale dà mandato di provvedere all'aggiornamento periodico del Piano, tenendo presente che si tratta di un provvedimento suscettibile di integrazioni e modificazioni, che nel tempo dovessero rendersi necessarie ed opportune e, pertanto, in costante aggiornamento ed evoluzione.

Il Piano risulta elaborato sulla base delle modifiche legislative apportate dal decreto legislativo n. 97/2016, che ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa sulla Trasparenza, rafforzandone il valore di principio che caratterizza l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e i rapporti con i cittadini. La Trasparenza si configura come il mezzo attraverso il quale si possono prevenire varie forme di illecito e di conflitto di interessi ed accompagna opportunamente l'Integrità, in quanto la conoscenza pubblica dell'operato delle amministrazioni costituisce di per sé un strumento di Prevenzione della Corruzione all'interno dell'organizzazione pubbliche. La nuova disciplina, perseguendo l'obiettivo di semplificare le attività delle amministrazioni nella materia, ha unificato in un solo strumento il Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e il Programma triennale della Trasparenza e dell'Integrità, con la conseguente soppressione del riferimento al PTTI e l'individuazione delle modalità di attuazione della Trasparenza in un'apposita sezione come parte

integrante del Piano - PTPCT.

Il Piano è stato predisposto dalla Responsabile della Prevenzione della Corruzione in sinergia con i Referenti e i Dirigenti responsabili delle Unità operative aziendali, coinvolti nell'analisi e valutazione dei rischi specifici di Corruzione per la rispettiva area di competenza. Esso ha valenza programmatica e tutte le previsioni ivi contenute possono essere oggetto di aggiornamento o revisione, in quanto l'adozione del Piano non si configura come attività ultimata e definitiva, bensì come un insieme di processi che gradualmente possono essere modificati, integrati e migliorati.

Il Piano Aziendale della Prevenzione della Corruzione è stato costruito dando puntuale attuazione ai contenuti della determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 e della delibera dell'ANAC medesima n. 831 del 3 agosto 2016, con cui è stato approvato il Piano Nazionale anti Corruzione 2016. Con questi due provvedimenti si è voluto fornire ai soggetti che interagiscono nel Servizio Sanitario Nazionale specifiche raccomandazioni da osservare con la redazione ed attuazione dei rispettivi Piani triennali per Prevenzione della Corruzione, tenendo conto del particolare ambito di applicazione, del contesto ambientale, della tipologia e del livello di complessità dell'organizzazione sanitaria del sistema di relazioni in esse esistenti; dando indicazioni sulla disposizione dei Piani delle aziende sanitarie e degli altri soggetti ad essi assimilabili, nonché orientare la pianificazione strategica dei soggetti medesimi verso ulteriori interventi finalizzati a rafforzare la gestione del rischio e a prevenire e contrastare eventuali fenomeni di Corruzione per particolari aree sensibili. Pertanto, a seguito delle raccomandazioni e delle indicazioni da parte dell'ANAC e da parte dello stesso Nucleo di Valutazione, nonché del monitoraggio effettuato sulle attività svolte, la Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha proceduto alla mappatura di altre aree non considerate nel precedente Piano, ad analizzare altri processi di aree già mappate, nonché ad implementare il sistema di contrasto e di prevenzione dei fenomeni corruttivi attraverso l'adeguamento di misure già previste e l'introduzione di misure specifiche.

In particolare, il Nucleo ritiene di dover evidenziare e sottolineare le seguenti tematiche trattate nel documento.

## A. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

1. **Analisi del contesto esterno ed interno:** al fine di ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture territoriali e dinamiche sociali, economiche e culturali o per via delle caratteristiche organizzative interne. Nell'analisi del contesto assume particolare rilevanza:

- a) la *Continuità Ospedale – Territorio*, sia dal punto di vista assistenziale, con riferimento cioè a quelle prestazioni che erogate nel luogo e nel setting corretto rendono l'utilizzo dell'ospedale più appropriato, sia da quello organizzativo;
- b) la consultazione pubblica per l'aggiornamento del Piano;

- c) i criteri della Progettazione Strategica;
- d) la programmazione dell'assistenza ospedaliera secondo la logica dipartimentale;
- e) la manovra di contenimento per il triennio 2017-2019;
- f) la programmazione economico Finanziaria e Finanziamento SSR.

Dall'analisi effettuata per elaborare il PTPC 2017-2019 si evidenzia che il contesto esterno non presenta particolari aspetti negativi che possano influenzare in maniera incisiva il livello di rischio corruttivo, anche se si rileva un diffuso senso critico dell'utenza nei confronti della Pubblica Amministrazione e dei suoi operatori.

