



REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
Via Dei Vestini s.n.c. – 66100 Chieti
C.F. e P. Iva 02307130696

DELIBERAZIONE
DEL
DIRETTORE GENERALE

N. 951 DEL 30 GIU. 2022
DELIBERA IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA

Oggetto: Piano integrato di attività e organizzazione 2022-2024- Adozione.

IL DIRETTORE GENERALE

Thomas Schael, nominato con delibera della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 543 del 11 Settembre 2019 ai sensi del vigente Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche ed integrazioni;

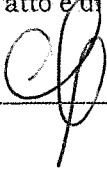
VISTA l'allegata proposta di deliberazione di pari oggetto del Dirigente Responsabile della U.O.S.D. Sistema Informazione, Comunicazione e Marketing, anche in qualità di Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza, datata 30/06/2022;

DATO ATTO dell'attestazione di regolarità e legittimità dell'atto da parte del Dirigente della predetta Unità Operativa, come acquisita in calce alla proposta medesima;

ACQUISITI i pareri espressi ed attestati in calce dal Direttore Amministrativo Aziendale e dal Direttore Sanitario Aziendale per quanto di rispettiva competenza;


DELIBERA

di fare integralmente propria la menzionata proposta di deliberazione, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto e di disporre in conformità della stessa.

Parere favorevole _____  **Il Direttore Amministrativo Aziendale**
(Giovanni Stroppa)

Parere favorevole _____  **Il Direttore Sanitario Aziendale**
(Angelo Muraglia)

IL DIRETTORE GENERALE

(Thomas Schael)




REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO–VASTO–CHIETI
Via Dei Vestini s.n.c. – 66100 Chieti
C.F. e P. Iva 02307130696

Proposta di deliberazione
per il
Direttore Generale

Oggetto: Piano integrato di attività e organizzazione 2022-2024 - Adozione.

Il Dirigente Responsabile della UOSD Sistema Informazione Comunicazione e Marketing, Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza, previa istruttoria e attestazione di legittimità e regolarità tecnica del provvedimento,

Premesso che il decreto legge del 9 giugno 2021 n. 80, convertito in legge 6 agosto 2021, n. 113, all'articolo 6, ha introdotto il "Piano integrato di attività e organizzazione", che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, tra cui le Aziende Sanitarie Locali, dovranno adottare entro il 31 gennaio di ogni anno nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190;

Evidenziato che il comma 2 dell'articolo 6 del D.L. 80/2021 precisa che il PIAO *"ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:*

a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;

b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;

c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, 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, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;

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

e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività



inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;

f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;

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

Preso atto che la nuova disciplina, introdotta tra le misure di riforma della pubblica amministrazione per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ha inteso unificare, racchiudendoli in un unico documento, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni (il piano triennale dei fabbisogni, il piano della performance, il piano di prevenzione della corruzione ed il piano organizzativo del lavoro agile), in un'ottica di massima semplificazione;

Considerato che il suddetto Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato PIAO, si configura quale strumento per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso, per creare e proteggere il Valore pubblico, ovvero il livello di benessere di cittadini, imprese e stakeholder;

Considerato che il D.L. n. 228 del 30.12.2021 ha differito il termine del 31 gennaio fissato dal D.L. 80/2021 per l'adozione del PIAO da parte delle pubbliche amministrazioni, in sede di prima applicazione, al 30.04.2022 e ha stabilito che fino al predetto termine non si applicano le sanzioni previste dalle seguenti disposizioni:

- a) articolo 10, comma 5, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150;
- b) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n.124;
- c) articolo 6, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165;

Dato atto che il predetto termine è stato successivamente prorogato al 30 giugno 2022, come disposto dall'articolo 7 comma 1 lettera a) del decreto -legge 30 aprile 2022, n. 36, convertito in legge 29 giugno 2022, n. 79;

Considerato altresì che, l'articolo 7 comma 1 lettera a) del decreto -legge 30 aprile 2022, n. 36, ha apportato anche delle integrazioni al decreto legge n. 80/2021 ed in particolare ha introdotto il comma 7 bis all'articolo 6 dello stesso che recita: *"Le Regioni, per quanto riguarda le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al presente articolo e ai contenuti del Piano tipo definiti con il decreto di cui al comma 6"*;

Dato atto che il suddetto Piano tipo, da adottarsi con decreto del Ministro della pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata, ai sensi del comma 6 dell'articolo 6 del D.L. 80/2021 e s.m.i., non è stato ancora emanato;

Atteso che l'Azienda, nelle more dell'adozione delle suddette disposizioni attuative dell'articolo 6 del D.L. 80/2021 aveva già adottato i seguenti atti di pianificazione, che qui si intendono integralmente richiamati:

- Piano Triennale della Performance 2022-2024, adottato con deliberazione n. 116 del 28/01/2022;
- Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2022-2024, adottato con deliberazione n. 569 del 27/04/2022;
- Linee generali di programmazione annuale delle attività formative e dello sviluppo delle competenze anno 2022, adottate con deliberazione n.125 del 01/02/2022;
- Piano strategico ICT 2021/2023, adottato con deliberazione n. 938 del 09/09/2021;



Tenuto conto inoltre che l'Azienda ha adottato con deliberazione n. 1272 del 30/11/2021 gli strumenti di programmazione strategica ed operativa 2022-2024 previsti dalla normativa nazionale e regionale e dal ciclo della programmazione aziendale elaborati in conformità a quanto previsto dal decreto legislativo 118/2011, s.m.i., dalla L.R. n.146/ 1996 e s.m.i., dai principi contabili O.I.C. e alle indicazioni fornite dalla Regione Abruzzo con le linee guida approvate con Delibera di Giunta Regionale n.728/2019;

Considerato inoltre che tra gli atti assorbiti nel PIAO trovano apposita corrispondente sezione dello stesso:

- il Piano organizzativo del lavoro agile (ex art. 14, c. 1, della l. 124/2015);
- il Piano dei fabbisogni (ex art. 6, commi 1, 4, 6 del d.lgs. 165/2001);

la cui redazione, a cura della UOC Amministrazione e sviluppo risorse umane, è al momento in corso di istruttoria e, una volta definita, informate le OO.SS. di categoria, si provvederà ad adottarli, disponendo l'integrazione del presente PIAO;

Preso atto, inoltre, del Vademecum esemplificativo approvato dal Consiglio dall'Autorità Nazionale Anticorruzione in data 2 febbraio 2022, al fine di uniformare per le pubbliche amministrazioni il recepimento del quadro normativo di riferimento per la stesura del Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, valido sia per la predisposizione del PTPCT sia della sezione del PIAO dedicata alle misure di prevenzione della corruzione;

Considerato che il PIAO ha valenza programmatica e tutte le previsioni ivi contenute potranno essere oggetto di aggiornamento o revisione, in quanto possono essere gradualmente modificati, integrati e migliorati i processi sottesi;

Precisato che, secondo le disposizioni attuative del D.L. 80/2021, in via di adozione, e in osservanza alle indicazioni che saranno fornite anche dalla Regione Abruzzo, i contenuti del presente PIAO saranno integrati e adeguati;

Ritenuto opportuno procedere alla adozione entro i termini, differiti al 30 giugno 2022 in sede di prima applicazione, del Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'Azienda Sanitaria 02 Lanciano Vasto Chieti 2022-2024, secondo quanto previsto nel documento allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, composto di quattro sezioni elaborate in collaborazione con le UOC Programmazione e Controllo di Gestione e Amministrazione e Sviluppo risorse umane, ciascuno per quanto di competenza;

Visto l'art. 6 comma 4 il Decreto Legge 9 giugno 2021 n° 80, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021 n° 113 che, prevede che le pubbliche amministrazioni pubblicano il Piano e i relativi aggiornamenti nel proprio sito internet istituzionale e li inviano al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo portale;

PROPONE DI DELIBERARE QUANTO SEGUE:

per tutti i motivi esplicitati in narrativa e che debbono intendersi per integralmente riportati e trascritti nel presente dispositivo,

di adottare il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) 2022-2024, costituito da un unico documento ripartito in quattro sezioni, che si allega al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

di precisare che la ulteriore documentazione indicata come "allegato" si considera parte integrante del PIAO sebbene disponibile, per motivi tecnici, in singoli atti/file esterni;



di riservare l'integrazione del presente PIAO con apposite sezioni corrispondenti a:

- Piano organizzativo del lavoro agile (ex art. 14, c. 1, della l. 124/2015);
- Piano dei fabbisogni (ex art. 6, commi 1, 4, 6 del d.lgs. 165/2001);

la cui redazione allo stato è in corso di istruttoria;

di procedere, in funzione dell'evoluzione del quadro normativo e delle indicazioni operative che saranno fornite anche dalla Regione Abruzzo, all'aggiornamento del Piano integrato di attività e organizzazione 2022-2024 in quanto provvedimento suscettibile di integrazioni e modificazioni che nel tempo dovessero rendersi necessarie ed opportune;

di disporre:

- l'applicazione del sopracitato provvedimento a tutte le strutture coinvolte, trasmettendone copia alle UU.OO. Aziendali, per l'espletamento dei compiti e degli adempimenti previsti a loro carico e con le modalità stabilite;
- la pubblicazione del presente provvedimento e dell'allegato Piano sul sito istituzionale della ASL nella sezione "Amministrazione Trasparente", presente nella home-page, al fine di dare al PIAO la massima diffusione, nonché la sua trasmissione, in qualsiasi forma utile, a tutto il personale dipendente e alle OO.SS.;
- l'invio al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo portale;

di dichiarare la presente deliberazione immediatamente esecutiva, stante l'imminente scadenza prevista *ex lege* per l'adozione del PIAO;

di trasmettere copia del presente atto con l'allegato Piano alla UOC Affari Generali, Gestione documentale e Convenzioni perché ne curi la pubblicazione sull'Albo Pretorio on-line di questa ASL, a tutte le UU.OO dell'area Medico-Veterinaria, Sanitaria, Amministrativa, Tecnica e Professionale aziendali, ai Responsabili delle strutture di Staff, ai Direttori di Presidio, ai Direttori delle Aree distrettuali, al Dipartimento di Prevenzione, ai Dipartimenti Sanitari, al RPCT aziendale, all'Organismo Indipendente di Valutazione, al Collegio Sindacale, nonché alla Direzione Sanità della Regione Abruzzo.

La presente deliberazione consta di n. 7 pagine e di 1 allegato.

L'Istruttore

(Barbara Pantaleone)

Data__30/06/2022

Firma

Il Dirigente Responsabile dell'U.O. proponente
che attesta la legittimità e la regolarità dell'atto
in qualità di RPCT e Dirigente
Responsabile UOSD SICM

(Giustiantonia Chieffo)

Data__30/06/2022

Firma



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Via dei Vestini snc - 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

Della sujestesa deliberazione viene iniziata
la pubblicazione il giorno

30 GIU. 2022

con prot. n. **39.778** =

all'Albo della ASL per rimanere ivi affissa
per 15 giorni consecutivi ai sensi della
L. n. 267/2000 e della L.R. n. 28/1992.

o La sujestesa deliberazione
diverrà esecutiva a far data dal
decimo giorno successivo alla
pubblicazione.

La sujestesa deliberazione è stata
dichiarata "immediatamente
eseguibile".

Il Funzionario preposto

SCHEDA CONTABILE DDG

PRIMA PARTE (a cura della UOC proponente*)

Il costo/investimento di cui al presente atto è già previsto all'interno della programmazione approvata con Deliberazione n. _____ del _____

costo/investimento disposto col presente atto (iva inclusa)	Aliquota IVA	conto di COGE di imputazione	conto di COGE di previsione	Importo eccedente la programmazione approvata	Codice fonte di finanziamento	Descrizione fonte di finanziamento
Il presente documento non comporta spese						

Data _____

SECONDA PARTE (A CURA DELLA UO BILANCIO**)

Si attesta, previa verifica, che il costo derivante dal presente atto TROVA capienza all'interno del budget assegnato sul C.E. del bilancio_____ (indicare anno), come da tabella che precede.

Si attesta, previa verifica, che il costo derivante dal presente atto NON TROVA capienza all'interno del budget assegnato sul C.E. del bilancio_____ (indicare anno). Si riporta di seguito l'imputazione corretta qualora l'atto venisse comunque proposto e approvato.

costo/investimento disposto col presente atto (iva inclusa)	Aliquota IVA	conto di COGE di imputazione	conto di COGE di previsione	Importo eccedente la programmazione approvata	Codice fonte di finanziamento	Descrizione fonte di finanziamento

Il Dirigente della U.O.C. Contabilità e Bilancio _____

REGIONE ABRUZZO
ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI



PIANO INTEGRATO

DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

2022-2024

(Art. 6 del decreto legge n. 80/2021 convertito in legge 6 agosto 2021, n. 113)

	S.S.N. REGIONE ABRUZZO ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI	Rev. 0 29/06/2022	Pag. 1/68
	Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022 - 2024	Art. 6 del decreto legge n. 80/2021 convertito in legge 6 agosto 2021, n. 113	

SOMMARIO

PREMESSA E SCOPO	4
SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	4
1.1 CHI SIAMO.....	4
1.2 COSA FACCIAMO	5
1.3 COME OPERIAMO	6
1.4 L'AZIENDA IN CIFRE	6
SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	10
2.1 VALORE PUBBLICO	10
2.2 ACCESSIBILITÀ DIGITALE	12
2.3 SEMPLIFICAZIONE E REINGEGNARIZZAZIONE.....	13
2.3.1 IL NUOVO SISTEMA DI GESTIONE DOCUMENTALE	13
2.3.2 PIANO DI MIGLIORAMENTO relativo ai risultati della rilevazione della Qualità Percepita – Customer Satisfaction	14
2.3.3 PROCEDURE AMMINISTRATIVO CONTABILI	15
2.4 AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE	15
2.5 PERFORMANCE	17
Gli obiettivi strategici	17
Gli obiettivi di programmazione regionale	19
Gli obiettivi di performance organizzativa.....	19
Il processo e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione della Performance	22
Misurazione e valutazione della performance	26

L'impatto del processo di budget sul comportamento e sulla performance dei dipendenti.....	28
Il sistema di valutazione del personale.....	28
Il processo di misurazione.....	30
Indicatori di esito	32
Conclusioni.....	33
2.6 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	33
OBIETTIVI STRATEGICI.....	33
ANALISI DEL CONTESTO	34
IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE	43
LA GESTIONE DEL RISCHIO	44
Il monitoraggio delle misure	51
CODICE DI COMPORTAMENTO	52
ROTAZIONE DEL PERSONALE	52
OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSE	53
SVOLGIMENTO DI INCARICHI D'UFFICIO – ATTIVITA' ED INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI.....	54
INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ EX D.LGS. 39/2013.....	54
ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO	55
FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI E CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	56
TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO	57
LA FORMAZIONE IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE.....	59
PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI	60
MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI PER LA CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI	61
SOCIETÀ PARTECIPATA	61
TRASPARENZA.....	61
SEZIONE 3 -ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	65
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	65
3.2 Pari opportunità e bilancio di genere	67

3.3 FORMAZIONE 67

SEZIONE 4 -MONITORAGGIO 68

ALLEGATI 68

PREMESSA E SCOPO

Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), introdotto tra le misure di riforma della pubblica amministrazione per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)¹, è adottato dalle pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti entro il 31 gennaio di ogni anno. In sede di prima attuazione il termine è stato prorogato al 30 giugno 2022².

Il PIAO si configura quale strumento per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese; inoltre, tende alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi per creare e proteggere il Valore pubblico, ovvero il livello di benessere di cittadini, imprese e *stakeholder* vari.

SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 CHI SIAMO

L'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti istituita con delibera n. 796 del 28.12.2009, in applicazione della Legge Regionale n. 5 del 10.03.2008, è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi delle disposizioni legislative regionali d'istituzione del Servizio Sanitario Regionale.

Sono organi dell'Azienda: il Direttore Generale, il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale. Il Direttore Generale è coadiuvato nell'esercizio delle proprie funzioni dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

La sede legale è a Chieti in via dei Vestini, snc.

Il sito internet istituzionale è il seguente: www.asl2abruzzo.it

Il logo aziendale ufficiale è quello di seguito raffigurato:



¹ Articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito in legge 6 agosto 2021, n. 113

² Articolo 7 comma 1 lettera a) del decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36

1.2 COSA FACCIAMO

L'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e, specificatamente, del Sistema Sanitario della Regione Abruzzo. In tale ambito si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

L'Azienda svolge la funzione di erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ovvero si avvale di soggetti accreditati. Nell'espletamento della primaria funzione pubblica di tutela della salute, nel rispetto di libera scelta del cittadino, l'Azienda si impegna a creare le condizioni di effettiva equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi per tutti gli utenti, esercitando funzioni di controllo e verifica sulle prestazioni offerte e monitorandone la qualità e l'appropriatezza. In particolare, l'operato dell'Azienda è focalizzato sulla riorganizzazione dell'offerta sanitaria e sul rispetto dell'equilibrio economico-finanziario.

Tale azione si concretizza attraverso:

- l'impegno costante nella realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali che, attraverso un rafforzamento dei servizi sul territorio e una riqualificazione dell'offerta ospedaliera, sia in grado di fornire risposte appropriate ai bisogni di salute e di qualità della vita espressi;
- il ricorso a modelli di erogazione dei servizi basati sulla:
 - presa in carico dei nostri utenti;
 - medicina di iniziativa;
 - umanizzazione;
 - multidisciplinarietà;
 - eccellenza professionale e organizzativa.

La riorganizzazione e la qualificazione ospedaliera saranno perseguite attraverso:

- il contenimento delle liste d'attesa delle prestazioni ambulatoriali, la riduzione della mobilità passiva, l'ottimizzazione dei consumi di beni sanitari e il miglioramento di alcuni indicatori di attività ospedaliera (degenza media, peso medio dei DRG, etc.);
- il miglioramento della qualità delle prestazioni (*clinical competence*) e la scelta di professionisti migliori.

La riorganizzazione e il potenziamento del territorio saranno attuate con il consolidamento dell'assistenza territoriale e l'incremento dell'assistenza residenziale e semiresidenziale domiciliare.

1.3 COME OPERIAMO

L'assetto organizzativo dell'Azienda si articola in diverse macrofunzioni: funzione di governo e correlata funzione di staff, funzione di produzione dei servizi sanitari (insieme di attività finalizzate all'erogazione diretta di servizi e prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, effettuata nei diversi regimi consentiti, incluse le attività svolte in regime libero-professionale intramurario), funzioni tecnica e amministrativa.

L'Azienda adotta le metodologie e gli strumenti del governo clinico ed integra le stesse con quelli del governo economico al fine di perseguire l'appropriatezza delle risposte clinico-assistenziali, il miglioramento della qualità dei servizi, l'efficacia degli interventi unitamente al miglioramento dell'efficienza e al contenimento dei costi. Ne deriva una stretta relazione tra le due dimensioni del governo aziendale, quella clinica e quella economica, anche rispetto al sistema e all'articolazione delle responsabilità a tutti i livelli dell'assetto organizzativo.

L'Azienda, per orientare le proprie azioni, si configura come organizzazione che:

- implementa 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;
- rafforza il processo di aziendalizzazione;
- mira alla riconversione e alla riqualificazione dell'offerta verso livelli di assistenza più appropriati;
- realizza 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 di carattere non solo economica, possono incentivare il raggiungimento degli obiettivi da parte delle strutture organizzative, di gruppi multidisciplinari e di ciascun operatore.

La ASL Lanciano-Vasto-Chieti mira ad operare attraverso un sistema aperto, attento e sensibile al cambiamento in atto nel contesto sociale, economico ed epidemiologico che sottende la formazione della domanda di salute in generale.

1.4 L'AZIENDA IN CIFRE

Il territorio della ASL Lanciano Vasto Chieti coincide con quello della Provincia di Chieti. Si estende per 2.588,35 Km² e comprende 104 comuni, di cui 9 costieri, 33 pedemontani e 62 montani. Nel territorio della Asl Lanciano-Vasto-Chieti sono residenti 375.215 abitanti (dati Istat al 1° gennaio 2021), per una densità abitativa media di 144 ab./km².

La ASL Lanciano Vasto Chieti, è organizzata in Dipartimenti, Unità operative complesse, semplici, semplici dipartimentali e in Distretti come previsto nel modello organizzativo definito nell'atto aziendale adottato con deliberazione n. 322 del 14/3/2018³.