Le stesse considerazioni si rilevano per il contesto interno, dove non si evidenziano criticità specifiche ed aggiuntive rispetto a quelle tipiche dell'attività svolta.

Il Nucleo prende atto che sarà garantito al RPCT, per lo svolgimento delle funzioni, un adeguato supporto con assegnazione di personale qualificato, nonché un supporto in termini motivazionali sui Direttori/Responsabili delle strutture e sui funzionari, per accrescere sempre di più la consapevolezza e la motivazione delle relative responsabilità, affinché sia data la dovuta collaborazione e la giusta attenzione alla materia, con l'obiettivo da parte di tutti i soggetti interessati di una condivisione della lotta alla Corruzione e delle misure organizzative necessarie.

## **2. Compiti prioritari e le responsabilità del Responsabile della Prevenzione della Corruzione:**

che si caratterizzano per una specifica attività di gestione del rischio di Corruzione che si attua con misure preventive nuove, in coordinamento con quelle esistenti, secondo specifici monitoraggi e un'azione diretta in materia di Prevenzione da parte del responsabile, coadiuvato e affiancato dai Referenti e da tutti i Dirigenti/Responsabili di strutture aziendali, che concorrono, nell'ambito di un'azione sinergica, a determinare misure preventive attraverso una verifica periodica della valutazione connessa ai rischi dei propri uffici/servizi.

**3. Referenti della Prevenzione:** la figura del Referente è quella di un collaboratore del Responsabile Anticorruzione, dotato di poteri di vigilanza e controllo molto ampi, operante in sedi staccate e in enti di particolare complessità, che svolge: attività informativa nei confronti del Responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, ed un costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento.

**4. Responsabilità dei Dirigenti in materia di Anticorruzione:** con recenti modifiche normative è stato innovato il testo dell'articolo 16 del D.lgs. n. 165 del 2001, che disciplina le funzioni dei Dirigenti. Con le nuove norme è stata affiancata l'attività del Responsabile della Prevenzione della Corruzione con l'attività dei Dirigenti, ai quali sono affidati poteri propositivi e di controllo e sono attribuiti obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di Prevenzione della Corruzione, e ciò al fine di consentire al RPCT e all'organo di indirizzo che adotta il PTPCT di definire misure concrete e sostenibili da un punto di vista organizzativo. I Dirigenti, pertanto,

rispondono della mancata attuazione delle misure di Prevenzione della Corruzione, ove il RPCT dimostri di avere effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di avere vigilato sull'osservanza del Piano. Nelle modifiche apportate dal d.lgs. n. 97/2016 risulta evidente l'intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del RPCT nei confronti di tutta la struttura.

**5. Individuazione delle attività a più elevato rischio di corruzione:** articolata in tre fasi di lavoro: mappatura dei processi, valutazione del rischio per ciascun processo, trattamento del rischio. Il censimento dei procedimenti interessati alla valutazione e trattamento del rischio è soggetto a revisione continua, secondo specifica verifica, considerata la natura della materia, le esigenze organizzative, il verificarsi di eventi significativi, l'evoluzione normativa di settore. Le variazioni in questione sono gestite anche in armonia con gli interventi di revisione dell'Atto Aziendale. Pertanto, il documento nella parte recante la mappatura dei processi, l'analisi dei rischi, e il piano di azione per il trattamento del rischio, tiene conto sia delle aree a rischio definite dalla Legge n. 190/2012 sopraelencate, sia di altre aree individuate sulla base della specificità aziendale e che nel PTPC 2016-2018 erano state già implementate.