Popolazione residente nella ASL 2 per Aree Distrettuali e genere (Istat al 1° gennaio 2021)

Aree Distrettuali	Femmine	Maschi	Totale complessivo
Area distrettuale 1	87.121	81.916	169.037
Area distrettuale 2	55.183	52.833	108.016
Area distrettuale 3	50.049	48.113	98.162
Totale Asl 02	192.353	182.862	375.215

COLLOCAZIONE PUNTI DI EROGAZIONE



³ con la deliberazione n. 322/2018 sono state recepite le indicazioni di cui alla DGR Abruzzo n. 51 del 02 febbraio 2018, avente ad oggetto la presa d'atto del parere di conformità della deliberazione n. 1200 del 03/11/2017 ai sensi della DGR Abruzzo n. 402 del 21 luglio 2017 di modifica ed integrazione alla DGR Abruzzo n. 78 del 28 febbraio 2017

PRESIDI OSPEDALIERI

I presidi ospedalieri sono i seguenti: P.O. clinicizzato "SS. Annunziata" di Chieti, a cui afferisce lo Stabilimento Ospedaliero "Bernabeo" di Ortona, P.O. "F. Renzetti" di Lanciano, P.O. "San Pio" di Vasto, P.O. "San Camillo" di Atesa classificato quale Presidio Ospedaliero in zona disagiata (DGR n. 824 del 25/10/2018).

L'assistenza ospedaliera segue una logica dipartimentale secondo il modello individuato dal D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i., con criteri di aggregazione di unità operative che siano:

- omogenee sotto il profilo delle attività svolte o risorse impiegate;
- interdisciplinari, semplici e/o complesse, basate sulla condivisione di procedure e percorsi terapeutici assistenziali.

La riorganizzazione dipartimentale trova motivazione non solo nel vantaggio organizzativo e di conseguenza economico, ma in un miglioramento complessivo di tutto il sistema basato sulla centralità del paziente all'interno dell'organizzazione e sulla valorizzazione di tutte le competenze professionali finalizzate al perseguimento dei comuni obiettivi di salute.

ATTIVITÀ DISTRETTUALI

La Asl Lanciano Vasto Chieti si articola in tre aree distrettuali, di seguito indicate, strutturate in sette distretti con relativi punti di erogazione:

Area distrettuale 1:

- distretto di Chieti (comprendente la sede erogativa di Bucchianico);
- distretto di Francavilla al Mare (comprendente la sede erogativa di Miglianico e San Giovanni Teatino);
- distretto di Ortona (comprendente le sedi erogative di Orsogna e di Tollo).

Area distrettuale 2:

- distretto di Lanciano (comprendente la sede erogativa di Fossacesia);
- distretto di Villa Santa Maria (comprendente le sedi erogative di Lama dei Peligni e di Torricella Peligna).

Area distrettuale 3:

- distretto di Vasto (comprendente la sede erogativa di Casalbordino);
- distretto di San Salvo (comprendente la sede erogativa di Castiglione Messer Marino).

INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

La riorganizzazione della rete ospedaliera comprende una concentrazione crescente di tecnologie, complessità e intensità di cure, che di fatto deve avere forti relazioni con le strutture territoriali, 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 di quello organizzativo.

PRESIDI TERRITORIALI DI ASSISTENZA

Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) si configura come “struttura a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale e multidisciplinare orientata, in particolare, alla presa in carico delle condizioni di fragilità e di complessità assistenziale collegate alla cronicità e alla risoluzione di problematiche acute che non necessitano di degenza ospedaliera.

Sul territorio della Asl Lanciano Vasto Chieti insistono tre PTA nei comuni di:

- Casoli;
- Gissi;
- Guardiagrele.

OSPEDALE DI COMUNITÀ

L’Ospedale di Comunità è una struttura residenziale territoriale istituita all’interno del PTA, di ricovero breve per pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità di cura, che si colloca fra il ricovero ospedaliero e le cure domiciliari, in uno stretto rapporto di collaborazione funzionale con i medici di medicina generale (MMG), al fine di costruire una rete di servizi sanitari extra ospedalieri.

Nel territorio della Asl Lanciano-Vasto-Chieti tali strutture sono previste nei PTA di Casoli, Gissi e Guardiagrele con una dotazione di n. 20 posti letto ciascuno.

I DIPARTIMENTI DELL’AREA TECNICO-AMMINISTRATIVA

I Dipartimenti dell’area tecnico-amministrativa forniscono all’Azienda servizi strumentali e di supporto alle attività di produzione, esercitando le funzioni attribuite nel rispetto della logica del “cliente interno” e ricercando la massima integrazione con tutte le altre attività aziendali, favorendo l’efficienza e assicurando la qualità degli aspetti organizzativi e logistici di natura tecnica ed amministrativa. Essi sono distinti in:

- Dipartimento Tecnico;
- Dipartimento Amministrativo.

2.1 VALORE PUBBLICO

Tenuto conto dell'attuale assetto organizzativo aziendale e regionale, della dotazione di risorse e del contesto demografico ed epidemiologico della popolazione della provincia di Chieti, l'Azienda ha elaborato i documenti di pianificazione e programmazione strategica ed operativa previsti dalla normativa nazionale e regionale e dal ciclo della programmazione aziendale⁴.

L'evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico, lo sviluppo tecnologico degli ultimi decenni ed il forte impatto della pandemia da Sars-CoV 2 hanno evidenziato la necessità di ripensare il sistema territoriale che sconta da anni fabbisogni di risorse.

Il PNRR con la Missione 6 articolata nelle componenti:

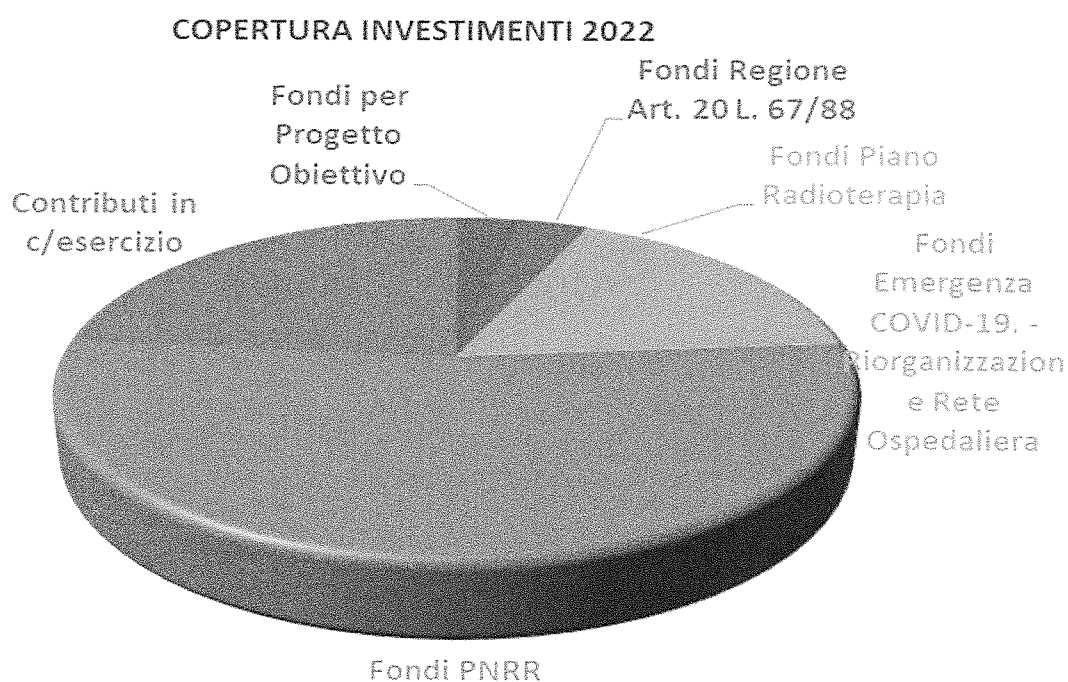
- M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
- M6C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

consente ad oggi di riorganizzare, tra l'altro, l'intero sistema di assistenza territoriale da un lato e di programmare interventi di ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero dall'altro.

Al fine di ridefinire efficacemente le reti ospedaliera e territoriale in conformità agli indirizzi regionali, risulta necessario e inderogabile effettuare investimenti in infrastrutture moderne e dotate di un parco tecnologico appropriato. Gli investimenti totali programmati per l'anno 2022 ammontano a circa €/mln 42 finanziabili, per oltre la metà, dal PNRR, come evidenziato nella tabella e nel grafico che seguono.

⁴ Gli strumenti di programmazione 2022-2024 della ASL 02 Lanciano Vasto Chieti (deliberazione n. 1272 del 30/11/2021) sono stati elaborati in conformità a quanto previsto dal Decreto legislativo 118/2011, s.m.i., dalla L.R. n.146/ 1996 e s.m.i., dai principi contabili O.I.C. e alle indicazioni fornite dalla Regione Abruzzo con le linee guida approvate con Delibera di Giunta Regionale n.728/2019.

Fonti di Finanziamento	Attrezzature ed Elettromedicali - (Ingegneria Clinica)	Lavori - (Investimenti Patrimonio e Manutenzione)	Attrezzature Informatiche e software (Informatica e Reti)	Mobili e Arredi e Autoambulanze (Acquisizione Beni e Servizi)	TOTALE	%
Fondi per Progetti Obiettivo	€ 332.472,86	€ 898.630,10			€ 1.231.102,96	2,92%
Fondi Regione art. 20 l. 67/88		€ 1.468.233,98			€ 1.468.233,98	3,48%
Fondi Piano Radioterapia 2017	€ 2.138.500,00				€ 2.138.500,00	5,07%
Fondi Emergenza Covid - 19 riorganizzazione rete ospedaliera	€ 2.602.368,95	€ 2.516.755,04			€ 5.119.123,99	12,14%
Fondi PNRR	€ 7.691.100,00	€ 10.915.778,67	€ 3.699.825,00		€ 22.306.703,67	52,89%
Contributi c/esercizio	€ 3.182.337,60	€ 4.959.233,82	€ 1.626.500,00	€ 143.728,58	€ 9.911.800,00	23,50%
TOTALE INVESTIMENTI	€ 15.946.779,41	€ 20.758.631,61	€ 5.326.325,00	€ 143.728,58	€ 42.175.464,60	100,00%



Tra i principali interventi che trovano copertura nei fondi PNRR si evidenziano l'attivazione delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali. Sono altresì finanziabili con tale fondo gli interventi di miglioramento sismico dei corpi A, B e C del P.O. di Chieti. Inoltre, nell'ambito dell'intervento di ammodernamento tecnologico, sono stati predisposti progetti per il completamento dell'introduzione dei sistemi di cartella clinica elettronica, del sistema informatico regionale a supporto della telemedicina, del portale regionale per l'accesso alle proprie informazioni clinico-sanitarie e ai servizi sanitari di cui può usufruire il paziente, oltre che per l'evoluzione dei sistemi gestionali.

Per quanto attiene i principali interventi strutturali, sono stati programmati inoltre:

- la messa a norma e l'adeguamento dei Laboratorio Analisi, Centro Trasfusionale e Anatomia Patologica nelle more della realizzazione del corpo P nel P.O. di Chieti che accoglierà Laboratorio Analisi, Centro Trasfusionale, Anatomia Patologica, Medicina Nucleare oltre che le 2 RMN;
- l'ampliamento del centro di Radioterapia del P.O. di Chieti con un ulteriore bunker accessoriato di acceleratore lineare per soddisfare il fabbisogno degli utenti e migliorare la mobilità passiva;
- la reingegnerizzazione del P.O. di Chieti
- la ristrutturazione dei reparti di dialisi di Vasto, Atesa e Guardiagrele

Altre principali linee di intervento programmate per il triennio 2022/2024, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio riguardano:

- il potenziamento del territorio per la gestione della cronicità dei pazienti fragili, che potrà ridurre l'inappropriatezza degli accessi al Pronto Soccorso e dei ricoveri ospedalieri;
- il governo della spesa farmaceutica, oltre che con strumenti di monitoraggio, attraverso una serie di interventi volti al rispetto dell'appropriatezza e all'utilizzo dei biosimilari.
- il contenimento della spesa dei dispositivi medici.

2.2 ACCESSIBILITÀ DIGITALE

In risposta ad un contesto esterno che sta cambiando rapidamente e pone l'Azienda di fronte a nuove sfide e importanti opportunità, il percorso verso la trasformazione digitale dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano Vasto Chieti è descritto nel Piano strategico ICT 2021/2023⁵. L'obiettivo è rendere i servizi sempre più a misura di paziente, facilitare il lavoro degli operatori e rendere tutto questo più semplice da gestire.

L'Azienda si è già attivata attraverso il completamento di un'infrastruttura tecnico informativa che consenta l'integrazione e l'interoperabilità tra i diversi sistemi applicabili dalla ASL e l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale, la completa digitalizzazione del processo clinico ospedaliero, la piattaforma per la gestione dei PDTA e l'integrazione delle cure, la realizzazione della Cartella Clinica Elettronica integrata e lo sviluppo dei servizi digitali per i cittadini.

La maggiore informatizzazione dei processi e la digitalizzazione dei percorsi del paziente sono un passaggio fondamentale poiché la transizione al digitale è il presupposto indispensabile per garantire servizi innovativi all'utenza qualunque sia la domanda di servizi. In particolare, l'utilizzo di tecnologie digitali e lo sviluppo dei sistemi secondo i canoni della *user experience* consentono in primo luogo l'incremento dell'usabilità dei sistemi gestionali e conoscitivi per le strutture interne. Inoltre, lo sviluppo di servizi digitali per le risorse web istituzionali della ASL 2 Abruzzo, attraverso applicazioni e interfacce semplificate agevola l'accesso ai dati, e consente una segmentazione più dettagliata delle necessità informative e di fruizione dei servizi.

Per ciò che riguarda le infrastrutture ICT, la naturale evoluzione del sistema informativo della ASL 2

⁵ Adottato con deliberazione n. 938 del 09/09/2021

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022 - 2024	Rev. 0 del 29/06/2022		Pag.12/68
---	--------------------------	--	-----------

Abruzzo, che è oggi, in larga parte, basato su *middleware* proprietari, è quella di orientarsi verso sistemi con architetture che consentano la coesistenza dei sistemi legacy con tecnologie ed applicazioni *cloud ready* con un percorso di progressiva reingegnerizzazione dei servizi offerti alle altre amministrazioni ed agli utenti. In questa ottica trova piena condivisione il modello di riferimento del sistema informativo aziendale che è stato disegnato con i "Principi Guida per la stesura del Piano Strategico Digitale" della Sanità della Regione Abruzzo. Peraltro, la ASL 2 Abruzzo, in linea con le indicazioni del Codice dell'Amministrazione Digitale (art.63), in merito al software e agli applicativi di tipo open, ha sempre privilegiato linguaggi e framework open source per lo sviluppo delle applicazioni. Ora che le tecnologie *cloud* estendono questo paradigma anche alla parte infrastrutturale, la ASL 2 Abruzzo prevede che l'adozione delle tecnologie *cloud (o federate)* per i propri CED, semplificherà i processi di sviluppo di servizi disponibili online migliorando l'efficienza operativa e permetterà di integrare servizi offerti da provider in termini di software, piattaforme e infrastrutture.

2.3 SEMPLIFICAZIONE E REINGEGNERIZZAZIONE

2.3.1 IL NUOVO SISTEMA DI GESTIONE DOCUMENTALE

La Asl Lanciano Vasto Chieti si sta dotando di un nuovo sistema di protocollazione e gestione documentale che consentirà lo snellimento dei procedimenti amministrativi, una maggiore rapidità nella loro gestione e la misurazione dei tempi effettivi di completamento, nonché una migliore conservazione e archiviazione di ogni tipo di documentazione aziendale, grazie alla dematerializzazione di tutti i documenti connessi ai procedimenti ed alla tracciabilità di processi e attività.

In particolare la nuova procedura di gestione documentale si articolerà in tre funzioni principali:

1) Nuovo software per la gestione del protocollo generale aziendale, che permetterà una gestione più efficiente non solo delle attività del protocollo centrale, ma anche di tutte le altre unità operative, che potranno gestire in piena autonomia gli atti di loro competenza da protocollare in entrata e in uscita. Ciò grazie alla creazione di circa 500 profili di utenza per l'accesso alla procedura, che consentirà a più operatori di tutte le unità operative interessate alle attività di protocollazione di accedere al protocollo generale. In tal modo i documenti protocollati saranno sempre reperibili, archiviati e conservati secondo le indicazioni fornite da DigitPa.

2) Nuovo sistema di gestione documentale, grazie al quale sarà attuata una reale dematerializzazione e digitalizzazione dei provvedimenti amministrativi della Asl Lanciano Vasto Chieti. In particolare il dirigente potrà assegnare in maniera telematica le varie pratiche ai funzionari di riferimento, i quali a loro volta, attraverso la stessa procedura informatica, potranno redigere i relativi provvedimenti (proposte di deliberazioni del Direttore generale e/o determinazioni dirigenziali), firmarli digitalmente, trasmetterli al dirigente e al Direttore generale per la relativa firma digitale e adozione, seguendo l'iter procedurale fino alla pubblicazione all'Albo pretorio, anch'esso gestito in maniera centralizzata dal sistema di gestione documentale in via di implementazione. Fra l'altro in tal modo i provvedimenti, in quanto formati all'origine in modalità digitale, saranno pubblicati all'Albo pretorio in uno dei formati aperti corretti previsti dal Codice dell'Amministrazione digitale. Infine,

tramite la nuova procedura, atti e provvedimenti saranno anche archiviati digitalmente e sempre consultabili e reperibili.

3) Implementazione di tutte le funzionalità connesse al sistema di gestione documentale per la piena realizzazione della “Casa di vetro” della Asl Lanciano Vasto Chieti. La possibilità di redigere gli atti amministrativi in modalità nativa digitale, infatti, permetterà di gestire in maniera molto più efficace tutte le attività connesse alla trasparenza, con la pubblicazione in tempo reale, in formato aperto e in maniera conforme agli standard previsti dal D. Lgs. 33/2013 (c.d. Decreto trasparenza).

La fase di start up del nuovo sistema di protocollazione e gestione documentale avrà inizio entro il 30 settembre 2022 con l’avvio del nuovo sistema centralizzato di protocollazione. Successivamente, entro il mese di dicembre 2022, si avvierà anche l’utilizzo del sistema di gestione documentale.

2.3.2 PIANO DI MIGLIORAMENTO RELATIVO AI RISULTATI DELLA RILEVAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA – CUSTOMER SATISFACTION

La ASL Lanciano Vasto Chieti, da tempo impegnata nella verifica della qualità percepita dai propri pazienti mediante la somministrazione di questionari sui servizi ospedalieri, si pone come obiettivo la rilevazione della *customer satisfaction* in merito alle relazioni tra cittadini assistiti e servizi sanitari aziendali. Essa rappresenta un elemento di centrale interesse soprattutto in questa fase storica di pandemia da COVID-19.

Nel 2021 l’indagine⁶ ha riguardato la degenza ospedaliera e le prestazioni ambulatoriali di alcune UU.OO. afferenti ai PP.OO. di Chieti, Ortona, Lanciano, Vasto, Atesa e ai PTA di Guardiagrele. La rilevazione è avvenuta su base volontaria e in alcuni casi i questionari sono stati compilati dai *caregiver*. Al termine dell’indagine sono stati raccolti n. 697 questionari di cui 233 riguardanti la degenza ospedaliera, sia in regime ordinario che in regime di day surgery/day hospital, e 464 questionari sulle prestazioni ambulatoriali.

Gli indicatori hanno riguardato diversi aspetti: strutturali (logistica, struttura, modalità di accesso, orientamento nella struttura, ecc); informativi (familiari, segnaletica, ecc.); comunicativi e relazionali; clinici (qualità del servizio, organizzazione del percorso di cura, tempi di attesa); umanizzazione (rispetto della privacy, rispetto della sofferenza, ecc.); alberghieri e comfort (pulizia, silenziosità e adeguatezza degli ambienti, servizi igienici, arredo dei locali, qualità ed orari dei pasti, ecc.).

Il giudizio espresso dai degenti sulle strutture ospedaliere aziendali e dagli utenti delle prestazioni ambulatoriali/diagnostiche è stato definito soddisfacente: complessivamente, l’87% dei ricoverati in dimissione si ritiene soddisfatto dell’assistenza ricevuta. Ben oltre l’ottanta per cento consiglierebbe ad un’altra persona di usufruire dei servizi offerti da questa ASL. Per quanto riguarda l’organizzazione complessiva ed il livello di assistenza in occasione del ricovero o della prestazione ambulatoriale, spicca la percezione da parte dell’utenza di una qualità elevata dell’assistenza sanitaria, oltre che una valutazione

⁶ Relazione sulla rilevazione della Qualità Percepita – Customer Satisfaction 2021 disponibile qui <https://www.info.asl2abruzzo.it/qualita/customer-satisfaction.html>

positiva della qualità dell'accoglienza (cortesia, ascolto e disponibilità) del personale, sia in ambito medico che infermieristico. Il 90% dei pazienti dei servizi ambulatoriali afferma che non ha mai inoltrato un reclamo alla ASL.