**6. Il collegamento con il Piano delle Performance:** la Direzione Generale, in accordo con il Nucleo aziendale di valutazione, ha stabilito di prevedere, sia per l'area SPTA che per l'area sanitaria, specifici obiettivi di budget e indicatori inerenti la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione. La valutazione del "potenziale evento corruttivo", per l'anno 2016, è stata effettuata da ciascun Direttore di UOC/UOSD firmatario della scheda budget, attraverso l'elaborazione di almeno due schede, compilate in conformità ai criteri e alla metodologia di cui all'allegato 5) al Piano Nazionale Anticorruzione. Il Direttore di Dipartimento, a sua volta, fra tutte le schede fatte pervenire dai propri Dirigenti, ne ha individuate due, a sintesi dipartimentale, relative ai potenziali eventi corruttivi, che ha ritenuto si possano verificare con un indice di probabilità maggiore nel proprio Dipartimento. Con l'inserimento degli obiettivi gestionali ed operativi assegnati ai vari Direttori/Dirigenti di UU.OO. aziendali, in materia di Prevenzione della Corruzione e di Trasparenza, la Direzione Generale ha evidenziato il proprio diretto coinvolgimento in ordine alle finalità da perseguire nelle suddette materie, rappresentando, in tal modo, la lotta alla Corruzione un l'obiettivo strategico strettamente connesso con la programmazione di performance. Di conseguenza, con la previsione dell'attuazione delle misure indicate nel PTPCT come uno degli elementi di valutazione del Dirigente, si è confermata la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della legalità e Trasparenza della funzionalità amministrativa.

**7. La gestione del rischio:** il processo di gestione del rischio è la fase in cui si individuano le attività e gli uffici maggiormente esposti al rischio di Corruzione; esso precede l'elaborazione del Piano ed è lo strumento utilizzato dall'Azienda per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi. Le fasi principali seguite dall'Azienda sono state le seguenti: analisi del contesto; mappatura dei processi attuati dall'azienda; valutazione del rischio per ciascun processo; analisi del rischio; la ponderazione; il trattamento del rischio; il monitoraggio delle misure.

8. **Le aree di rischio trattate:** in aggiunta alle aree di rischio obbligatorie si sono individuate ulteriori aree, che rispecchiano le specificità funzionali e di contesto della ASL, che scaturiscono dal processo di valutazione del rischio. Pertanto, tutte le aree che sono state prese in considerazione nel Piano sono quelle già riportate al paragrafo 11 del documento. Nel Piano in esame sono stati mappati altri processi di alcune aree già trattate, rivalutati alcuni processi già mappati nonché, come già detto, sono stati inseriti i processi inerenti ai Dipartimenti sanitari.

L'allegato n° 1 del Piano riporta, per ciascuna area di attività, i singoli processi individuati a rischio di Corruzione, nonché le misure specifiche correlate al processo con relativa tempistica.

L'allegato n° 2 del Piano riporta le misure di Prevenzione della Corruzione obbligatorie e specifiche.

#### 9. I compiti dei dipendenti e dei dirigenti.

#### 10. Il codice di comportamento.

11. **La rotazione del personale:** nel corso di validità del Piano, si provvederà, compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle UU.OO., all'adozione dei criteri e direttive interne per applicare la rotazione del personale nelle aree ad alto rischio, salvaguardando, in ogni caso, le specificità professionali in riferimento alle funzioni e la continuità della gestione amministrativa e dei servizi sanitari. In attesa di specifiche indicazioni e /o regolamentazioni che saranno emanate, per individuare e sottoporre a rotazione periodica i profili e le categorie esposte a più elevato rischio di Corruzione, la ASL recepisce dinamicamente i criteri definiti dall'ANAC. I Responsabili di struttura procedono comunque alla rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari, collegati a condotte di natura corruttiva.

#### 12. Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse.

#### 13. Svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali.

#### 14. Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti.

#### 15. Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali.

#### 16. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro.

#### 17. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito.

18. **La Formazione:** nel 2017: saranno programmati ulteriori percorsi di formazione su due livelli: uno di livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, sull'aggiornamento delle competenze e sulle tematiche dell'etica e della legalità; ed uno di livello specifico, rivolto al responsabile della

Prevenzione, ai Referenti, ai Dirigenti e ai Funzionari addetti alle aree a rischio.

**19. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile:** nel corso del 2017, saranno posti in essere interventi ed azioni sul tema dell'integrità nell'ambito dei percorsi già dedicati alla Trasparenza, come le giornate della Trasparenza, i momenti formativi, le informazioni pubblicate sul sito internet. Saranno anche realizzate iniziative aperte agli stakeholder interni ed esterni, con l'attivazione di canali dedicati alla segnalazione dall'esterno di episodi di Corruzione, cattiva amministrazione e conflitto di interessi, anche con il coinvolgimento dell'URP, che rappresenta la prima interfaccia con la cittadinanza.

## B. TRASPARENZA

Il Piano afferma che la Trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la Prevenzione della Corruzione e per l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa, in quanto consente, in particolare, la conoscenza del responsabile per ciascun procedimento amministrativo; più in generale, del responsabile per ciascuna area di attività e, di conseguenza, la responsabilizzazione dei funzionari; la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate; la conoscenza della situazione patrimoniale degli amministratori e dei dirigenti.