L'analisi dei dati ha comunque permesso di rilevare alcune criticità ed è stato elaborato un piano di miglioramento che ha interessato le seguenti aree:

- accessibilità all'ospedale (parcheggi, mezzi pubblici): si è rilevata una certa difficoltà da parte dell'utenza. La fruibilità dei parcheggi per determinate categorie di utenti (trapiantati, dializzati, donatori etc) è già stata migliorata con l'individuazione di opportuni percorsi. Compatibilmente con l'attuale situazione logistica al manifestarsi di specifiche esigenze si prevedranno ulteriori estensioni.
- difficoltà di interpretazione della segnaletica interna: si è rilevata una problematica relativa al raggiungimento dei servizi/reparti da parte dell'utenza. I risultati sono stati condivisi con la Direzione Medica Ospedaliera e l'Ufficio Tecnico per l'adeguamento della cartellonistica e delle indicazioni relative all'ubicazione dei reparti e servizi
- insufficiente attenzione all'accesso per i pazienti con difficoltà di deambulazione: è in corso di predisposizione una procedura per l'utilizzo delle sedie a rotelle h24 c/o il PO di Chieti, condivisa con URP, DMO, Ufficio tecnico.
- qualità, varietà e gradevolezza del cibo: l'utenza ha espresso una non completa soddisfazione circa la qualità e la quantità del cibo. Trattandosi attualmente di servizio esternalizzato, i dati della customer sono stati condivisi con il DEC.

2.3.3 PROCEDURE AMMINISTRATIVO CONTABILI

La ripresa delle attività avviate nel corso dell'anno 2018 sia per la parte della certificabilità del bilancio e delle procedure amministrativo contabili e ancor di più della linea relativa alla implementazione di un sistema di contabilità analitica e di monitoraggio dei costi e alla costruzione di un modello di monitoraggio, consentirà di misurare in tempo reale le aree critiche per poter intervenire tempestivamente ed efficacemente nei processi per governare le risorse impiegate fornendo un supporto continuo alle strutture aziendali che, nello svolgimento della propria attività istituzionale dovranno garantire il raggiungimento degli obiettivi aziendali, del Direttore Generale e di Unità Operativa previsti dalla normativa in tema di Livelli Essenziali di Assistenza.

2.4 AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE

La ASL Lanciano-Vasto-Chieti intende sviluppare azioni di sensibilizzazione al fine di creare un rapporto di fiducia con i cittadini e rendere possibile l'ascolto ed la partecipazione attiva degli *stakeholder* interni (es. dipendenti) ed esterni (es. associazioni di volontariato).

L'Azienda si è costantemente impegnata ed è sua intenzione continuare a coinvolgere gli *stakeholder* per una corretta individuazione degli obiettivi strategici ed una adeguata partecipazione dei cittadini al miglioramento dei servizi resi, attraverso i seguenti canali:

- **l'URP**, per dare informazioni su come accedere ai servizi e su come fruire al meglio delle prestazioni, oltre che per ricevere e dare seguito alle segnalazioni pervenute su eventuali disservizi.

Nel 2021 sono pervenuti all'URP (mail dell'Ufficio e nei vari punti in cui esso è articolato) e sono stati gestiti n. 403 "reclami" (segnalazioni, esposti, richieste non semplicemente informative, ecc.). Tra questi, numerosi erano concernenti l'impossibilità di prenotare per esaurimento rapido delle disponibilità in lista. Ciò ha riguardato anche le prestazioni in classe di priorità che, però, sono state prese in carico dal CUP, anche su sollecitazione dell'URP cui gli utenti si erano rivolti.

Diverse le segnalazioni concernenti il servizio di continuità assistenziale, soprattutto per le mancate risposte telefoniche e gli aspetti relazionali nel rapporto personale sanitario-paziente.

Per quanto attiene specificamente al COVID, l'URP ha ricevuto numerose richieste/segnalazioni circa l'effettuazione di tamponi, tra cui mancato esito e disguidi organizzativi nelle vaccinazioni.

- **l'Ufficio Stampa**, canale preferenziale sia per la comunicazione interna che esterna.

Attraverso i comunicati stampa nel 2021 è stata data ampia diffusione a nuovi servizi, prestazioni a elevato contenuto tecnologico, tecniche d'avanguardia, nuovi modelli organizzativi, attività gestionali riferite soprattutto alla vita economica dell'Azienda, campagne di prevenzione, educazione ai corretti stili di vita.

In alcune circostanze, in virtù dell'importanza e conseguente rilevanza di un argomento, sono state indette conferenze stampa che hanno consentito un maggiore approfondimento delle tematiche. Inoltre, viene realizzata la rassegna stampa quotidiana e messa a disposizione via Internet di tutti i dipendenti della Asl, in un'area appositamente riservata. L'utilizzo dei canali tradizionali è stato poi affiancato dalla Web Tv aziendale, un canale Youtube accessibile dal sito dove sono stati postati i servizi realizzati, per dare più forza e ancora maggiore visibilità (anche sotto il profilo della comunicazione interna) alle iniziative di maggiore rilievo intraprese dall'Azienda.

Anche le campagne di comunicazione sono state seguite con particolare attenzione, nell'obiettivo di veicolare contenuti di prevenzione ed educazione alla salute in modo incisivo. In particolare a causa della pandemia Covid-19 sul sito istituzionale, nonché attraverso altri canali, sono state e vengono tutt'ora disponibili numerose e svariate informazioni: dalle misure di contenimento, alle notizie sulla rapida diffusione dei focolai epidemici, sulla riorganizzazione delle Strutture Sanitarie, resa necessaria, in contesti emergenziali, al potenziamento delle dotazioni delle Strutture stesse, nonché ai centri vaccinali.

- **sito internet aziendale e la specifica sezione "Amministrazione trasparente"**.

L'impegno della ASL 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. Con l'implementazione delle funzionalità connesse al sistema di gestione documentale descritto al paragrafo 2.3.1, cui si rimanda, sarà possibile gestire in maniera più efficace le attività connesse alla trasparenza e provvedere alla pubblicazione in tempo reale degli aggiornamenti della specifica sezione del sito Internet.

- **le giornate della Trasparenza**, incontri dedicati alle Associazioni di volontariato per la diffusione dei contenuti del PTPCT e come momento di confronto, riflessione ed ascolto con gli *stakeholder* esterni sulle attività svolte dalla ASL.

Sono state e saranno organizzate con l'ottica di migliorare l'efficienza e la trasparenza della ASL, promuovere buone pratiche inerenti la cultura dell'integrità e approfondire criticità, utilità, accessibilità ed interesse su quanto pubblicato. Infatti, l'iniziativa è diretta a concretizzare un momento di confronto e di ascolto, migliorando non solo le informazioni di effettivo interesse, ma anche la qualità dei servizi resi all'utenza.

Nel corso del 2021, con nota del 29.11.2021, è stato comunicato alle Associazioni di volontariato del territorio che, a causa del perdurare della situazione pandemica di emergenza sanitaria, si era costretti a saltare l'annuale appuntamento in presenza, invitando nel contempo le Associazioni a far pervenire eventuali contributi, per essere vagliati in quanto utili all'aggiornamento del Piano Anticorruzione e Trasparenza.

- **la disseminazione del Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT).**

A beneficio degli *stakeholder* interni, il Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) provvede alla pubblicazione e alla diffusione del PTPCT, comunicando la sua adozione a tutte le strutture aziendali, mentre per gli utenti viene messo a disposizione presso i vari front-office dell'URP. Inoltre, per l'intrinseco collegamento tra il principio della trasparenza e la cultura della legalità, si prevede di promuovere, nel corso del 2022, così come avvenuto nel 2021, interventi ed azioni mirate sul tema dell'integrità con lo scopo sostenere la cultura organizzativa della trasparenza e portare alla comprensione di dipendenti, dirigenti, funzionari e altri, l'importanza della fruibilità e affidabilità dei dati per gli *stakeholder* e per l'organizzazione interna.

2.5 PERFORMANCE⁷

GLI OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi strategici della Direzione Aziendale derivano da diversi livelli di programmazione le cui fonti sono descritte di seguito:

- Obiettivi del Direttore Generale (obiettivi prioritari di funzionamento dei servizi, di salute e di trasparenza per l'anno 2022 assegnati con delibera di Giunta Regionale d'Abruzzo n. 543 dell'11/09/2019);
- Programmazione Nazionale (DM 70/2015);
- Linee di indirizzo di pianificazione: Patto per la Salute, 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 (documento tecnico di "Riordino della rete ospedaliera – Regione Abruzzo"), nota prot. R.A./0400013/21/DPF012 del Servizio Programmazione Economico Finanziaria del 12 ottobre 2021

⁷ Piano adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 116 del 28/01/2022

(trasmissione indirizzi per la programmazione economico finanziaria 2022-2024), DGR n. 660 del 22 ottobre 2021 (indirizzi per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Regionali 2022-2024);

- Piano Strategico aziendale (delibera n. 1272 del 30/11/2021);
- Piano Nazionale Esiti (PNE);
- Provvedimenti di programmazione regionale adottati nel periodo di durata contrattuale del Direttore generale, con carattere integrativo ed implementativo degli obiettivi assegnati.

A questi, si aggiungono gli orientamenti strategici della Direzione finalizzati ad offrire nel loro complesso innovazione nelle modalità di interazione con la collettività e nella presa in carico dei cittadini e dei loro bisogni.

Per quanto riguarda gli obiettivi assegnati al Direttore Generale, nel quadro della complessiva programmazione regionale sono stati individuati una serie di obiettivi prioritari, distinti in obiettivi di funzionamento dei servizi, di salute e di trasparenza.

Gli obiettivi di funzionamento dei servizi riguardano:

- a. l'attuazione di interventi connessi alla ottimizzazione/riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera e della rete territoriale;
- b. le risorse umane;
- c. la spesa farmaceutica;
- d. la spesa per acquisizione di beni e servizi e prodotti farmaceutici
- e. i tempi medi di pagamento;
- f. i flussi informativi;
- g. la sanità digitale - ICT;
- h. l'adozione e l'invio in Regione degli strumenti di programmazione entro i termini previsti;
- i. il rispetto degli obblighi aziendali assunti nei contratti sottoscritti con gli erogatori privati e attuazione degli stessi;
- j. gli investimenti in edilizia sanitaria e tecnologie;
- k. l'attività libero-professionale intramuraria.

Gli obiettivi di salute concernono:

- a. i PDTA;
- b. i controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie;
- c. la mobilità sanitaria;
- d. il contenimento delle liste di attesa;
- e. la realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione;
- f. la campagna vaccinale COVID e la sorveglianza clinico-epidemiologica sul territorio correlata al COVID-19;
- g. l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci;
- h. l'integrazione H-T;
- i. la sicurezza e rischio clinico;
- j. la rete delle cure palliative;

- k. la sanità veterinaria e sicurezza alimentare;
- l. il mantenimento dell'erogazione LEA.

Gli obiettivi di trasparenza attengono:

- a) alla pubblicazione sul sito istituzionale, in forma integrata ed analitica, delle spese previste nel bilancio;
- b) pubblicazione sul sito istituzionale, in forma integrata ed analitica, delle spese di personale.

GLI OBIETTIVI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Gli obiettivi, declinati nella DGR n. 660/2021 "indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Regionali 2022-2024", si riferiscono ai seguenti servizi regionali:

1. strutture e tecnologie in ambito sanitario-HTA;
2. assistenza farmaceutica;
3. sistema organizzativo e risorse umane del SSR;
4. ufficio ispettivo – appropriatezza prestazioni SSR – rischio clinico;
5. prevenzione sanitaria, medicina territoriale;
6. sanità veterinaria e sicurezza degli alimenti;
7. programmazione economico finanziaria;
8. flussi informativi e sanità digitale;
9. programmazione socio-sanitaria;
10. agenzia sanitaria regionale.

GLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Gli obiettivi di performance organizzativa sono connessi alle linee strategiche declinate dalla tecnostruttura. Essi rappresentano una sintesi per il miglioramento dell'ordinaria attività e per il supporto alle azioni strategiche. Rappresentano, quindi, anche degli indicatori di posizionamento per verificare la sostenibilità delle politiche aziendali.

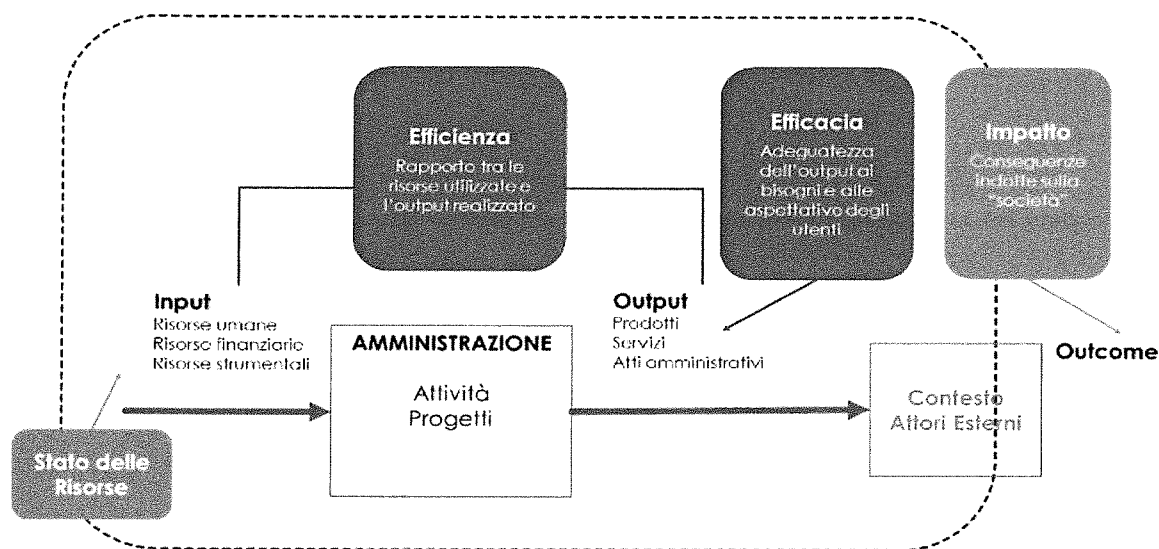
Si desumono in generale, da tutti gli atti di pianificazione che l'azienda redige, ossia:

- piano strategico;
- piano degli investimenti;
- piano di miglioramento della qualità e valutazione interna;
- piano anticorruzione;
- piano di formazione;
- piano di comunicazione;
- piano delle dinamiche del personale.

Pertanto gli obiettivi organizzativi rappresentano il legame tra l'asse strategico del governo aziendale e l'asse operativo della tecnostruttura organizzativa, effettuando una sintesi tra pianificazione e

programmazione e attività/azioni delle singole strutture, tramite la declinazione, a ciascuna delle UU.OO., di tutto il sistema degli obiettivi, mediante un processo che a cascata consente di condividere le responsabilità e i risultati.

Il perimetro della performance organizzativa

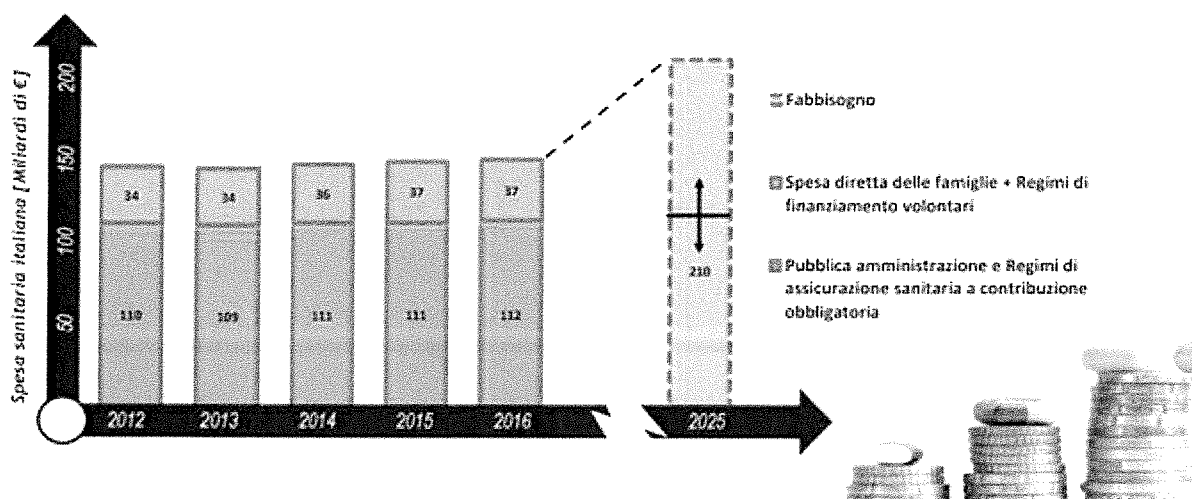


Da Linee guida per il Piano della performance – Ministeri (n. 1 giugno 2017)

La definizione di performance organizzativa è multidimensionale. Gli aspetti più rilevanti attengono all'attuazione di politiche e al conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni ed alle aspettative delle attività, alla rilevazione del grado di soddisfazione dell'utente, alla modernizzazione e al miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali, in un contesto di efficacia, efficienze ed economicità dell'impiego delle risorse.

Infatti, il problema più rilevante in sanità è la sostenibilità economica della spesa pubblica sottoposta a stringenti vincoli di riduzione con le dinamiche sempre più crescenti della spesa sanitaria, come si evidenzia nella figura che segue.

Spesa sanitaria pubblica stabile, ma fabbisogno in aumento



Fonti: ISTAT 2017 | GIMBE - 2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

Nonostante si siano messi in campo a livello nazionale sistemi di radicale cambiamento del quadro sociale e epidemiologico, quali:

- il piano strategico vaccinale COVID,
- il piano nazionale della cronicità (PNC),
- i nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA),
- il progetto regionale del fascicolo sanitario elettronico,
- il piano dei fabbisogni delle prestazioni per favorire l'accesso alle cure e la riduzione dei tempi di attesa,
- la telemedicina, per migliorare la fruibilità delle cure, dei servizi di diagnosi e della consulenza medica a distanza,
- le indicazioni regionali per la riduzione del rischio clinico secondo le raccomandazioni della legge Gelli-Bianco sulla responsabilità professionale (legge n. 24/2017),

restano sempre molto elevati i nuovi bisogni di salute dei cittadini rispetto alla sostenibilità del SSN.

L'Azienda sanitaria ben consapevole della problematica ha compreso che il rinnovamento organizzativo potrebbe rappresentare la risposta ideale alla problematica in oggetto.

Infatti, il rinnovamento organizzativo diviene un fattore abilitante e fondamentale per la risposta ai nuovi bisogni di salute dei cittadini e per la sostenibilità del SSN e, nel triennio 2022/2024 sarà rivolto:

- all'innovazione organizzativa delle strutture, perché diventino asset strategici di sviluppo, anche economico;
- all'innovazione delle competenze (capacity building) manageriali e specifiche dei professionisti e degli operatori, in grado di garantire la governance del processo attraverso indicatori di performance e customer satisfaction;
- all'innovazione tecnologica con la condivisione reale e la gestione sicura dei dati e delle informazioni.

IL PROCESSO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

FASI, SOGGETTI E TEMPI DEL PROCESSO DI REDAZIONE DEL PIANO

Il processo di redazione del Piano della performance si inserisce nell'ambito del più ampio processo di pianificazione strategica e di programmazione dell'Azienda.

La Direzione Generale, in conformità agli atti di programmazione sanitaria regionale e in relazione alle strategie formulate, definisce il Piano della performance integrato ed aggiornato annualmente.

La stesura del piano si articola nelle seguenti fasi:

- definizione degli strumenti di programmazione triennale;
- esplicitazione e assegnazione degli obiettivi, con i relativi indicatori e valori attesi, ai Direttori/Responsabili delle diverse unità operative aziendali mediante il processo di negoziazione di budget;
- monitoraggio periodico ed individuazione di eventuali azioni correttive;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti;
- rendicontazione dei risultati alla direzione strategica e ai diversi stakeholder interessati.

COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E DI BILANCIO

Secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 1, e dall'art. 10, comma 1, lett. a), del D. Lgs. 150/2009, come ribadito dalla delibera n. 6 del 17/01/2013 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.), la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance deve realizzarsi in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio di previsione.

Tali previsioni sono fondamentali, in quanto un sistema di obiettivi è concretamente sostenibile solo se è assicurata la coerenza tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da mettere in atto per conseguire gli obiettivi fissati.

Nella realtà, il collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio di previsione avviene mediante:

- un coordinato e consequenziale percorso annuale con cui si svolgono i due processi;
- una partecipazione diffusa di tutti gli attori coinvolti nei due processi;
- l'integrazione degli strumenti di reportistica e dei sistemi informativi a sostegno dei due processi.