In questa sezione sono indicate le iniziative intraprese e da intraprendere da parte dell'Azienda nell'arco triennale di attività. Il documento per sua stessa natura è dinamico e, in quanto tale, soggetto ad eventuali revisioni e/o aggiornamenti.

### Le principali novità

- a) è stata introdotta una nuova forma di **accesso civico (generalizzato)** ai dati e ai documenti pubblici, equivalente a quella che nei sistemi anglosassoni è definito *Freedom of information act* (Foia);
- b) **durata** dell'obbligo di pubblicazione;
- c) nuovo obbligo di pubblicazione relativo alle misure integrative di Prevenzione della Corruzione, ai documenti di programmazione strategico-gestionale e agli atti degli Organismi indipendenti di valutazione;
- d) per i **procedimenti amministrativi**, le modifiche attengono all'obbligo di pubblicare l'ufficio responsabile del procedimento e non più il nome del responsabile del procedimento;
- e) obblighi di pubblicazione concernenti i **tempi di pagamento** dell'amministrazione;
- f) obblighi sulle procedure d'appalto: contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.

Il documento afferma che è necessario il coinvolgimento di quasi tutti i settori dell'azienda, in considerazione di una realtà organizzativa molto settorializzata. L'impegno, quindi, è indirizzato in particolare all'individuazione e alla normalizzazione dei dati da pubblicare, nonché alle procedure di lavoro da seguire. I dati sono completati, aggiornati e pubblicati dai Dirigenti delle UU.OO.

competenti, i quali, sotto la loro responsabilità, provvedono a curarne il continuo monitoraggio per assicurare l'effettivo aggiornamento delle informazioni. L'impegno della ASL, pertanto, è stato e sarà incentrato sulla necessità di implementare la quantità e qualità dei dati pubblicati e da pubblicare, in un'ottica di Accessibilità e Trasparenza rispetto al cittadino-utente, considerato che ci si trova davanti ad una normativa in continua evoluzione che richiede, pertanto, una grande attenzione ed un'attività costante e quotidiana da parte di tutte le strutture aziendali ad essa deputata. I dati e le informazioni pubblicati sono selezionati in ottemperanza alle vigenti prescrizioni di legge in materia di Trasparenza e indicazioni, fornite dall'ANAC con delibera n. 1310 del 28.12.2016, dando, in tal modo, completa attuazione alla disciplina della Trasparenza. I dati sono completati, aggiornati e pubblicati dai Dirigenti delle UU.OO. competenti. Gli obiettivi strategici in materia di Trasparenza posti dagli organi di vertice prevedono che le UU.OO. aziendali, ciascuna per le proprie competenze, si impegnino a raccogliere, elaborare e pubblicare in forma chiara e corretta i dati di diversa natura prescritti dalla legge e provvedono all'implementazione, nella home-page del sito web aziendale, della sezione Amministrazione Trasparente, attraverso la pubblicazione dei dati nelle rispettive sotto-sezioni. Tale azione mira a migliorare indirizzi e comportamenti da parte dell'azienda e di tutto il suo personale, nel rispetto dei valori di legalità e integrità e opera sia sul fronte interno organizzativo - gestionale che sul fronte esterno istituzionale-comunicativo.

- g) Altro adempimento, strumentale per l'attuazione di compiti di trasparenza, è l'utilizzo della **Posta Elettronica Certificata**. Nel Piano sono riportati 45 indirizzi di Posta Elettronica Certificata, di cui sono dotate le UU.OO aziendali;
- h) **i collegamenti con il piano della performance**: la Trasparenza si pone in relazione al ciclo di gestione della Performance, prevedendone la piena conoscibilità delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti. In tal modo i cittadini hanno a disposizione la possibilità di conoscere e valutare in modo oggettivo e semplice l'operato della pubblica amministrazione fornendo, dunque, attraverso la Trasparenza, la massima leggibilità di tali informazioni ai vari stakeholder.
- i) **iniziative di comunicazione della trasparenza**: per la diffusione dei contenuti del programma e dei dati pubblicati. Per questo intrinseco collegamento tra il principio della Trasparenza e la cultura della Legalità, si prevede di promuovere interventi ed azioni mirate sul tema dell'Integrità nell'ambito dei percorsi già dedicati alla Trasparenza, come le giornate della Trasparenza, i momenti formativi, le informazioni pubblicate sul sito internet;
- j) **i referenti per la trasparenza**: i Direttori delle UU.OO. interessate sono stati invitati a nominare la figura del Referente, quale punto di riferimento interno alla U.O., per la raccolta delle informazioni e delle segnalazioni ed il monitoraggio degli adempimenti, incaricato di garantire supporto tecnico-giuridico alle singole aree di appartenenza nella pubblicazione sul sito aziendale del flusso dei dati e delle informazioni richieste dalla normativa e, in particolare, fare da raccordo con il RPCT;
- k) **sistema di monitoraggio e individuazione dei dirigenti responsabili**: si ritiene opportuno e

necessario che le strutture coinvolte, con il supporto dei Referenti nominati, provvedano ad effettuare monitoraggi periodici, con cadenza trimestrale, da trasmettere al Responsabile della Trasparenza, allo scopo di verificare lo stato dell'arte dei propri adempimenti, autovalutando, in tal modo, il proprio operato.

Tale attività di monitoraggio dovrà essere svolta sia da parte dei soggetti interni all'amministrazione che da parte del Nucleo Aziendale di Valutazione (NAV). Il monitoraggio avrà cadenza semestrale e riguarderà il processo di attuazione del Piano attraverso la scansione delle attività, indicando gli scostamenti dal Piano originario. Queste attività daranno origine ad un report di monitoraggio che sarà trasmesso anche al NAV;

- 1)  **misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico generalizzato:** si è provveduto ad adottare le misure per assicurare l'efficacia di tale istituto, pubblicando nella sezione Amministrazione Trasparente, tutte le informazioni relative alle modalità di esercizio del diritto in questione, corredato di apposito modulo di richiesta.

## **PIANO DELLE PERFORMANCE 2017**

Il Nucleo prende atto che con deliberazione n. 60 del 30 gennaio 2017, il Direttore Generale dell'Azienda ha adottato il Piano Triennale delle Performance 2017-2019 e ha dato mandato all'UOC "Programmazione strategica e sistemi di performance" di avviare il ciclo delle performance e processo di budget per l'anno 2017. Per questo argomento assiste ai lavori il Dott. Paolo Mascitti.

Il Piano risulta elaborato sulla base delle prescrizioni e degli indirizzi forniti dalla CIVIT con deliberazione n. 112 del 28 ottobre 2010 e in attuazione della deliberazione della Giunta Regionale dell'Abruzzo n. 1023 del 10 dicembre 2015, con la quale sono stati assegnati gli obiettivi di mandato al Direttore Generale. Il documento in esame dà attuazione, anche, alla deliberazione del Direttore Generale n. 1394 del 30 novembre 2016 - avente ad oggetto "Adozione ed approvazione degli strumenti di programmazione 2017-2019: Piano strategico, Bilancio 2017-2019 e Piano programmatico di esercizio 2017"- e al "Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2017-2019".

Secondo quanto previsto dall'art.10, comma 1 del DLgs. 150/09, il Piano contiene:

- la descrizione delle caratteristiche dell'Azienda, ossia quegli elementi che consentono di identificare "chi è" (mandato istituzionale e missione), "cosa fa" (declinazione della missione e del mandato in aree strategiche, obiettivi strategici ed operativi); "come opera" (descrizione dell'organizzazione);
- l'analisi del contesto interno ed esterno all'Azienda;
- il processo seguito per la redazione del Piano e la descrizione delle azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle *performance*;
- gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi, che costituiscono il punto di riferimento per la

- contrattazione e definizione delle schede di budget specifiche per le unità operative aziendali;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'amministrazione, che rappresentano gli strumenti di miglioramento, di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale e i percorsi di miglioramento continuo delle performance;
- i criteri adottati per le attività di monitoraggio e di valutazione e il grado di performance che l'azienda intende conseguire.

Principale finalità del Piano della Performance è quella di rappresentare e di rendere pubblico l'insieme dei documenti di pianificazione e di programmazione strategica ed operativa previsti dalla normativa nazionale e regionale. Altra finalità del piano è quella di assicurare la comprensibilità e l'attendibilità della rappresentazione della performance. Infine, l'Azienda intende favorire un'effettiva assunzione di responsabilità dei risultati raggiunti, individuando e valorizzando le attese dei portatori di interesse e implementando i meccanismi di comunicazione interna ed esterna.