Quindi, tutti gli obiettivi indicati nel piano della performance sono raccordati con gli strumenti di programmazione economico-finanziaria 2022-2024 e sono addirittura coincidenti negli aspetti macro, con il documento di sintesi della relazione del Direttore Generale, per la declinazione delle maggiori azioni da svolgere nell'ambito gestionale. Tale documento è stato redatto a seguito di puntuali incontri con i principali soggetti responsabili della programmazione delle attività e successivamente sintetizzati in documenti, piani e crono programmi che hanno dato luogo alle diverse sezioni componenti il Piano

Strategico 2022-2024, assicurando in tal modo la partecipazione del vertice strategico e della dirigenza apicale cui compete l'attuazione dei contenuti dello stesso.

L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

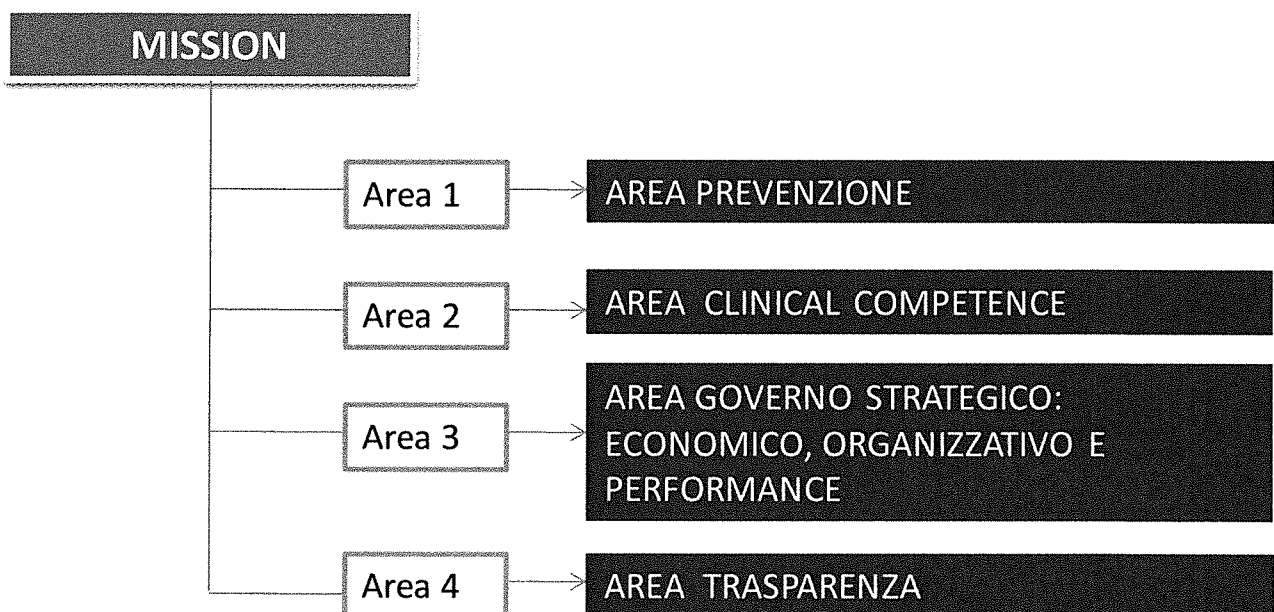
L'albero della *performance* è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). Evidenzia come gli obiettivi si conciliano, a vari livelli, 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'Azienda.

Il processo, attraverso il quale è stato realizzato l'albero della *performance*, si è articolato nelle seguenti fasi:

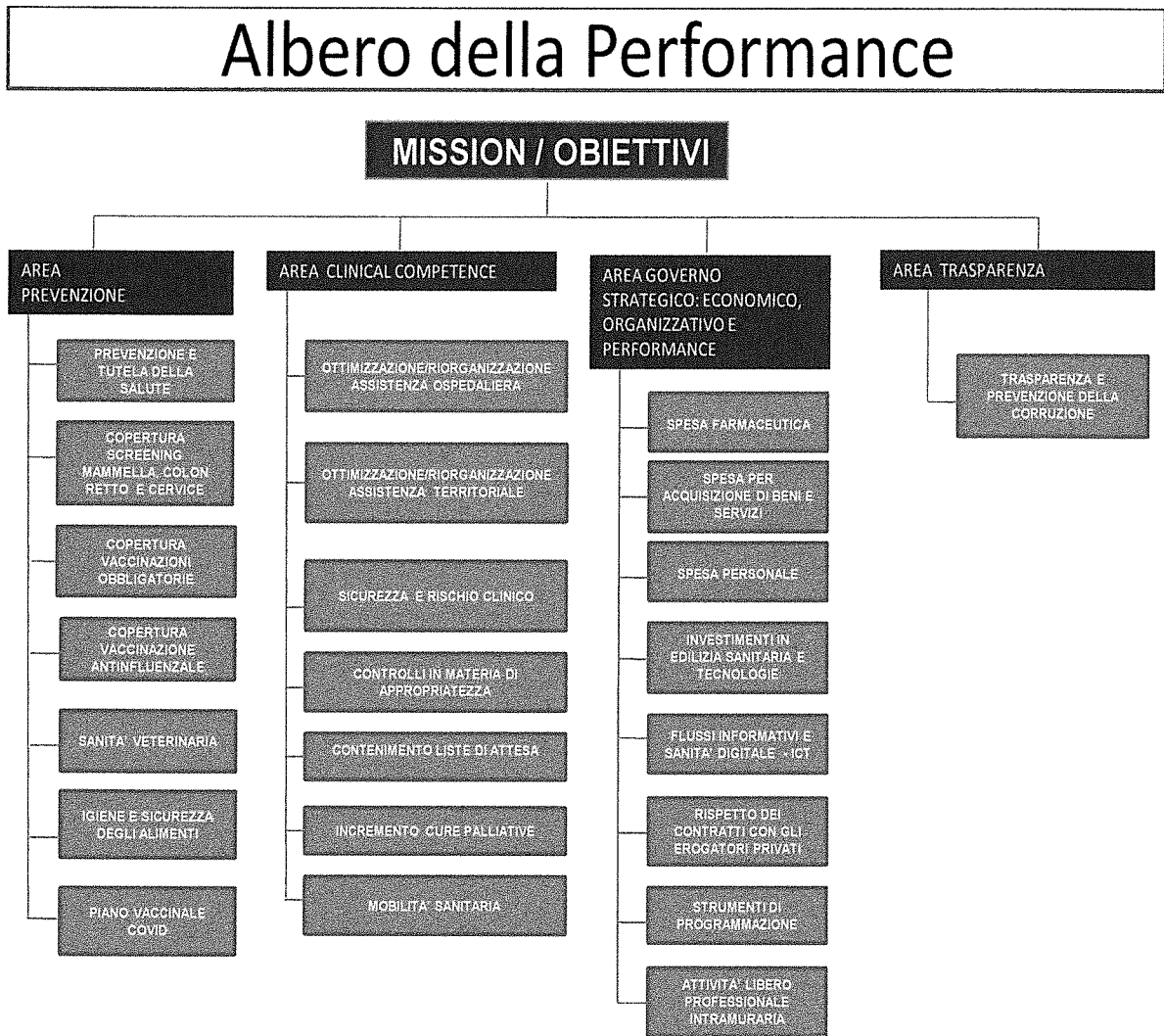
- a) individuazione delle aree di bisogno e di domanda di servizio attraverso l'analisi di:
 - obiettivi assegnati dai documenti di programmazione nazionale, regionale ed aziendale;
 - dati relativi agli eventi avversi;
 - dati relativi ai reclami;
 - flussi di produzione;
 - dati AGENAS.
- b) individuazione delle azioni e dei responsabili per raggiungere gli obiettivi prefissati e degli indicatori per monitorare il raggiungimento degli stessi.

Il piano verrà utilizzato per la declinazione degli obiettivi individuati e per l'assegnazione degli stessi a tutte le UU.OO. aziendali interessate.

Le dimensioni presidiate sono di seguito illustrate.



Nella raffigurazione 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 dell'*outcome* atteso, al fine di rendere immediatamente intellegibile agli *stakeholder* la finalizzazione delle attività dell'Azienda rispetto ai loro bisogni e aspettative.



Gli obiettivi relativi alle singole aree, con gli indicatori e gli standard attesi, sono in allegato al presente Piano e, saranno eventualmente aggiornati sulla base degli ulteriori obiettivi che la Regione potrà assegnare per l'anno 2022 con successiva delibera di Giunta.

COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE FRA GLI AMBITI RELATIVI ALLA TRASPARENZA, ALL'INTEGRITÀ E ALL'ANTICORRUZIONE

L'Azienda, in sede di approvazione del Piano della Performance e anche alla luce di quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione⁸, ha inteso nel corso degli anni coordinare e integrare gli ambiti relativi alla performance, alla trasparenza, all'integrità e al contrasto della corruzione - che oggi confluiscono nel presente PIAO - al fine di stabilire opportuni collegamenti con il ciclo della performance.

Particolare attenzione, quindi, è stata posta alla coerenza tra il PTPC e il Piano della performance, sia perché le politiche sulla performance concorrono alla creazione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione, sia perché le misure di prevenzione della corruzione devono trovare riscontro negli obiettivi organizzativi e individuali assegnati.

Di conseguenza, la prevenzione ed il contrasto della corruzione, di cui alla L. 190/2012 e s.m.i., e la promozione della trasparenza e dell'integrità, di cui al D. Lgs. 33/2013, costituiscono obiettivi strategici dell'Azienda che annualmente individua, su input del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ed anche sulla base delle criticità emerse dal monitoraggio degli obiettivi già assegnati in precedenza, specifici obiettivi e indicatori inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza da contemplare nel Piano della performance, quale strumento di governo e responsabilizzazione dirigenziale.

Le azioni di verifica della performance aziendale e individuale sono state programmate anche per il 2022 in riferimento sia agli obblighi di pubblicazione, sia riguardo all'aggiornamento sul sito aziendale delle informazioni relative alle UO sanitarie, mediante la compilazione di apposito format predisposto dall'Azienda, in modo tale da coinvolgere tutti gli attori aziendali nell'ottica di raggiungere un programma di valutazione fortemente condiviso e mirato alla crescita individuale.

Esplicitando in maniera chiara gli obiettivi da perseguire, inoltre, si rende trasparente e verificabile l'intero processo, in quanto la trasparenza è funzionale alla corretta implementazione del ciclo di gestione della performance, assicurando l'effettiva accountability dell'Azienda in termini di obiettivi e risultati dell'azione amministrativa, anche al fine di instaurare una più consapevole partecipazione della collettività e di migliorare la qualità dei servizi offerti.

AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

La sezione della performance verrà sistematicamente aggiornata e verranno individuati, in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i necessari correttivi. La stessa verrà, inoltre, revisionata nel corso dell'anno in funzione dell'assegnazione di ulteriori obiettivi regionali, derivanti dall'approvazione di atti di programmazione regionale, di eventuali disposizioni riguardanti l'assetto organizzativo delle aziende

⁸ *"l'efficacia del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'amministrazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione"*

sanitarie regionali e, nel caso in cui dovessero emergere altri obiettivi a seguito del confronto con tutti gli *stakeholder*.

Misurazione e valutazione della performance

Ciascuna amministrazione pubblica è tenuta alla misurazione e alla valutazione della performance con riferimento:

1. all'amministrazione nel suo complesso
2. alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola
3. ai singoli dipendenti.

Rispecchiando i sopracitati tre ambiti di misurazione e valutazione della performance, si può definire:

- performance istituzionale quella dell'intera azienda;
- performance organizzativa quella di struttura (unità organizzativa);
- performance individuale (singolo dipendente).

La valutazione della performance organizzativa ed individuale avviene attraverso il sistema di misurazione e valutazione della performance (SMVP) che risulta parte integrante del ciclo di gestione annuale della performance.

Per tal motivo, il sistema di misurazione si inserisce nella fase programmatica del ciclo della performance e viene aggiornato ed adottato annualmente, previo parere vincolante dell'organismo indipendente di valutazione (OIV).

Il sistema di misurazione e valutazione della performance delle aziende sanitarie si articola su due livelli:

- performance complessiva aziendale;
- performance organizzativa ed individuale.

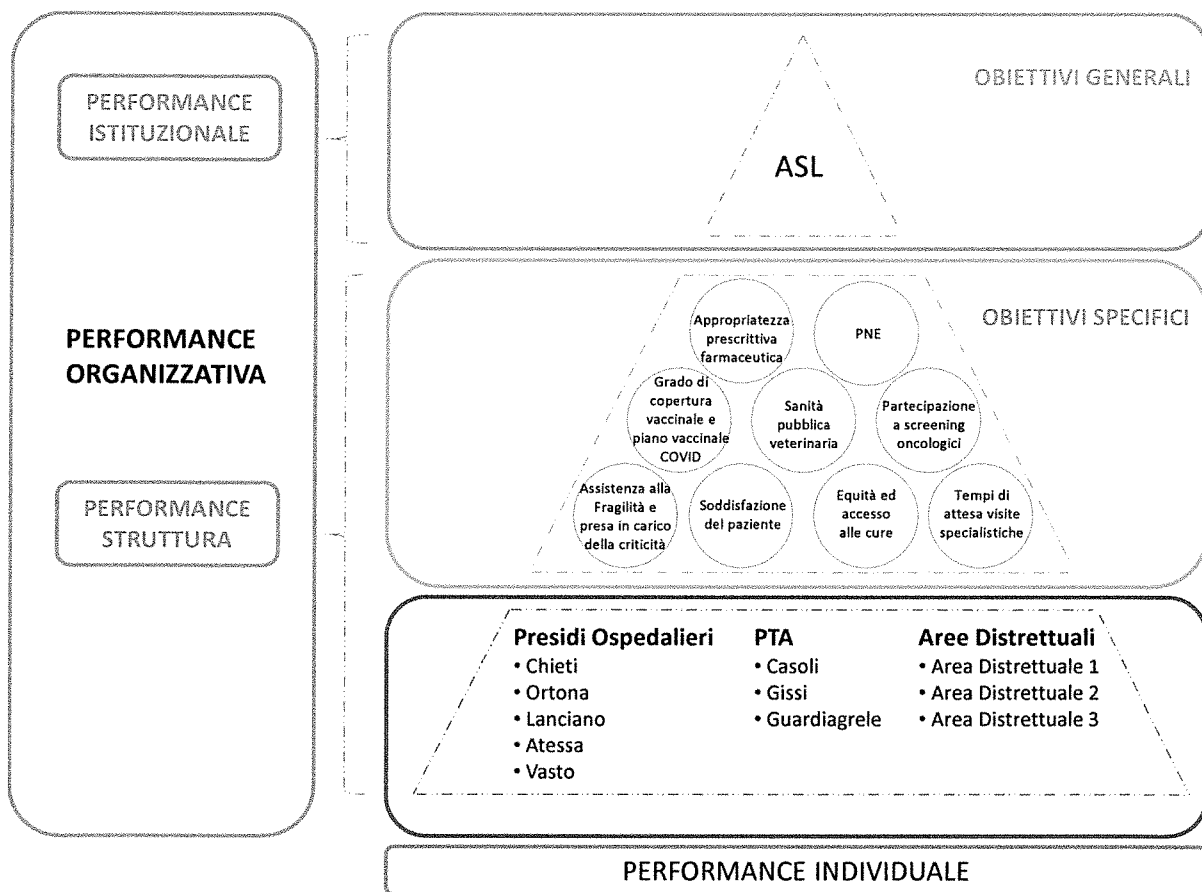
Il livello di misurazione e valutazione delle performance complessiva aziendale si esprime mediante una programmazione triennale (formalizzata mediante questo documento) e una rendicontazione annuale (formalizzata dalla relazione della performance), secondo dimensioni della performance e indicatori di risultato.

Il livello di valutazione aziendale, viene integrato con ulteriori dimensioni di misurazione e si traduce in una serie di strumenti già attivi, ovvero:

- il budget annuale;
- il sistema di reporting aziendale (dal cruscotto direzionale ai report trimestrali e operativi);
- il sistema di valutazione delle prestazioni;
- gli audit clinico ed amministrativo-contabile.

La prospettiva prevalente in questo ambito, è tipicamente annuale ed interna, tesa a definire, monitorare e valutare obiettivi e azioni da attuare nel corso dell'anno, ma in coerenza con le strategie pluriennali indicate nel piano della performance aziendale ed in attuazione degli obiettivi di programmazione pluriennali e annuali regionali.

Per quanto concerne la performance organizzativa, si può ritenere che essa esprime il risultato raggiunto dall'azienda sia nel suo complesso che nelle sue varie articolazioni, nel perseguimento degli obiettivi istituzionali, strategici ed operativi. La figura che segue rappresenta graficamente l'unitarietà del complesso sistema gestionale dell'azienda Asl.



L'IMPATTO DEL PROCESSO DI BUDGET SUL COMPORTAMENTO E SULLA PERFORMANCE DEI DIPENDENTI

Il ciclo della Performance deve prevedere uno stretto legame tra gli obiettivi dell'organizzazione e quelli del personale. Qualsiasi valutazione dei risultati raggiunti dal personale che opera nell'Azienda non potrà non essere correlata ai risultati ottenuti dall'organizzazione nel suo complesso.

L'art.9 del D. Lgs. 150/2009 definisce gli elementi cui collegare la valutazione della *performance* del personale. In particolare, il comma 1 stabilisce che la valutazione della *performance* dei dirigenti e del personale responsabile di un'unità organizzativa sia collegata ai seguenti elementi:

- indicatori di *performance*;
- raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- qualità del contributo assicurato alla *performance* della struttura;
- competenze professionali e manageriali dimostrate;
- capacità di valutazione dei propri collaboratori.

Il comma 2 stabilisce che la valutazione della *performance* per il resto del personale sia collegata ai seguenti elementi:

- raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo e individuali;
- qualità del contributo apportato all'unità organizzativa di appartenenza;
- competenze dimostrate.

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE

La valutazione dei risultati gestionali conseguiti è volta alla verifica della rispondenza degli stessi con gli obiettivi concordati, al fine di comprendere le cause degli eventuali scostamenti e ad individuare i punti di forza e di debolezza. Alla valutazione dei risultati di gestione ed alla valutazione della performance individuale sono collegati il sistema premiante aziendale, con le modalità e sulla base dei principi generali ed i criteri definiti dalla normativa vigente, dai CCNL e dagli accordi aziendali, nonché il sistema degli incarichi dirigenziali.

Gli ambiti delle performance organizzative e individuali vengono considerati in una logica di livelli consequenziali, ossia la metodologia prevede che deve costituirsi un collegamento diretto per struttura con i parametri individuali, di cui al sistema di budget dell'anno 2022.

Tale scelta, si basa sulla naturale logica secondo cui le performance delle organizzazioni sono il risultato degli apporti individuali dei professionisti che nelle stesse operano.

Quindi, ai fini dei calcoli dell'incentivazione, il primo passaggio prevede la verifica delle performance organizzative effettivamente conseguite da ciascun centro di responsabilità (CdR) e, successivamente vi è l'avvio delle fasi volte alle valutazioni individuali all'interno di ogni CdR, a cura del direttore/responsabile di U.O.C./U.O.S.D.

La valorizzazione di ciascun dipendente avverrà utilizzando un set di criteri individuati in forma oggettivabile in termini di quantità, qualità, organizzazione, processi/percorsi, standard, ecc, ed in modalità contestualizzata rispetto al contesto operativo ed alle professionalità di riferimento di ciascun CdR.

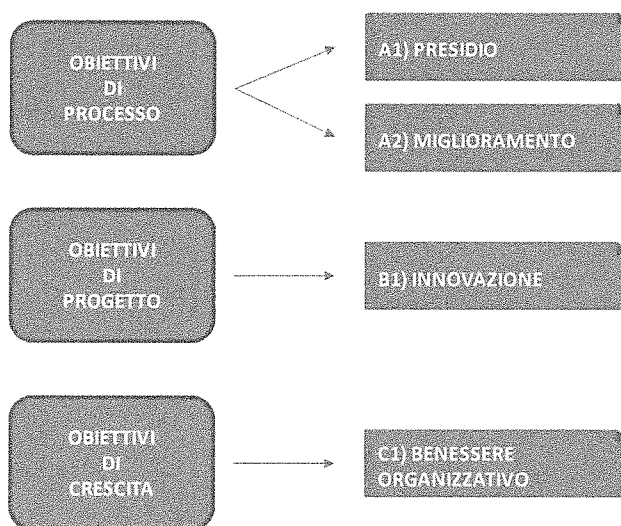
In particolare, la valutazione del personale è correlata:

1. per i dirigenti ed il personale responsabile di un'unità organizzativa/progetto:

- a) agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità (che definisce in una logica gerarchica anche la qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura), ai quali è attribuito un peso prevalente nella valutazione complessiva;
- b) al raggiungimento di specifici obiettivi individuali, ove assegnati e differenti da quelli di cui alla lettera a);
- c) alle competenze professionali e manageriali dimostrate attraverso i comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate;
- d) alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi.

2. per i collaboratori:

- al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali, (che definisce in una logica gerarchica anche la qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza);
- alle competenze dimostrate attraverso i comportamenti professionali e organizzativi.



Attualmente sul fronte procedurale, il percorso di valutazione della sola performance organizzativa è il seguente:

- assegnazione di obiettivi di equipe ai direttori/responsabili delle UU.OO. successivamente alla negoziazione annuale di budget e contestuale sottoscrizione delle relative schede;

- verbale di riunione del direttore /responsabile per portare a conoscenza del personale dirigente e del comparto assegnato alla struttura, con apposita riunione da tenersi entro 30 giorni dalla ricezione della relativa documentazione, degli obiettivi da perseguire, illustrandone le caratteristiche e le modalità di attuazione;
- continuità del processo valutativo attraverso monitoraggi in corso d'anno degli obiettivi assegnati anche al fine di eventuali rimodulazioni degli stessi che si rendessero necessarie (report e comunicazioni);
- valutazione finale sul raggiungimento degli obiettivi assegnati alle singole strutture e, con riferimento a ciascun dipendente, sugli item relativi all'area dei risultati ed all'area dei comportamenti organizzativi, diversificati a seconda dell'incarico dirigenziale conferito, per la dirigenza, e dell'attribuzione, o meno, di incarico di posizione organizzativa o di coordinamento, per il comparto;
- possibilità di contraddittorio tra valutatore e valutato, anche in sede di valutazione finale;
- previsione di procedure di conciliazione interne in caso di contestazioni delle valutazioni ricevute da parte dei valutati.

IL PROCESSO DI MISURAZIONE

Come si evince dall'art.4 del D. Lgs.150/2009 il ciclo della performance si articola come processo di definizione degli obiettivi, di allocazione delle risorse necessarie al loro raggiungimento, di monitoraggio in corso di gestione e di valutazione e rendicontazione dei risultati ottenuti in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio.

L'azienda definisce l'articolazione del ciclo della performance nelle seguenti fasi:

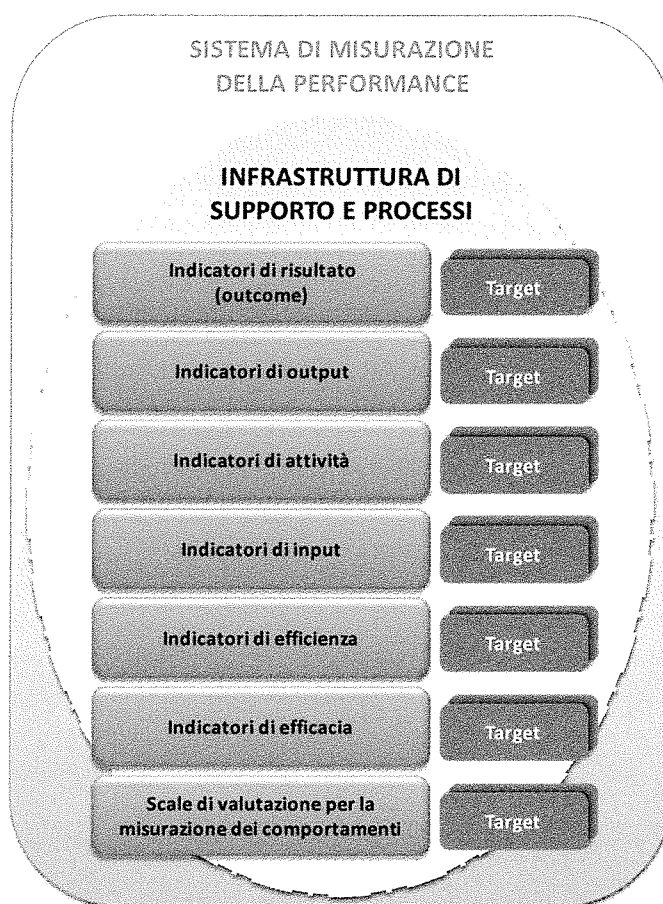
1. fase programmatoria (definizione e assegnazione degli obiettivi e collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse);
2. fase di monitoraggio in corso di esercizio;
3. fase della misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
4. fase della rendicontazione interna ed esterna dei risultati.

Il sistema della misurazione e valutazione della performance organizzativa concerne:

- a) l'attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle esigenze della collettività, declinata in termini di comunità di riferimento dei diversi macroprocessi che riguardano la cittadinanza la comunità scientifica, personale, imprese, "territorio";
- b) l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- c) la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;

- d) la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- e) lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- f) l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- g) la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati.

In sintesi, l'uso degli indicatori è molteplice e riferisce a target utilizzati da diverse disposizioni e direttive anche ministeriali oltre che regionali e di agenzie specifiche.



Se per la fase programmatoria esistono le indicazioni regionali espresse nelle linee di indirizzo per la redazione degli strumenti di programmazione del triennio che qui si richiamano, per la fase della misurazione l'azienda deve costruire un sistema dedicato che consenta di asseverare e validare i diversi obiettivi raggiunti nel periodo di riferimento.

INDICATORI DI ESITO

L'Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari (AGENAS) ha implementato il Piano Nazionale Esiti (PNE), che sviluppa nel servizio sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari.

Gli obiettivi principali del PNE sono:

- valutazione osservazionale dell'efficacia "teorica" (efficacy) di interventi sanitari per i quali non sono possibili/disponibili valutazioni sperimentali (RCT);
- valutazione osservazionale dell'efficacia "operativa" (effectiveness) di interventi sanitari per i quali sono disponibili valutazioni sperimentali di efficacia;
- valutazione comparativa tra soggetti erogatori e/o tra professionisti;
- valutazione comparativa tra gruppi di popolazione;
- individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano determinati casi;
- auditing interno ed esterno.

Gli indicatori utilizzati nel PNE sono documentati da protocolli scientifici basati sulla letteratura disponibile, con chiara definizione dell'esito misurabile di salute in studio; quando non sono disponibili o misurabili il PNE utilizza esiti intermedi o surrogati che possono essere costituiti, ad esempio, da processi, procedure, tempi.

I risultati del PNE sono organizzati in tre sezioni:

1. ospedale, dove sono visualizzabili i risultati degli indicatori articolati per ambito nosologico, strutture, area territoriale, treemap;
2. territorio, con i risultati di tutti gli indicatori di esiti cardio-cerebrovascolari, accesso in pronto soccorso, ospedalizzazioni evitabili;
3. equità, con i risultati stratificati per genere, cittadinanza, titolo di studio.

Il PNE analizza 184 indicatori, di cui 164 relativi all'assistenza ospedaliera e 20 a quella territoriale.

Gli indicatori riguardanti l'assistenza ospedaliera (71 di esito/processo, 78 di volume di attività e 15 di ospedalizzazione) sono suddivisi nelle seguenti aree:

- area cardiovascolare;
- area cerebrovascolare;
- area digerente;
- area malattie infettive;
- area muscolo scheletrico;
- area oncologia;
- area otorinolaringoiatria;
- area pediatria;
- area perinatale;
- area apparato respiratorio;
- area urogenitale.

Gli indicatori concernenti l'assistenza territoriale (14 di ospedalizzazione evitabile, 2 di esiti a lungo termine, 4 di accessi impropri in PS) valutano indirettamente il livello della stessa.

L'Azienda considera tali indicatori di riferimento, integrandoli con gli obiettivi previsti nelle aree dell'albero della performance unitamente agli indicatori economici.

CONCLUSIONI

Sin dall'inizio della diffusione del Covid-19, l'Azienda ha posto in essere delle azioni straordinarie di riorganizzazione, volte a fronteggiare l'emergenza sanitaria.

Tali azioni hanno coinvolto tutto l'assetto aziendale, riflettendosi altresì sulle linee di produzione "ordinarie", sulla performance organizzativa aziendale, e su quella delle UU.OO. maggiormente coinvolte nel fronteggiare la pandemia.

Visto il perdurare dello stato di emergenza sanitaria, prorogato al 31.03.2022 dal D.L. 24/12/2021, n. 221 "Proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19", si è tenuto conto di ciò nell'assegnazione degli obiettivi alle UU.OO. aziendali, in modo da minimizzare l'impatto della stessa sulla performance organizzativa complessiva.

SI ALLEGANO LE SCHEDE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE (allegato A)

2.6 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La ASL Lanciano Vasto Chieti ha adottato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2022-2024⁹ provvedendo all'aggiornamento di quello già adottato con deliberazione n°305 del 19.03.2021 inserendo il Programma per la Trasparenza all'interno dello stesso, con la funzione di attuare efficaci strategie di prevenzione e contrasto della corruzione e, più in generale, dell'illegalità all'interno della ASL, attraverso una valutazione del diverso livello di esposizione delle Unità Operative di cui si compone l'Azienda al rischio di corruzione e i relativi interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio, allineandosi alle raccomandazioni contenute nel PNA 2019.

OBIETTIVI STRATEGICI

Considerata la molteplicità delle attività che si espletano nell'ambito della ASL, che è di ampie dimensioni con una complessità organizzativa determinata da un gran numero di risorse umane e numerosi rapporti che si instaurano tra professionisti, utenti e ditte fornitrici, l'Azienda ritiene che, in un modello così articolato, il contrasto alla corruzione assuma un rilievo centrale.

La prevenzione della corruzione si basa fondamentalmente su un sistema di misure di pianificazione e controllo, che coinvolge tutti i livelli di attività, i cui principali strumenti sono: la trasparenza, la formazione, i codici di comportamento e la gestione del rischio corruttivo.

Con il Piano si intendono perseguire i seguenti obiettivi strategici:

⁹ con deliberazione n. 569 del 27/04/2022

- prosecuzione delle attività di sensibilizzazione e formazione obbligatoria di livello generale verso tutto il personale riguardo ai temi dell'etica, della legalità e della prevenzione della corruzione, e formazione obbligatoria e specifica per il RPCT, i Referenti e Dirigenti delle aree mappate;
- Coinvolgimento delle UOC e UOSD SPTA nella valutazione del "potenziale evento corruttivo", attraverso l'elaborazione di apposite schede;
- Prosecuzione delle azioni per la diffusione della cultura della trasparenza all'interno della ASL e verso i cittadini e stakeholders anche mediante la diffusione dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato;
- Formazione specifica sulla trasparenza rivolta al RPCT e al personale interessato alla cura degli obblighi di pubblicazione;
- Prosecuzione delle attività per la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli da pubblicare obbligatoriamente ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e s.m.i.

Tali obiettivi di diffusione della cultura dell'etica e dell'integrità verso tutti i dipendenti e collaboratori saranno perseguiti prevalentemente attraverso attività formative.

Inoltre per consolidare l'attuazione dei principi della trasparenza, saranno previsti:

- ✓ interventi di controllo attraverso monitoraggi e rendicontazioni in tema di trasparenza
- ✓ il miglioramento delle attività di front-office al fine di potenziare e perfezionare la qualità dei servizi erogati all'utenza, per garantire la giusta comunicazione ed informazione agli utenti.

Lo scopo è quello di fare acquisire a tutto il personale, la consapevolezza della necessità di agire con correttezza ed integrità nell'espletamento delle proprie attività istituzionali con l'obiettivo generale di un "cambiamento culturale" che coinvolga tutta l'Amministrazione, per il raggiungimento del quale si ritiene che fondamentali siano: l'informazione, la formazione e la sensibilizzazione di tutto il personale, nonché la costante collaborazione e confronto tra dirigenti e dipendenti, nell'ottica di garantire il corretto utilizzo delle risorse pubbliche, di rendere trasparenti le procedure e imparziali le decisioni dell'amministrazione.

ANALISI DEL CONTESTO

La fase indispensabile del processo di gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto, attraverso la quale comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione o a causa delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di dinamiche sociali, economiche e culturali o per via delle caratteristiche organizzative interne.

CONTESTO ESTERNO

Il territorio della ASL Lanciano-Vasto-Chieti coincide con quello della Provincia di Chieti. Si estende per 2.588,35 Km², pari al 24 % del territorio abruzzese, e comprende 104 comuni, di cui 9 costieri, 33 pedemontani e 62 montani. Nel territorio della Asl Lanciano-Vasto-Chieti sono residenti 375.215 abitanti (dati Istat al 31 dicembre 2020), pari al 29% della popolazione regionale, per una densità abitativa media di 144 ab./km² (maggiore rispetto alla media di 118 ab./km² nella regione).

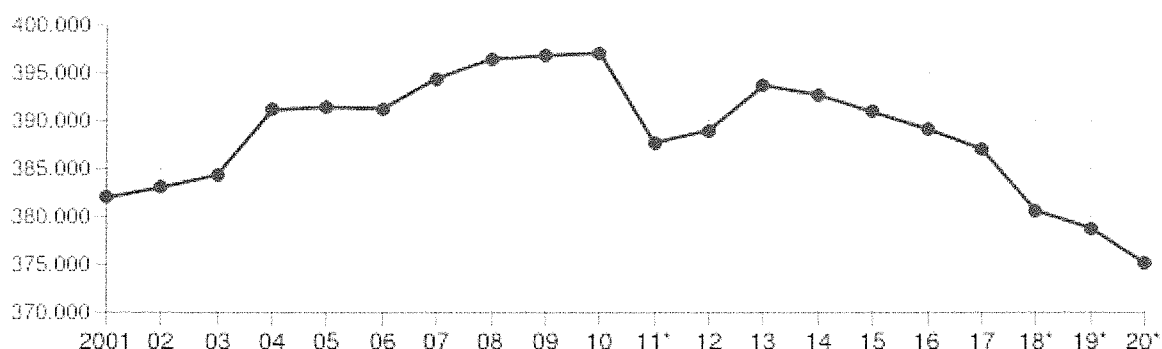
La popolazione ha subito anche nel 2020 un decremento in tutta la regione e nella provincia di Chieti si è registrata una diminuzione di 3.625 unità (pari all'1%).

Tab. 1- POPOLAZIONE AL 31.12.2020 E VARIAZIONE 2020/2019 PER PROVINCIA. Valori assoluti (fonte ISTAT)

PROVINCE	Popolazione censita al 31.12.2019	Popolazione calcolata al 31.12.2020	Aggiustamento statistico censuario	Popolazione censita al 31.12.2020	Variazione censuaria 2020-2019
	P19	P19+ST(*)	AG	P19+ST*+AG	
Chieti	378.840	376.408	-1.193	375.215	-3.625
L'Aquila	294.838	292.433	-1.622	290.811	-4.027
Pescara	316.363	314.597	-715	313.882	-2.481
Teramo	303.900	301.950	-846	301.104	-2.796
ABRUZZO	1.293.941	1.285.388	-4.376	1.281.012	-12.929

* saldo totale (ST) della dinamica demografica (Saldo naturale + Saldo migratorio) del Bilancio demografico 2020

Fig.1 - ANDAMENTO DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE IN PROVINCIA DI CHIETI 2001/2020



Andamento della popolazione residente

PROVINCIA DI CHIETI - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

Il decremento è dovuto ad un tasso di mortalità più alto rispetto all'anno precedente, legato anche all'epidemia da Covid – 19, ma anche alla continua discesa del tasso di natalità, che in provincia di Chieti è sceso al 6,1 per mille (rispetto al 6,4 per mille del 2019).

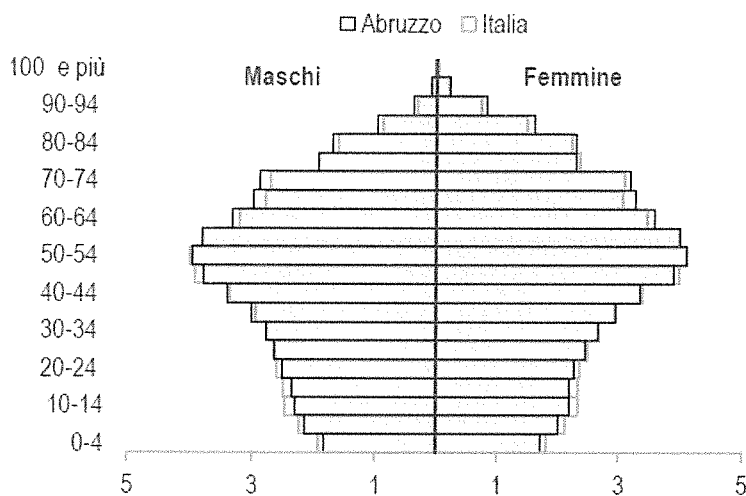
Tab. 2- TASSO DI NATALITÀ E DI MORTALITÀ 2020/2019 PER PROVINCIA. Valori per mille (fonte ISTAT)

PROVINCE	Tasso natalità		Tasso di mortalità	
	2019	2020	2019	2020
Chieti	6,4	6,1	11,5	12,5
L'Aquila	6,3	6,4	12	12,8
Pescara	6,8	6,8	10,6	12,2
Teramo	6,7	6,4	10,9	12,3
ABRUZZO	6,6	6,4	11,3	12,4
ITALIA	7,0	6,8	10,6	12,5

Tuttavia il fenomeno è disomogeneo in ragione delle differenze orografiche del territorio: in provincia di Chieti si trovano sia il Comune che - in controtendenza rispetto alla media regionale – fa registrare il massimo incremento assoluto di residenti (Francavilla al Mare, con +568 abitanti nel 2020), sia il Comune più piccolo della Regione, che registra un -8,5% di popolazione (Montebello sul Sangro, con 75 abitanti).

Per quanto riguarda la distribuzione per fasce d'età, la popolazione abruzzese presenta nel 2020 una struttura per età sensibilmente più anziana rispetto al resto del Paese. Aumentano sia l'indice di vecchiaia, che l'indice di dipendenza degli anziani (rapporto percentuale tra la popolazione over 65 e la fascia tra i 15 e i 64 anni).

Fig. 2 – PIRAMIDE DELLE ETÀ DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE, ABRUZZO E ITALIA. Censimento 2020 (fonte ISTAT)



Nella provincia di Chieti l'età media supera i 46 anni (pari a 46,6, cifra più alta rispetto alla media regionale pari al 46,3 e alla media nazionale pari a 45,4). Ci sono 212 persone over 65, ogni 100 ragazzi tra 0 e 14 anni (indice di vecchiaia, più alto di quello abruzzese pari a 202); risulta particolarmente elevato anche l'indice di dipendenza degli anziani (41, contro la media regionale di 39,2).

Tab. 3 – INDICATORI DI STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE PER PROVINCIA. Censimento 2020 (fonte ISTAT)

	Rapporto di mascolinità	Età media	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Indice di dipendenza anziani	Indice di struttura della popolazione attiva
Chieti	95,1	46,6	212,7	60,3	41,0	145,0
L'Aquila	98,0	46,7	214,1	58,7	40,0	144,7
Pescara	93,2	45,8	188,0	58,4	38,1	145,2
Teramo	95,8	45,9	195,2	56,5	37,3	142,7
ABRUZZO	95,4	46,3	202,5	58,6	39,2	144,4
ITALIA	95,0	45,4	182,6	57,3	37,0	141,9

L'indice di percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica, presentato da Transparency International nel 2021, vede l'Italia al 42esimo posto su 180 Paesi, con un punteggio di 56 punti su 100. Un rafforzamento della credibilità internazionale, nell'ambito di un andamento costante dell'ultimo decennio che dal 2012 ha portato il nostro Paese a guadagnare 14 punti, influenzando sul clima generale di fiducia, sostenuto anche dagli sforzi espressi da numerosi stakeholder del settore privato e della società civile nel promuovere i valori della trasparenza, dell'anticorruzione e dell'integrità.

Per quanto attiene alla criminalità presente sul territorio, consultando l'annuale classifica del Sole 24 ore che analizza le denunce di furti, rapine e altri tipi di reati riferiti all'anno 2020, la provincia di Chieti occupa l'84esima posizione, su 106: sono state 9005 le denunce complessive, una media di 2350 ogni 100mila abitanti.

Tra le possibili ingerenze nelle attività istituzionali, in particolare nell'ambito delle infiltrazioni delle organizzazioni criminali nel tessuto economico produttivo e sociale provato dalla crisi prodotta dalla

pandemia, come evidenziato nella **relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento** relativa all'annualità 2020, si rileva su tutto il territorio nazionale, che "sono confermati sensibili i settori della sanità pubblica e privata per l'approvvigionamento e la fornitura di apparecchiature sanitarie, anche di alta specializzazione, nonché quello dell'approvvigionamento dei dispositivi di protezione e della produzione fraudolenta di prodotti contraffatti e non in linea con le prescrizioni sanitarie. [...] Gli investimenti pubblici erogati [...] per il potenziamento, a titolo esemplificativo, del sistema sanitario nazionale potrebbero essere oggetto di interesse da parte dei sodalizi criminali per rafforzare la propria presenza in settori in cui si sono già inseriti da tempo, come quello del ciclo del cemento o nei quali sono comparsi più di recente, come quello della fornitura di beni e servizi per le cure mediche.