Il documento descrive la catena degli obiettivi, partendo da quelli strategici – con le relative fonti – indicando gli obiettivi prioritari, distinti in obiettivi di carattere economico-finanziario e strumentali e obiettivi di salute. Si sofferma poi sugli obiettivi della programmazione, con riferimento sia ai provvedimenti nazionali -D.M. n. 70/2015- sia a quelli regionali -DCA N 55/2016 del 10 giugno 2016, Piano di riqualificazione del Servizio sanitario regionale 2016-2018; DCA n. 79/2016 del 21 luglio 2016 - Riordino della rete ospedaliera; DGR n. 741/2016 del 15 novembre 2016-Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione 2017/2019 e, infine, il Piano strategico aziendale di cui alla deliberazione n. 1394 del 10 novembre 2016.

Uno specifico capitolo descrive il processo e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance, soffermandosi sulle fasi, i soggetti e i tempi del processo di redazione del Piano e sulla coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio. Si illustra, poi, l'albero della performance e si rappresenta il coordinamento e l'integrazione tra gli ambiti relativi alla Trasparenza, all'Integrità e all'Anticorruzione nonché le azioni di miglioramento del ciclo della performance. In particolare, l'albero della performance è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano gli obiettivi operativi, le azioni e le risorse). Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica e integrata della performance dell'azienda. Il documento descrive le fasi attraverso le quali è stato articolato il processo che ha portato alla costruzione dell'albero della performance. Partendo da esso, si procederà all'individuazione e descrizione degli obiettivi da assegnare alle singole unità operative aziendali. Le dimensioni presidiate sono: appropriatezza clinica, appropriatezza organizzativa; efficienza dei processi.

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

- interventi sulla struttura organizzativa e sull'assetto funzionale dei servizi, a loro volta articolati in progetti specifici;

- interventi tesi ad un recupero di fiducia dell'utenza, a loro volta articolati 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'utente e allo sviluppo di una rete integrata di risposte ai bisogni della popolazione;
- interventi di integrazione sociosanitaria.

Nella rappresentazione grafica dell'albero, le aree strategiche sono rappresentate da aree di intervento, che tendono a superare le criticità con meccanismi di sviluppo della qualità e dell'integrazione e sono articolate secondo il criterio degli *outcome* attesi, al fine di rendere immediatamente intelligibile ai portatori di interesse la finalizzazione dell'attività dell'Azienda rispetto ai loro bisogni e aspettative.

Le aree strategiche sono: Prevenzione; Governo clinico, Qualità e sicurezza delle cure; Governo strategico, economico, organizzativo e performance; Trasparenza e prevenzione della corruzione.

Il Piano si chiude con la descrizione dei meccanismi di misurazione e valutazione della performance, specificando l'impatto del processo di budget sul comportamento e sulla performance dei dipendenti nonché il sistema di valutazione del personale. L'ultimo capitolo introduce gli indicatori di esito sulla base del lavoro svolto dall'Agenzia nazionale di servizi sanitari, che ha implementato il Piano Nazionale Esiti, che sviluppa nel Servizio sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari. Sono indicati gli obiettivi principali del piano nazionale esiti, le cui valutazioni riguardano le funzioni di produzione e le funzioni di tutela e committenza. L'Azienda prenderà in considerazione alcuni degli indicatori del Piano Nazionale Esiti, integrandoli con gli obiettivi previsti nell'area strategica del "*Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure*" dell'albero della performance.

Sono allegate al Piano le schede tecniche relative alle singole aree strategiche, nelle quali in corrispondenza degli *outcome* attesi – intesi quali "*bisogni maggiormente rilevanti e obiettivi-indicatori di performance aziendali*" – sono riportati i dati aziendali, la valutazione critica, l'obiettivo di performance, le azioni, gli indicatori, i target e infine le unità operative coinvolte.

Il Nucleo dà atto che negli obiettivi di performance e nelle azioni previste nell'area della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione sono coinvolte tutte le Unità operative aziendali.

In ogni caso, il Nucleo formula una forte raccomandazione alla Direzione Strategica affinché nella costruzione delle schede di budget siano individuati per le singole UU.OO. coinvolte obiettivi, azioni, risultati e indicatori (coerenti e misurabili) riferibili agli obiettivi strategici con particolare riferimento a quelli di mandato del Direttore Generale e a quelli previsti nell'area della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione.

VALUTAZIONE 2015

...omissis...

---

...omissis...

Letto, firmato e sottoscritto

F.to Filippo Basso \_\_\_\_\_

F.to Adele Rulli \_\_\_\_\_

F.to Antonio Giulio de Belvis \_\_\_\_\_

F.to L'assistente Paola Zappacosta \_\_\_\_\_