Altri ambiti d'interesse sui quali le cosche continueranno a lucrare sono i servizi di smaltimento dei rifiuti sanitari. [...] Altrettanto rilevante è la capacità dei clan di gestire il mercato della contraffazione, che potrebbe investire anche il settore dei farmaci, dei prodotti parafarmaceutici e medicali, dei corredi sanitari di protezione." Anche la diffusione dei vaccini è stata considerata un'ulteriore area di interesse per i gruppi criminali cui le Forze di polizia hanno posto particolare attenzione. L'analisi delle risultanze investigative consente di affermare dunque che l'infiltrazione nel settore degli appalti e dei sub-appalti costituisce la forma più evoluta di condizionamento del tessuto economico produttivo.

"In provincia di Chieti sono stati riscontrati inoltre, negli anni, interessi illeciti prevalentemente perseguiti da parte di consorterie campane calabresi e pugliesi. Le zone più esposte sono le aree contigue alla città di Francavilla al Mare, tenuto conto anche della vicinanza alla città di Pescara, nonché il comprensorio di Vasto che occupa una posizione al confine con la provincia di Foggia".

Per favorire la legalità e la trasparenza dell'attività di impresa, in questa particolare congiuntura, nel contesto territoriale di riferimento dell'Azienda, a maggio del 2021, la prefettura di Chieti e la Camera di commercio Chieti Pescara hanno sottoscritto un protocollo d'intesa che mira proprio a prevenire il pericolo di infiltrazione della criminalità organizzata nel tessuto economico sano e a diffondere la cultura della legalità fra le imprese e le loro associazioni.

La sfida che riguarderà l'Italia nei prossimi anni, e anche la nostra Azienda, è quella della piena realizzazione dei progetti previsti nelle missioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che richiederà la massima attenzione alla prevenzione dei rischi di corruzione.

La corruzione è un fenomeno estremamente complesso, difficile da definire e ancor più da misurare, per contrastarla è dunque necessario conoscere il fenomeno nelle sue molteplici manifestazioni per poter orientare efficacemente le metodologie, gli strumenti e le pratiche previsti dal quadro normativo, in base alle caratteristiche dello specifico contesto giuridico, istituzionale e socioeconomico.

La ASL, come illustrato, è peraltro di ampie dimensioni ed ha una complessità organizzativa determinata da un gran numero di risorse umane e numerosi rapporti che si instaurano tra professionisti, utenti e ditte fornitrici e molteplici sono le relazioni tra attività istituzionali e libero professionali del personale medico e sanitario, elementi tutti che potenzialmente espongono a rischi specifici la ASL sotto il profilo di eventuali illegalità che possono svilupparsi nel suo interno.

Vi è da dire, comunque, che l'esposizione al rischio delle attività aziendali viene mitigata, in molti settori, da norme di legge, da regolamenti, da procedure che regolano puntualmente tutte le fasi di vari processi, circoscrivendo e riducendo, in tal modo, l'ambito della discrezionalità.

Molto importante è anche l'informatizzazione di numerosi processi che garantisce la tracciabilità delle attività e dei soggetti responsabili nonché ne consente il monitoraggio costante della regolarità, anche sotto il profilo contabile, contribuendo a limitare ulteriormente il rischio di eventi corruttivi.

CONTESTO INTERNO.

Nel corso del 2021, non si ha contezza del verificarsi di eventi corruttivi; tuttavia, nel corso dello stesso anno sono stati avviati/ripresi procedimenti disciplinari per eventi corruttivi e per fatti penalmente rilevanti verificatisi nelle precedenti annualità. Sono pervenute complessivamente n. 19 segnalazioni e/o provvedimenti giudiziari riguardanti la violazione degli obblighi comportamentali e per fatti anche penalmente rilevanti, di cui n. 11 esitati in procedimenti disciplinari.

Si è provveduto, inoltre, ad attivare una **consultazione pubblica** per l'aggiornamento del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 2022-2024, al fine di elaborare una efficace strategia anticorruzione, con una procedura aperta a forme di consultazione/partecipazione pubblica.

Sono state invitate, dunque, le organizzazioni sindacali operanti all'interno della ASL, tutte le associazioni o altre forme di organizzazioni portatrici di interessi collettivi che operano nel settore, nonché tutti i soggetti che operano e usufruiscono delle attività e dei servizi prestati dall'Azienda, a far pervenire proposte ed osservazioni in merito all'aggiornamento del Piano, con l'utilizzo di apposito modello allegato. Entro il termine stabilito, non sono pervenute né proposte né osservazioni.

COMPITI E RESPONSABILITA' DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Al Responsabile della prevenzione della corruzione sono attribuiti i seguenti compiti:

- elaborazione del piano della prevenzione della corruzione;
- definizione di procedure atte a selezionare e formare i dipendenti;
- verifica dell'efficace attuazione del piano e sua idoneità;
- proposte di modifiche in caso di mutamenti dell'organizzazione e in caso di accertate violazioni;
- verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici a più elevato rischio di corruzione;
- individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione;
- pubblicazione della relazione annuale sui risultati dell'attività.

I suddetti compiti si inseriscono nella più 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.

Il RPCT deve essere una persona che abbia sempre mantenuto una condotta irreprensibile, escludendo coloro che siano stati destinatari di provvedimenti giudiziari di condanna o provvedimenti disciplinari, poiché deve essere una figura in grado di garantire la buona immagine e il decoro dell'amministrazione. Per questo è fondamentale che la scelta ricada su un soggetto che abbia dato nel tempo dimostrazione di un comportamento onesto e corretto. Ciò sia nell'interesse dell'amministrazione, sia nell'interesse e a tutela del prestigio dello stesso RPCT che potrà esercitare i propri compiti con maggior autorevolezza.

E' rimessa agli organi di indirizzo delle amministrazioni, cui compete la nomina, in relazione alle caratteristiche strutturali dell'ente e sulla base dell'autonomia organizzativa, la valutazione in ordine alla scelta del RPCT. Nella ASL Lanciano-Vasto-Chieti l'incarico di RPCT è stato conferito alla Dott.ssa Giustinantonia Chieffo, Dirigente Responsabile della UOSD Sistema Informazione, Comunicazione e Marketing e individuato come sostituto il Direttore della UOC Affari Generali, Gestione documentale e Convenzioni, Dott. Errico D'Amico.

I poteri di vigilanza e controllo del RPCT sono funzionali al ruolo principale che il legislatore gli assegna che è quello di proporre e di predisporre adeguati strumenti interni all'amministrazione per contrastare l'insorgenza di fenomeni corruttivi. Detti poteri devono rimanere connessi all'obiettivo principale assegnatogli che è quello della predisposizione del sistema di prevenzione della corruzione di un ente e della verifica della tenuta complessiva di tale sistema al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione, di conseguenza, si inseriscono e vanno coordinati con quelli di altri organi di controllo interno delle amministrazioni al fine di ottimizzare, senza sovrapposizioni o duplicazioni, l'intero sistema di controlli. Ciò implica, naturalmente, che detti uffici/organi debbano assicurare sempre piena collaborazione con il RPCT, tenendolo informato sugli esiti delle attività svolte.

Al RPCT non spetta accertare responsabilità e svolgere direttamente controlli di legittimità e di regolarità amministrativa e contabile e, quindi, la fondatezza dei fatti. Il RPCT è tenuto a fare riferimento agli organi preposti appositamente sia all'interno dell'amministrazione che all'esterno, valorizzando così un rapporto di poteri strettamente connessi, e non sovrapponibili, con quello di altri soggetti che hanno specifici poteri e responsabilità sul buon andamento dell'attività amministrativa nonché sull'accertamento di responsabilità. Tra RPCT e organi di controllo è quindi opportuno, che si crei una collaborazione stabile nel rispetto delle rispettive competenze.

RUOLO DEGLI ORGANI DI INDIRIZZO E DEI VERTICI AMMINISTRATIVI

E' senza dubbio necessario che le responsabilità connesse all'adozione del PTPCT e alla sua attuazione, non si concentrino sulla sola figura del RPCT, ma che vi sia una partecipazione degli organi di indirizzo per una piena consapevolezza e condivisione degli obiettivi della lotta alla corruzione e delle misure organizzative necessarie.

L'organo di indirizzo deve assumere un ruolo proattivo, anche attraverso la creazione sia di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole di reale supporto al RPCT, sia di condizioni che ne favoriscano l'effettiva autonomia.

Infatti, l'organo di indirizzo, dispone di competenze rilevanti nel processo di individuazione delle misure di prevenzione della corruzione:

- Individua, di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.
- Definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione.
- Adotta il Piano triennale per la prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.
- il RPCT ha l'obbligo di riferire all'Organo di indirizzo politico sull'attività svolta, con la relazione annuale, da pubblicare anche nel sito web dell'amministrazione.
- L'organo di indirizzo dispone le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.

RUOLO DEGLI ORGANISMI INDIPENDENTI DI VALUTAZIONE (OIV)

A seguito dell'entrata in vigore del d.l. 90/2014, non risultano modificati i compiti degli OIV che sono tenuti a promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza. Si evidenzia che l'attività di attestazione degli OIV dei dati pubblicati continua a rivestire particolare importanza per l'ANAC che, nell'ambito dell'esercizio dei propri poteri di controllo e vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione e trasparenza, definisce annualmente le modalità per la predisposizione dell'attestazione sull'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza che va pubblicata da parte del RPCT.

Infatti, in data 28/06/2021 l'OIV ha predisposto la "Griglia di rilevazione", attraverso la verifica diretta di corrispondenza tra quanto pubblicato su sito aziendale e quanto previsto dalla Delibera ANAC n° 294/2021 e, nella seduta del 28.06.2021, in modalità telematica, il RPCT ha relazionato in merito alle modalità di aggiornamento e al rispetto degli adempimenti connessi all'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" dell'Ente. L'OIV ha svolto gli accertamenti tenendo anche conto dei risultati e degli elementi emersi dall'attività di controllo svolta dal RPCT.

Il ruolo degli OIV è importante anche per la verifica della coerenza tra gli obiettivi di *performance* organizzativa e individuale e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Infatti, gli OIV validano la relazione sulle performance, di cui all'art. 10 del d.lgs. 150/2009, dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse; propongono all'organo di indirizzo la valutazione dei dirigenti; promuovono e attestano l'assolvimento degli obblighi di trasparenza (art. 14, co. 1, lett. g), d.lgs. 150/2009).

L'OIV, inoltre, esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento che ogni amministrazione adotta.

Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

In riferimento all'anticorruzione e alla trasparenza, l'UPD svolge i seguenti compiti: 1) cura i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis, D. Lgs. n. 165/2001); 2) propone l'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale; 3) vigila sull'applicazione del Codice di

comportamento aziendale; 4) provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'Autorità giudiziaria; 5) trasmette al RPCT un report contenente i dati e le informazioni inerenti agli illeciti rilevati, anche in riferimento alla Relazione annuale del RPCT ex art. 1, co. 14, l. 190/2012.

RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA)

Come raccomandato dall'ANAC, su sollecitazione del RPCT, la Direzione Generale ha provveduto ad individuare il soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti, nella persona del Direttore UOC Acquisizione Beni e Servizi, Dott. Pierluigi Galassi, considerato che ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa. L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

GESTORE DELLE SEGNALAZIONI DI OPERAZIONI SOSPETTE DI RICICLAGGIO E DI FINANZIAMENTO DEL TERRORISMO

Con delibera n. 598 del 16.5.2018 è stato nominato, ai sensi del Decreto del Ministero dell'Interno del 25/09/2015, il Dott. Pierluigi Galassi, Direttore della UOC Acquisizione beni e servizi, quale "Gestore" delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo, della ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti, delegato a valutare e trasmettere le segnalazioni alla UIF.

I REFERENTI DELLA PREVENZIONE E LE UNITA' OPERATIVE MAPPATE

In considerazione della complessa articolazione aziendale e dell'impegnativo e delicato compito di raccordo con tutte le strutture della ASL, si è ritenuto necessario avvalersi delle figure permanenti di Referenti, rappresentativi delle molteplici attività aziendali, che operano in collegamento con il RPCT, al fine di garantire costantemente la legittimità dell'azione amministrativa, l'efficacia e la concretezza dell'azione di prevenzione della corruzione ed il pieno conseguimento dei livelli di trasparenza.

Il Referente collabora col Responsabile Anticorruzione svolgendo attività informativa nei confronti dello stesso 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. L'azione dei Referenti è subordinata alle indicazioni del Responsabile che resta il riferimento aziendale.

I Referenti della ASL Lanciano-Vasto-Chieti sono stati individuati per tutte le UO che in fase di aggiornamento del Piano risultano essere:

- Assistenza Sanitaria di Base Specialistica
- Acquisizione beni e Servizi
- Gestione accordi Contrattuali con Erogatori Privati
- Distretti Sanitari di Base Aziendali
- Gestione Attività Amministrative PP.OO. e Formazione
- Amministrazione e sviluppo delle Risorse Umane
- Direzioni Mediche PP.OO. (Chieti/Ortona- Lanciano/Atessa- Vasto)
- Affari Generali, Gestione Documentale e Convenzioni
- Ufficio Legale

- Informatica e Reti
- Investimenti, Patrimonio e Manutenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Servizi Economici e Logistici
- Governo Attività Amministrative Dipartimento di Prevenzione
- UU.OO. Dipartimento di Prevenzione (Sanità Animale- SIAOA- SIAPZ- SIAN- SIESP- SPSAL-Medicina dello sport-Medicina Legale)
- Ingegneria Clinica
- Servizi Territoriali (Servizio Farmaceutico, Medicina Penitenziaria, Ser.D)
- Sistema Informazione, Comunicazione e Marketing
- Servizio Aziendale Professioni Sanitarie (SAPS)
- Contabilità e Bilancio
- Qualità, Accreditamento e Risk Management
- Programmazione e Controllo di Gestione
- Valutazione Appropriatazza delle Prestazioni Sanitarie
- Governo Liste d'Attesa e Sistemi di Prenotazione
- Servizio Prevenzione e Protezione
- Servizio Farmaceutico Ospedaliero
- Comitato Etico
- Dipartimenti Sanitari (Medico- Cuore- DEA-Materno Infantile- Chirurgico - Servizi)
- Fisica Sanitaria
- ADI Assistenza semiresidenziale e residenziale
- Cure Palliative e Hospice
- Centro Trasfusionale Aziendale
- Centro Trasfusionale Territoriale

Pertanto, tutti i Direttori/Dirigenti Responsabili delle Unità Operative aziendali coinvolti nel Piano, sono tenuti a fornire il necessario apporto sia al Responsabile anticorruzione e trasparenza che ai Referenti delle aree definite. Il RPCT è, dunque, affiancato sia dai Referenti che dai Dirigenti ai quali sono affidati poteri di controllo e attribuiti obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

LA RESPONSABILITA' DEI DIRIGENTI IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE

La collaborazione è fondamentale per consentire al RPCT e all'organo di indirizzo di definire misure concrete e sostenibili, individuando e programmando le stesse in termini di precisi obiettivi da raggiungere da parte di ciascuna UO coinvolta, anche ai fini della responsabilità dirigenziale.

Infatti, per la mappatura dei processi è indispensabile la massima partecipazione dei Dirigenti, sia per la rilevazione dei processi che per le successive fasi di identificazione e valutazione dei rischi, così anche per lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione che sono il risultato di un'azione sinergica e combinata dei singoli responsabili degli uffici e del responsabile della prevenzione, secondo un processo *bottom-up* in sede di formulazione delle proposte e *top-down* per la successiva fase di verifica ed applicazione.

A tal fine, sono stati espletati adeguati e mirati processi formativi, sensibilizzando i Dirigenti sull'importanza del loro ruolo e della loro collaborazione al fine di consentire una maggiore partecipazione a tutte le fasi di predisposizione e attuazione del PTPCT, promuovendo in tal modo la piena condivisione degli obiettivi e la più ampia responsabilizzazione di tutti i dipendenti.

I dirigenti, pertanto, rispondono della mancata attuazione delle misure ove il RPCT dimostri di avere effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di avere vigilato sull'osservanza del Piano: alla responsabilità del RPCT si affiancano quelle dei soggetti che, in base alla programmazione del PTPCT, rispondono dell'attuazione delle misure di prevenzione.

Maggiore attenzione, inoltre, deve essere data alla responsabilità disciplinare dei dipendenti, attivabile dai responsabili degli uffici, prefiggendosi come obiettivo il rigoroso rispetto dei doveri del Codice di comportamento.

Di conseguenza, i dipendenti che operano in settori e/o attività particolarmente esposti alla corruzione, i responsabili delle posizioni organizzative e i dirigenti, devono attestare di essere a conoscenza del Piano per la prevenzione della corruzione, approvato annualmente con Delibera del Direttore Generale della A.S.L. e provvedere all'esecuzione di quanto in esso previsto per le parti di rispettiva competenza.

IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE

L'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione contenute nei PTPCT deve trovare conforme riscontro anche negli altri strumenti di programmazione e nella valutazione delle performance con il raggiungimento degli obiettivi organizzativi e individuali assegnati alle UU.OO. e ai loro dirigenti, prevedendone l'attuazione come uno degli elementi di valutazione del dirigente stesso, sia per l'area PTA che per l'area sanitaria.

Come già effettuato negli anni precedenti, con note del 22.11.2021 e 20.12.2021 è stato rammentato alle UO aziendali che l'Autorità col PNA 2019 ha dato indicazioni metodologiche per la gestione del rischio corruttivo confluite nel documento metodologico Allegato 1) al Piano stesso. Con il loro pieno coinvolgimento, pertanto, è stato raccomandato di effettuare la valutazione del "potenziale evento corruttivo", per l'anno 2022, attraverso l'elaborazione di schede da compilare in conformità ai criteri e alla metodologia di cui al menzionato allegato 1, da trasmettere al RPCT.

In tal modo, l'Azienda mira a coordinare e integrare gli ambiti relativi alla performance, alla trasparenza, all'integrità e al contrasto della corruzione, al fine di stabilire opportuni collegamenti con il ciclo della performance, evidenziando il proprio diretto coinvolgimento in ordine alle finalità da perseguire nelle suddette materie, rappresentando così la lotta alla corruzione un obiettivo strategico.

Particolare attenzione, dunque, deve essere posta alla coerenza tra PTPCT e Piano della performance sia perché le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione, sia perché le misure di prevenzione della corruzione devono trovare un preciso riscontro negli obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

Considerato che l'efficacia del Piano dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'amministrazione, è necessario che il suo contenuto sia coordinato con quello degli altri strumenti di programmazione.

Infatti, al fine di favorire l'interazione tra Performance e PTPCT , diversi processi mappati all'interno del Piano si riferiscono ad obiettivi-indicatori di Performance aziendali assegnati alle UO di competenza. In tal modo il Piano assume un valore programmatico ancora più incisivo risultando d'ausilio anche per le attività di valutazione della Performance come efficace elemento di supporto sia in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire che per il miglioramento gestionale.

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, precede l'elaborazione del Piano ed è lo strumento utilizzato dall'Azienda per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi.

Non è un'attività meramente ricognitiva, ma è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione, si basa fondamentalmente su un processo di diagnosi e trattamento del rischio, che richiede ai Dirigenti di effettuare scelte consapevoli, dando priorità a determinate azioni per le quali si scelgono le più opportune modalità di valutazione e trattamento dei rischi. Sia le scelte che le relative responsabilità riguardano in particolare gli organi di indirizzo, i Dirigenti di struttura e il RPCT; è un processo di miglioramento continuo e graduale che, da un lato deve tendere alla completezza nell'analisi, valutazione e trattamento del rischio e contemporaneamente deve prevedere misure sostenibili e attuabili.

Per la predisposizione del presente Piano è stata seguita la metodologia di cui all'allegato 1 al PNA 2019 che costituisce un documento metodologico col quale l'Autorità ha fornito indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del "Sistema di gestione del rischio corruttivo".

Ai fini dell'analisi del livello di esposizione al rischio è necessario:

- a) scegliere l'approccio valutativo,
- b) individuare i criteri di valutazione,
- c) rilevare i dati e le informazioni,
- d) formulare un giudizio sintetico, adeguatamente motivato.

La gestione del rischio rappresenta la finalità principale cui tendono tutte le azioni le quali hanno carattere preventivo e comprendono un insieme di attività coordinate, per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione nel campo del rischio di corruzione.

Ciò richiede all'Azienda di individuare tre fasi di lavoro:

- La mappatura dei processi
- La valutazione del rischio per ciascun processo
- Il trattamento del rischio

MAPPATURA DEI PROCESSI ATTUATI DALL'AZIENDA

La mappatura dei processi viene effettuata sia nelle aree di rischio individuate dall'art. 1, comma 16 della legge 190/2012, sia raccogliendo le proposte dei dirigenti di altre aree sensibili individuate sulla base della specificità aziendale, che gradualmente si implementano con gli aggiornamenti dei Piani, in considerazione

della complessità organizzativa aziendale, tenendo conto del principio della gradualità cioè che le diverse fasi di gestione del rischio possono essere sviluppate gradualmente, al fine di consentire un miglioramento progressivo e continuo nella rilevazione e analisi dei processi così come nella valutazione e trattamento dei rischi, individuando, dunque, gli eventi rischiosi e le misure di prevenzione per alcune aree di rischio sia “generalisti” che “specifiche”.

La “mappatura dei processi”, consiste nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. Anche per il PTPCT 2022-2024 si è tenuto conto di quasi tutte le attività svolte dall’amministrazione che nel corso degli anni sono state esaminate gradualmente in maniera sempre più dettagliata, al fine di identificare aree/attività che, per la loro peculiarità, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

Le attività dell’azienda mappate da parte dei Responsabili delle strutture, coadiuvati dal referente individuato per la rispettiva area, sono quelle descritte nella tabella di cui all’allegato 1 al PTPCT 2022-2024, in cui sono riportate le strutture coinvolte e, per ciascuna area di attività: i singoli processi individuati a rischio di corruzione, il rischio con il relativo livello rilevato; le misure specifiche correlate al processo/fasi, idonee a neutralizzare o ridurre il livello di rischio, la loro tempistica e l’indicatore.

Per l’aggiornamento del Piano 2022-2024, le attività di analisi dei processi sono state svolte dalle stesse UO aziendali che, coinvolte nella loro implementazione, meglio ne conoscono le peculiarità e le criticità, proponendo in tal modo misure adeguate per la riduzione del rischio. La strategia di prevenzione ha coinvolto tutte le UO dell’area PTA e tutti i Dipartimenti sanitari di cui è costituita l’Azienda, in modo da raggiungere un ottimo livello di approfondimento della mappatura, effettuando anche interviste accurate agli addetti ai processi per conoscerne gli elementi propri e gli aspetti fondamentali, con il coordinamento del RPCT.

In particolare, è stato richiesto alle UO già mappate e alle nuove istituite, di individuare almeno 2 processi e, per ciascuno di essi, analizzare almeno due fasi, mediante la compilazione delle schede del “potenziale evento corruttivo”(una scheda per ogni fase) da compilarsi in conformità ai criteri e alla metodologia di cui all’allegato 1 al PNA 2019, da trasmettere al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, con la possibilità di mappare nuovi processi, rivalutare il livello di rischio dei processi già mappati e riportati nel PTPCT aziendale 2021-2023, o confermare i processi già mappati.

Riguardo ai Dipartimenti Sanitari, utilizzando la stessa metodologia di cui sopra, è stata richiesta, invece, che la valutazione del “potenziale evento corruttivo” venisse effettuata da ciascun Direttore di UOC/UOSD individuando almeno 1 processo del quale analizzare almeno due fasi, mediante la compilazione delle apposite schede (una scheda per ogni fase), da trasmettere al Direttore del proprio Dipartimento e al RPCT. Ciascun Direttore di Dipartimento, a sua volta, verificato l’adempimento da parte di tutti, era tenuto a elaborare o scegliere due processi (per ogni processo esaminare 2 fasi) tra quelli pervenuti, a sintesi dipartimentale, relativi ai potenziali eventi corruttivi ritenuti verificarsi con un indice di probabilità maggiore nel proprio Dipartimento.

In ogni caso, tenuto conto delle notevoli dimensioni dell’Azienda molto articolata, complessa ed in continua evoluzione e dei numerosi processi in cui si articola l’attività svolta, è intenzione dell’ASL proseguire con attenzione e accuratezza l’attività di analisi dei processi e relativi rischi, secondo un percorso di miglioramento continuo.

I componenti del “Gruppo di Lavoro” per la gestione del rischio corruttivo, task force multidisciplinare, istituito con delibera n. 390 del 28.9.2015 e aggiornato con delibera n.7 del 28.12.2015, nella seduta del 13.04.2022 hanno

condiviso l'elaborazione della scheda del "potenziale evento corruttivo" predisposto dal RPCT ed utilizzata dalle UU.OO. e preso atto delle schede prodotte dalle stesse, riportate nella bozza allegato n.1 al PTPCT.

Allegato B) ALLEGATO 1 AL PTPCT

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

L'attività di valutazione del rischio viene fatta per ciascun processo e/o fasi di processo mappato.

Per valutazione del rischio si intende il processo di:

- Identificazione,
- Analisi
- Ponderazione del rischio.

L'identificazione consiste nella ricerca, individuazione e descrizione dei rischi.

Gli eventi di corruzione possono essere identificati:

- Con il contributo dei soggetti coinvolti nei processi a rischio (dipendenti, responsabili, utenti...) mediante consultazione e confronto tra i soggetti stessi, tenendo presenti le specificità dell'Azienda, di ciascun processo e del livello organizzativo a cui il processo o la sottofase si colloca;
- Un utile contributo può derivare dai dati tratti dall'esperienza e, cioè, dalla considerazione dei precedenti giudiziari (in particolare, i procedimenti e le decisioni penali o di responsabilità amministrativa) o disciplinari (procedimenti avviati, sanzioni irrogate) che hanno interessato l'Azienda;
- La determinazione degli indici di valutazione della probabilità di ciascun processo;
- Stimando l'efficacia del sistema dei controlli adottato;
- La considerazione dei criteri indicati (discrezionalità dei processi; interesse esterno; controlli; efficacia della trasparenza; grado di attuazione delle misure; personale coinvolto nella gestione del processo).

L'attività di identificazione dei rischi è svolta dall'Azienda con il coinvolgimento dei dirigenti per l'area di rispettiva competenza tramite i propri Referenti. Il coordinamento generale dell'attività è assunto dal Responsabile della prevenzione della corruzione.

L'ANALISI DEL RISCHIO

Consiste nel determinare il livello di rischio degli eventi di corruzione per "misurarli" cioè, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione, stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio. Al riguardo, come raccomandato dall'ANAC nell'allegato 1 al PNA 2019, è stato adottato un approccio di tipo qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza.

Per stimare l'esposizione al rischio, l'Azienda ha definito in via preliminare gli indicatori del livello di esposizione del processo (fase o attività) al rischio di corruzione, supportando l'analisi qualitativa con una rilevazione dei dati e delle informazioni necessarie a esprimere un giudizio motivato, attraverso forme di autovalutazione da parte dei responsabili delle unità organizzative coinvolte nello svolgimento del processo.

Le valutazioni sono state sempre supportate da dati oggettivi (per es. i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari, segnalazioni, ecc.) che consentono una valutazione più oggettiva ed una stima più attenta, nonché rendono più completa la motivazione del giudizio espresso. L'analisi del rischio è stata fatta

anche sulle specificità del contesto di riferimento: particolare rilevanza assumono in questa fase: contenziosi e/o segnalazioni; provvedimenti e procedimenti disciplinari; esiti di controlli; incontri con i responsabili degli uffici e con il personale; evidenza sui media.

Si riportano di seguito gli indicatori di stima che sono stati utilizzati nel processo valutativo e i dati oggettivi impiegati per migliorare il processo di misurazione del livello di rischio, in quanto per supportare l'analisi di tipo qualitativo è necessario esaminare anche dei dati statistici che possono essere utilizzati per stimare la frequenza di accadimento degli eventi corruttivi. Per semplificare e facilitare il raffronto fra gli eventi corruttivi, si è ritenuto utile raggruppare i valori del rischio (livelli) in soli tre livelli (ALTO, MEDIO, BASSO).

INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO

Discrezionalità dei processi

Il processo è del tutto vincolato	BASSO
E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	MEDIO
E' altamente discrezionale	ALTO

Interesse esterno: presenza di interessi, anche economici, per i destinatari del processo

Il processo ha come destinatario finale un ufficio interno	BASSO
Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico	MEDIO
Il processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla PA e comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi (es.: affidamento di appalto)	ALTO

Controlli (controllo preventivo e successivo di regolarità amministrativa, controlli a campione ecc)

Il tipo di controllo applicato costituisce un efficace strumento per neutralizzare il rischio	BASSO
E' efficace ma in minima parte	MEDIO
Non è efficace in quanto il rischio rimane indifferente	ALTO

Efficacia della trasparenza: tracciabilità del processo; diffusione (interna e/o esterna dei documenti/informazioni); completezza e chiarezza dei documenti/informazioni

Le suddette condizioni sono presenti ed attuate in maniera efficace	BASSO
Sono parzialmente presenti e da migliorare	MEDIO
Inadeguate o assenti	ALTO

Grado di attuazione delle misure di trattamento

Le misure vengono attuate	BASSO
Parzialmente attuate	MEDIO
Non vengono applicate	ALTO

Personale coinvolto nella gestione del processo

Il processo è gestito da personale con competenze specifiche e con attribuzione di responsabilità	BASSO
Parzialmente presente il personale con competenze specifiche	MEDIO
Inadeguato o assente il personale con competenze specifiche	ALTO

Valutazione livello di rischio:

Il livello di rischio (alto – medio – basso) deve scaturire esclusivamente dalla valutazione di insieme degli indicatori di rischio utilizzati per la stima. Mentre i dati oggettivi e le informazioni (allegato 2), dovranno essere utilizzati solo come evidenze e guide a supporto della motivazione.

DATI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL RISCHIO

Per migliorare il processo di misurazione del livello di rischio è necessario supportare l'analisi di tipo qualitativo con l'esame dei dati statistici che possono essere utilizzati per stimare la frequenza di accadimento futuro degli eventi corruttivi. Si suggerisce di utilizzare i seguenti dati:

I dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'amministrazione	Possono essere considerate le sentenze passate in giudicato, i procedimenti in corso, e i decreti di citazione a giudizio riguardanti: <ul style="list-style-type: none">✓ I reati contro la PA;✓ Il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione(art.640 e 640 bis c.p.);✓ I procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti);✓ I ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici.
Le segnalazioni pervenute	Le segnalazioni ricevute sia dall'interno dell'amministrazione__ ma anche quelle pervenute dall'esterno. Altro dato da considerare è quello relativo ai reclami che possono indirizzare l'attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla mala gestione di taluni processi organizzativi.
Ulteriori dati in possesso dell'amministrazione	rassegne stampa, ecc..

LA PONDERAZIONE

Nella fase di ponderazione del rischio vengono stabilite le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio e le priorità di trattamento dei rischi. Attraverso il loro confronto, quindi, si scelgono quali eventi di corruzione è necessario prevenire al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento.

Le fasi di processo, i processi o gli aggregati di processo per i quali siano emersi i più elevati livelli di rischio vanno a identificare le aree di rischio, che rappresentano le attività più sensibili e da valutare ai fini del trattamento. Bisogna, pertanto, prevenire subito gli eventi con il livello di rischio maggiore.

La ponderazione può essere effettuata in base ai seguenti criteri:

- dare priorità agli eventi di corruzione che possono ricorrere nei processi con il sistema di controlli meno efficace;
- a parità di controllo, dare priorità agli eventi di corruzione che hanno la modalità di rischio maggiore;
- a parità di modalità di rischio, dare priorità alle aree con quantità di rischio maggiore;
- a parità di quantità di rischio, dare priorità agli eventi più probabili.

IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

La fase di trattamento del rischio consiste nell'individuazione e valutazione delle misure più idonee a prevenire i rischi, che vanno predisposte sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. Al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio, debbono essere individuate e valutate le misure di prevenzione che vanno distinte in misure generali e misure specifiche.

Le **misure generali** agiscono in maniera trasversale sull'intera organizzazione ed incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione. Le **misure specifiche** agiscono in maniera puntuale sui rischi individuati in fase di valutazione del rischio, consentendo la personalizzazione della strategia di prevenzione incidendo su problemi specifici. Entrambe sono importanti e utili ai fini della elaborazione del sistema di prevenzione della corruzione dell'ente in quanto l'efficacia di una misura dipende dalla capacità di quest'ultima di incidere sulle cause degli eventi rischiosi ed è, quindi, una valutazione correlata all'analisi del rischio (**Allegati 1-2 al PTPCT 2022/2024**).

Devono essere opportunamente progettate e scadenzate a seconda delle priorità rilevate e delle risorse a disposizione, evitando la pianificazione di misure astratte e non realizzabili, proprio perché vanno previste misure concrete e traducibili in azioni precise e fattibili.

Tutte le misure individuate sono state, pertanto, adeguatamente programmate, descritte, per far emergere ciò che si vuole perseguire e le modalità con cui verranno attuate, al fine di incidere sui fattori abilitanti; è stata indicata la tempistica, utile per scadenzare l'adozione della misura, nonché consentire un agevole monitoraggio da parte del RPCT; sono stati indicati i responsabili, cioè gli uffici destinati all'attuazione della misura, in un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa; sono stati previsti indicatori di monitoraggio e valori attesi, funzionali alla corretta attuazione delle misure.

L'individuazione, la valutazione e la programmazione delle misure, tenuto conto dell'impatto organizzativo nonché per individuare le modalità più efficaci per la loro messa in atto, è avvenuta con il pieno coinvolgimento dei Dirigenti di struttura per le aree di competenza, cui spetta la responsabilità della loro implementazione e attuazione.

Allegato B) **ALLEGATO 1 AL PTPCT**

Allegato C) **ALLEGATO 2 AL PTPCT**

IL MONITORAGGIO DELLE MISURE

L'azione del monitoraggio delle misure è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati, quindi, alla messa in atto, se ritenuto necessario, di ulteriori strategie di prevenzione. Essa 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 analisi e ponderazione del rischio.

In particolare, negli Enti con organizzazioni complesse e di grandi dimensioni (es. diverse sedi dislocate sul territorio), come la ASL Lanciano-Vasto-Chieti, il monitoraggio eseguito dal solo RPCT potrebbe essere non semplice da espletare, pertanto, sono stati previsti sistemi di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è effettuato dalla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure e il secondo livello dal RPCT.

A tal fine, questa ASL ha provveduto alla costituzione del "Gruppo di Auditor" per la Verifica Ispettiva Interna (Auditing) della corretta applicazione delle misure previste nel PTPCT, istituendo un flusso informativo che ha fatto pervenire al RPCT gli esiti dei diversi controlli (Audit) condotti all'interno dell'Azienda, informazioni utili come strumento per l'aggiornamento del Piano.

Riguardo all'attività di monitoraggio sull'attuazione delle misure, come fatto negli anni precedenti, è stata avviata un'attività istruttoria che ha riguardato tutte le UU.OO. mappate nel Piano medesimo, attraverso un **monitoraggio semestrale**, (entro giugno/luglio 2021) ed un **monitoraggio annuale** (a consuntivo, entro il mese di novembre/dicembre 2021). Infatti, con specifiche note indirizzate ai Dirigenti delle varie strutture, contenenti l'elenco delle misure da applicare, è stato chiesto di rendicontare in ordine all'attuazione delle stesse e, in caso negativo, le motivazioni della mancata attuazione. La maggior parte delle strutture ha comunicato di avere attuato le misure indicate nel PTPCT, alcune hanno risposto dopo solleciti ad adempiere da parte del RPCT.

Il monitoraggio del PTPCT, è stato effettuato, pertanto, sia sulla base di un sistema di reportistica, mediante acquisizione di relazioni semestrali e annuali rese dalle UO che, in tal modo, hanno rendicontato sul loro operato riguardo alle misure da porre in essere secondo quanto previsto nel Piano, sia attraverso Audit specifici annuali sulla corretta applicazione delle misure, con verifiche dirette che hanno consentito più facilmente la raccolta di informazioni, evidenze e documenti necessari per il monitoraggio di secondo livello. Tali confronti sono risultati utili per comprendere meglio lo stato di attuazione delle misure e per riscontrare eventuali criticità, cioè per verificare le attività delle singole U.O. e se quanto previsto nel PTPCT è stato attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi. Il fine è stato quello di ricercare le evidenze oggettive della effettiva applicazione delle misure, attraverso un dialogo con le U.O. risultate a rischio alto-medio/ alto, avviando così un processo documentato di miglioramento continuo che costituisce l'elemento azione/correzione del PTPCT. In data 15.12.2021 si è conclusa positivamente la procedura dell'Audit e l'esito delle verifiche effettuate è stato trasmesso alla Direzione Generale e all'OIV con apposita relazione.

Nel corso degli anni 2022-2024, potranno essere individuate altre iniziative e misure rispetto a quelle previste, per contribuire meglio a definire la strategia complessiva dell'anticorruzione, inserendola in una programmazione pluriennale e rendendo così possibile l'effettiva attuazione delle azioni e, in caso di necessità, addivenire alla revisione parziale delle misure e del Piano.

CODICE DI COMPORTAMENTO

Il codice di comportamento è da considerarsi una misura di prevenzione della corruzione fondamentale, in quanto le norme in esso contenute regolano il comportamento dei dipendenti in senso legale ed eticamente corretto.

Con deliberazione n. 326 del 19.12.2019, è stato adottato un nuovo codice disciplinare e di comportamento valido per il personale del Comparto della ASL Lanciano- Vasto- Chieti nel testo aggiornato con le novelle legislative di cui al D. Lgs. 25 maggio 2017, n. 75 e del CCNL del personale del Comparto del SSN del 21.05.2018 e con deliberazione n.674 del 27.8.2020 è stato adottato un nuovo codice disciplinare e di comportamento valido per il personale della Dirigenza Medica, Sanitaria, Veterinaria e delle Professioni Sanitarie, redatto in modo coordinato ed integrato alla luce delle novelle legislative e contrattuali di cui al D.Lgs. 20 giugno 2016, n. 116, al D. Lgs. 25 maggio 2017, n. 75 ed al CCNL 2016-2018 della Dirigenza Medica, Sanitaria, Veterinaria e delle Professioni Sanitarie, al fine di dotarsi di un più aggiornato documento riguardo al suddetto personale.

A tal riguardo, tutti i Dirigenti aziendali sono stati incaricati di informare e dare la più ampia diffusione a tutto il personale afferente la propria area di competenza, ai codici di comportamento aziendali, peraltro ampiamente pubblicizzati sulla home page del sito aziendale e pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente, nonché sono tenuti a vigilare sulla loro osservanza, attivando tempestivamente, in caso di riscontrata violazione, il procedimento disciplinare nei confronti del trasgressore secondo la disciplina prevista dalle norme di legge e dai regolamenti aziendali.

ROTAZIONE DEL PERSONALE

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume rilievo l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio.

Pertanto, i Responsabili delle articolazioni aziendali sono tenuti a programmare la rotazione del personale assegnato alla propria UO, tenendo conto della qualifica e del profilo professionale e salvaguardando, in ogni caso, le specificità professionali in riferimento alle funzioni e la continuità della gestione amministrativa e dei servizi sanitari. Sono inoltre tenuti a trasmettere al RPCT una relazione in merito all'attuazione della presente misura, specificando le eventuali ragioni che ostano alla sua applicazione e le misure alternative adottate (quale ad esempio la "segregazione di funzioni" o meccanismi operativi di condivisione delle fasi procedurali).

Vi è da dire che La ASL è stata interessata, nel corso del 2021 sia da una riorganizzazione a livello apicale in quanto è cambiata la composizione della Direzione Generale con la nomina di un nuovo Direttore Amministrativo Aziendale, sia a livello dirigenziale in quanto si è provveduto a riformare l'assetto organizzativo dell'Area professionale, Tecnica ed Amministrativa e le Funzioni di Staff che ha determinato la rotazione di alcuni Dirigenti, nell'ambito dei Dipartimenti Amministrativo, Tecnico e in Staff alla Direzione ed un avvicendamento di dirigenti derivante dalla costituzione di nuove Unità Operative. Inoltre il pensionamento di alcuni Dirigenti ai vertici di UOC, ha favorito il ricambio di personale che ricopre incarichi di responsabilità.

Nell'ambito, poi, di svariate UO (SPSAL, VAPS, IAPZ, SIAN, IPM, Acquisizione beni e Servizi...), in base alle proprie specificità, è stato già intrapreso un percorso gestionale ed organizzativo che ha portato ad una

rotazione interna dei compiti, nonché ad una reale interscambiabilità di funzioni tra i diversi dipendenti dell'ufficio.

OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSE

Premesso che il conflitto d'interesse è la situazione in cui un interesse secondario (privato o personale) potrebbe interferire con l'abilità di un funzionario pubblico ad agire in conformità con i suoi doveri e responsabilità (interesse primario), l'art. 1, comma 41, della L. n. 190/2012, che ha introdotto l'art.6 bis nella L. n° 241/90, rubricato "conflitto di interessi", ha stabilito che "il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale".

Pertanto, i dipendenti della ASL Lanciano Vasto Chieti devono prestare la massima attenzione alle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interesse che la legge ha valorizzato con l'inserimento di una nuova e specifica disposizione, di valenza prevalentemente deontologico/disciplinare.

Tale situazione di conflitto di interesse viene ribadita dall'art.6 del Codice di comportamento generale. La segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al dirigente responsabile dell'ufficio di appartenenza, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse, idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico esso dovrà essere affidato dal dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente, suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento.

Sono state aggiunte specifiche disposizioni in materia di conflitto di interesse nel d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50, recante il codice dei contratti pubblici. L'ipotesi del conflitto di interessi è stata descritta avendo riguardo alla necessità di assicurare l'indipendenza e la imparzialità nell'intera procedura relativa al contratto pubblico. La fattispecie si realizza quando il personale di una stazione appaltante o un prestatore di servizi che intervenga nella procedura con possibilità di influenzarne in qualsiasi modo il risultato, abbia direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può minare la sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione del contratto.

In particolare, il comma 2 dell'art. 14 dispone l'obbligo di astensione del dipendente nel caso in cui l'amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità.

Attraverso adeguati percorsi formativi, la ASL si è impegnata a dare conoscenza a tutto il personale dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, dei comportamenti da seguire e delle

conseguenze che scaturiscono dalla violazione della normativa. Inoltre, nel corso del 2022 la ASL proseguirà con le seguenti attività : acquisizione e conservazione delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte dei dipendenti al momento dell'assegnazione all'ufficio o della nomina a RUP ; predisposizione di appositi moduli ; formazione e sensibilizzazione del personale al rispetto di quanto previsto in materia dalla l. 241 /1990 e dal codice di comportamento.

SVOLGIMENTO DI INCARICHI D'UFFICIO – ATTIVITA' ED INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI

La L. n.190/2012 è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D. lgs. n.165/2001, poiché il cumulo sullo stesso dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'Azienda può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico soggetto decisionale.

Tale concentrazione aumenta il rischio che l'attività amministrativa possa essere indirizzata verso fini privati o impropri, determinati dalla volontà del dirigente stesso. Inoltre, lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa e creare situazioni dalle quali possono emergere fatti corruttivi.

Il legislatore ha previsto una specifica misura di trasparenza all'art. 18 del d.lgs. 33/2013, ai sensi del quale le amministrazioni sono tenute a pubblicare i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti, con l'indicazione della durata e del compenso spettante.

Al riguardo, ai sensi del menzionato art.18, questa ASL provvede a pubblicare i dati su Amministrazione trasparente nella sezione Personale, sottosezione di secondo livello "Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)" in modo che tutti possano controllare detti incarichi. La pubblicazione aggiunge, dunque, maggiore efficacia alla misura generale prevedendo un controllo da parte anche di soggetti esterni.

Riguardo alla procedura relativa al rilascio delle autorizzazioni e/o conferimenti degli incarichi extraistituzionali ai dipendenti, per quel che concerne la ASL, è stata predisposta una bozza di regolamento inerente i criteri di conferimento e di autorizzazione che verrà adottato nel corso del 2022.

INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ EX D.LGS. 39/2013

Il d.lgs. n. 39/2013, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ha disciplinato:

particolari ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza; situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati e ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per i delitti contro la pubblica amministrazione.

Quanto sopra, poiché lo svolgimento di certe attività può agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di incarichi dirigenziali.

Al riguardo l'ANAC con la delibera n°149 del 22 dicembre 2014 "Interpretazione e applicazione del d. lgs. n° 39/2013 nel settore sanitario", ha chiarito l'ambito e i limiti di applicabilità delle disposizioni in tema di

inconferibilità e incompatibilità, precisando espressamente che “le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le ASL devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all’art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n.190, e dagli artt. 5,8,10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n.39”.

L’ANAC, inoltre, con delibera n° 833 del 3 agosto 2016 ha emanato linee guida in materia di accertamento delle cause di inconferibilità ed incompatibilità da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione, alle quali lo stesso si è attenuto.

L’ASL provvede a verificare l’insussistenza delle cause specifiche di inconferibilità/incompatibilità previste dalla legge agli incarichi dalla stessa conferiti di Direttore Amministrativo e di Direttore Sanitario, atteso che l’incarico di Direttore Generale viene conferito dall’amministrazione regionale e, dunque, sia il conferimento dell’incarico che i provvedimenti conseguenti sono di competenza della Regione Abruzzo.

L’accertamento avviene mediante dichiarazione resa dall’interessato che deve essere pubblicata sul sito dell’Azienda e acquisita tempestivamente, per le dovute verifiche ai fini del conferimento dell’incarico. La ASL provvede alla pubblicazione dell’atto di conferimento dell’incarico, ai sensi dell’art. 14 del d.lgs. 33/2013 e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell’art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013. A tal fine, la UOC Amministrazione e Sviluppo delle Risorse Umane è tenuta ad assicurare che i soggetti interessati rendano le dichiarazioni di cui sopra, con cadenza annuale.

ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

La L. n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell’ambito dell’art.53 del D. Lgs. n. 165/2001 , con lo scopo di ridurre le situazioni di corruzione connesse all’impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, in quanto durante il periodo di servizio il dipendente potrebbe artatamente predeterminarsi delle situazioni lavorative vantaggiose sfruttando la sua posizione e il suo potere all’interno dell’amministrazione per ottenere un lavoro presso l’impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. Quindi, per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto si deve eliminare la “convenienza” di accordi fraudolenti.

I dipendenti sono quelli che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell’amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall’art. 125, commi 8 e 11, del d. lgs. n. 163/2006).

I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l’amministrazione, anche in caso di collocamento in quiescenza, non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

Tale divieto si applica non solo ai dipendenti con contratto a tempo indeterminato ma anche ai soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo; si applica non solo al soggetto che ha firmato l’atto ma anche a coloro che hanno partecipato al procedimento.

Rientrano, pertanto, in tale ambito, ad esempio, i dirigenti, i funzionari che svolgono incarichi dirigenziali, coloro che esercitano funzioni apicali o a cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno dell'ente, ma anche "il dipendente che ha comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione".

I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico, in violazione del divieto, sono nulli.

I soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi eventualmente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo.

Al fine di garantire quanto stabilito dalla normativa:

- il Direttore della U.O.C. Amministrazione e Sviluppo delle Risorse Umane della ASL Lanciano Vasto Chieti dovrà garantire che, nei contratti di assunzione del personale, venga inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente. Inoltre, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, far sottoscrivere una dichiarazione con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.
- I Direttori delle UU.OO. che provvedono all'acquisizione di beni servizi e forniture della ASL Lanciano Vasto Chieti sono tenuti ad assicurare che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei loro confronti, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto. In caso contrario si dispone l'esclusione dalle procedure di affidamento e si agirà in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art.53, comma 16 ter, D. Lgs. n. 165/2001.

FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI E CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

La L. n. 190/2012 ha introdotto l'incompatibilità per la prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici. Infatti, il nuovo art. 35 bis, inserito nell'ambito del D. lgs n. 165/2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. La norma, infatti, prevede:

" 1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

- a) Non possono far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- b) Non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- c) Non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D.lgs n. 39/2013.

La preclusione opera in presenza di una sentenza, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione, anche se la decisione non è ancora passata in giudicato.

I soggetti interessati sono: i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori. La violazione della norma comporta l'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

Pertanto, I Direttori delle UU.OO. che provvedono all'acquisizione di lavori servizi e forniture ed il Direttore della UOC Amministrazione e Sviluppo delle Risorse Umane dell'Azienda, ciascuno per la rispettiva competenza, nonché tutti i responsabili delle articolazioni aziendali, sia centrali che periferiche sono tenuti a verificare la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nei seguenti casi: all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di servizi o forniture o di commissioni di concorso; all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri previsti dall'art. 3 del D.lgs n. 39/2013; agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato; a porre in essere le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo; ad assicurare che, nell'attribuzione degli incarichi, vengano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento; ad adeguare i propri regolamenti su quanto stabilito dalla norma.

In fase di monitoraggio, il RPTC chiederà report periodici circa l'acquisizione e il controllo delle dichiarazioni rese dai soggetti interessati.

Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, L'Azienda:

- Si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione,
- Applica le misure previste dall'art. 3 del D.lgs. n. 39/2013,
- Provvede a conferire o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO

Le nuove norme (legge n.179/2017) modificano l'articolo 54 bis del Testo Unico del Pubblico Impiego stabilendo che il dipendente che segnala al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'ente o all'Autorità nazionale anticorruzione o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o contabile, le condotte illecite o di abuso di cui sia venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto di lavoro, non può essere, per motivi collegati alla segnalazione, sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altre misure organizzative che abbiano effetti negativi sulle condizioni di lavoro. L'adozione di misure ritenute ritorsive è comunicata all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni

sindacali maggiormente rappresentative. La disciplina si applica anche ai lavoratori e ai collaboratori delle aziende che hanno ricevuto appalti dalla P.A.

Non potrà, per nessun motivo, essere rivelata l'identità del segnalante e, nell'ambito del procedimento penale, la segnalazione sarà coperta nei modi e nei termini di cui all'articolo 329 del codice di procedura penale. La segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.

Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità.

La nuova disciplina prevede che il dipendente sia reintegrato nel posto di lavoro in caso di licenziamento e che siano nulli tutti gli atti discriminatori o ritorsivi. L'onere di provare che le misure discriminatorie o ritorsive adottate nei confronti del segnalante sono motivate da ragioni estranee alla segnalazione, sarà a carico dell'amministrazione.

L'ANAC, a cui l'interessato o i sindacati comunicano eventuali atti discriminatori, applica all'ente, se responsabile, una sanzione pecuniaria amministrativa da 5.000 a 30.000 euro, inoltre, l'Anac applica la sanzione amministrativa da 10.000 a 50.000 euro a carico del responsabile che non effettua le attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute.

Sempre secondo quanto previsto dalla nuova normativa, il dipendente che denuncia atti discriminatori non avrà diritto alla tutela nel caso di condanna del segnalante in sede penale per calunnia, diffamazione o altri reati commessi con la denuncia o quando sia accertata la sua responsabilità civile per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave.

La A.S.L. Lanciano-Vasto-Chieti ha attivato un canale informatico di whistleblowing, uno strumento legale a disposizione del lavoratore per segnalare eventuali condotte illecite o comunque contrastanti con un interesse pubblico di cui sia venuto direttamente a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro.

La disciplina del whistleblowing si applica oltre che ai dipendenti pubblici, anche ai lavoratori e ai collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica, nel rispetto delle garanzie di riservatezza e di tutela previste dalla normativa vigente. La piattaforma informatica è presente nel sito web istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente - Altri Contenuti – Prevenzione della Corruzione" e per inviare una segnalazione il link di riferimento è: <http://whistleblowing.asl2abruzzo.intra>

Inoltre, questa ASL utilizza un canale differenziato e riservato con un indirizzo di posta elettronica dedicato anticorruzione@asl2abruzzo.it, gestito solo dal RPCT e reso pubblico sul sito istituzionale. Ciò posto, il dipendente che segnala illeciti dovrà utilizzare il modello che ANAC aveva già predisposto che, debitamente compilato, dovrà essere inviato al suindicato indirizzo di posta elettronica.

Nel caso in cui detta segnalazione venga presentata a mezzo del servizio postale o tramite posta interna, dovrà essere inviata in busta sigillata al Responsabile della prevenzione della corruzione, con apposta all'esterno la dicitura "Riservata personale".

Le segnalazioni verranno registrate in un apposito registro riservato del protocollo: ad ogni denunciante verrà assegnato un codice sostitutivo dei dati identificativi dello stesso, che costituirà il codice di identificazione, custoditi presso l'ufficio dell'anticorruzione, al fine di garantirne la riservatezza.

Ricevuta la segnalazione, il Responsabile per la prevenzione della corruzione, verificata l'ammissibilità, convoca il Gruppo di Lavoro, costituito per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite con delibera n°390 del 28.09.2015, per prendere in carico la segnalazione al fine di una istruttoria. Accertata la presenza di tutti gli elementi utili ad acclarare i fatti, si valuta a chi inoltrare la segnalazione in relazione ai profili di illiceità riscontrati tra i seguenti soggetti: Dirigente della struttura cui è ascrivibile il fatto; Ufficio Procedimenti Disciplinari; Autorità Giudiziaria; Corte dei Conti; ANAC; Dipartimento Funzione Pubblica.

Le segnalazioni vengono esaminate solo se sufficientemente dettagliate. Pertanto, per consentire la gestione delle stesse è necessario che la denuncia sia circostanziata, riguardi fatti riscontrabili, conosciuti dal denunciante e non riportati da altri soggetti, nonché contenga tutte le informazioni necessarie per individuare gli autori della condotta illecita. In mancanza di tali elementi, non sarà possibile procedere.

Chiunque riceve o viene a conoscenza della segnalazione e coloro che successivamente vengono coinvolti nel processo di gestione della segnalazione, sono soggetti all'obbligo della riservatezza, salve le comunicazioni che per legge devono essere effettuate.

La violazione dell'obbligo di riservatezza comporta responsabilità disciplinare e il mancato rispetto potrà comportare l'irrogazione di sanzioni disciplinari, salva l'eventuale responsabilità civile e penale dell'agente.

Nel corso del 2021 è pervenuta una segnalazione anonima attraverso il canale informatico di whistleblowing.

LA FORMAZIONE IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE

La formazione riveste una grande importanza nell'ambito della prevenzione della corruzione: fondamentale è la definizione dei contenuti minimi dei piani di formazione in tema di anticorruzione e dei criteri in base ai quali viene articolata l'offerta formativa.

Il percorso di formazione dovrà essere indirizzato secondo un approccio che sia al contempo normativo-specialistico e valoriale, in modo da accrescere le competenze e lo sviluppo del senso etico e, quindi, potrà riguardare le norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione ed in particolare i contenuti della Legge 190/2012, gli aspetti etici e della legalità dell'attività amministrativa oltre ad ogni tematica utile per prevenire e contrastare la corruzione.

E' opportuno che i Dirigenti Responsabili delle articolazioni aziendali, al fine di assicurare la più ampia divulgazione delle suddette tematiche, oltre a sensibilizzare il proprio personale sul partecipare ai corsi che l'Azienda organizza, effettuino presso le rispettive Unità Operative degli incontri formativi brevi nel corso dei quali gli operatori che hanno partecipato ai programmi di formazione aziendali, esponano le indicazioni essenziali apprese, assicurando così, la più ampia divulgazione dei temi relativi alla prevenzione e al contrasto della corruzione.

Il Responsabile anticorruzione ha elaborato, per il 2021, un cronoprogramma con le indicazioni sui contenuti dei percorsi formativi da intraprendere, prevedendo il coinvolgimento di tutti gli operatori dell'azienda, condiviso dalla ASL che ha ritenuto necessario implementare lo sviluppo complessivo e la

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022 - 2024	Rev. 0 del 29/06/2022		Pag.59/68
---	--------------------------	--	-----------

formazione delle risorse umane rivolta alla realizzazione degli obiettivi strategici correlati ai bisogni emergenti dell'azienda e mirati allo sviluppo delle professionalità, definendo percorsi e iniziative formative differenziate, per contenuti e livello di approfondimento, in relazione ai diversi ruoli che i dipendenti svolgono.

Infatti, nel corso del 2021, come per gli anni precedenti, sono stati erogati 3 corsi online: uno, di livello specifico, tipo webinar, destinato al RPCT, ai Referenti Anticorruzione e trasparenza, ai Direttori dell'area sanitaria e non delle UO mappate e ai funzionari addetti alle aree a rischio; un corso on line destinato ai dirigenti dell'area sanitaria e non; un corso on line rivolto a tutto il personale del comparto sanitario e non, coinvolgendo, in tal modo, tutti i dipendenti. Pertanto, la formazione è stata di notevole importanza in quanto, considerata la complessità organizzativa aziendale e l'elevato numero di dipendenti, con essa il personale di ogni ordine e grado è venuto a conoscenza della normativa sui temi dell'etica pubblica e della legalità, ma anche del Piano anticorruzione aziendale con la disamina di casi concreti calati nel contesto della sanità.

La predisposizione dei contenuti del piano di formazione del personale rientra nella competenza del RPCT, d'intesa col Direttore dell'Ufficio Formazione.

Per una formazione continua, capillare e diffusa del personale interessato, è necessario prevedere che si svolga, di norma, in house, qualora possibile, o in via telematica con cadenza annuale.

Per il 2022, verranno attivati ulteriori corsi di formazione e di aggiornamento di cui al presente paragrafo, rivolti a tutti i dipendenti dell'Azienda, in modo da accrescere sempre di più le competenze e lo sviluppo del senso etico fra tutto il personale in servizio.

PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI

Il patto di integrità è un sistema di condizioni avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza e, quindi, un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo, volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

Infatti, è un accordo tra l'Amministrazione e i partecipanti alle procedure di gara, che si fonda sui principi sopra riportati che va considerato come un mezzo di prevenzione di portata generale, capace di interporre efficaci barriere contro i tentativi di interferenze illecite nelle procedure di affidamento dei contratti pubblici.

A tal fine, gli uffici addetti all'affidamento dei contratti di questa Azienda applicano la disciplina del Protocollo di Legalità in materia di appalti pubblici sottoscritto in data 29 luglio 2009 con la Prefettura di Chieti, in attuazione dell'art.1, comma 17, della l. n. 190/2012 e, sebbene, come formalmente dichiarato con la nota del 25/11/2015, questa ASL avesse manifestato il suo interesse alla sottoscrizione di un nuovo Protocollo di Legalità ed avesse conseguentemente già avviato un intenso lavoro interno finalizzato alla sua stesura, alla luce delle disposizioni legislative contenute nella L.R. n. 34/2016, si è ritenuto di sospendere l'attività di stesura del nuovo protocollo di legalità, in attesa di valutare i concreti sviluppi della normativa in materia di centrale unica di committenza regionale.

MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI PER LA CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI

Altra misura generale è il monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti, previsto dall'art. 1, comma 9, lett. d) della legge 190/2012, al fine di rilevare eventuali omissioni o ritardi, adottando le azioni necessarie per eliminare le anomalie riscontrate.

Pertanto, i Responsabili delle strutture verificano il rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti e relazionano semestralmente al Responsabile del piano su:

- dati relativi al numero dei procedimenti adottati;
- il numero dei procedimenti conclusi;
- il numero dei procedimenti per i quali si registra un ritardo ed i motivi dello stesso.

I risultati del monitoraggio e delle azioni espletate, sono messi a disposizione della ASL. Al fine di agevolare il lavoro delle UO, il RPCT ha predisposto un' apposita scheda di rilevazione.

SOCIETÀ PARTECIPATA

Con determinazione 1134/2017 dell'8 novembre 2017, l'Anac ha approvato in via definitiva le "nuove linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici".

Per quanto riguarda le società solo partecipate viene stabilita una disciplina meno stringente, infatti le Linee guida indicano opportunamente che queste società non sono prese in considerazione dal legislatore ai fini dell'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione, ma solo l'adempimento, in quanto compatibile, degli obblighi di trasparenza relativamente alle attività di pubblico interesse.

Pertanto, questa ASL, come amministrazione partecipante, ha dato attuazione a quanto previsto nella normativa (art. 22 d. lgs. 33/2013), rinviando al sito della società per le ulteriori informazioni che questi sono tenuti direttamente a pubblicare provvedendo a controllare la società partecipata sulla pubblicazione/aggiornamento dei dati.

TRASPARENZA

La trasparenza costituisce uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione in quanto consente forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. Attraverso la trasparenza l'amministrazione viene orientata ad operare in maniera eticamente corretta e a perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità, valorizzando l'*accountability* con i cittadini.

La trasparenza dell'attività amministrativa è assicurata dalla ASL Lanciano-Vasto-Chieti mediante la pubblicazione sul sito istituzionale delle informazioni stabilite dal d. lgs. n°33/2013, così come modificato e integrato dal d.lgs. 97/2016.

La ASL ha provveduto ad aggiornare la sezione "Amministrazione Trasparente", con l'intento di garantire a tutti coloro che hanno uno specifico interesse nei servizi forniti dalla ASL e alla cittadinanza in generale, la piena ed efficace accessibilità delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, del suo andamento gestionale e dell'utilizzo delle risorse, attraverso la pubblicazione on-line dei dati.

La sezione è organizzata in sottosezioni al cui interno sono contenuti i dati, le informazioni e i documenti che vanno pubblicati ai sensi della normativa vigente, ciascuna corrispondente ad un determinato obbligo di pubblicazione secondo lo schema definito nella tabella di cui alla delibera Anac n°1320/2016.

TRASPARENZA E TUTELA DEI DATI PERSONALI

La pubblicazione on line sul sito istituzionale dei dati e delle informazioni deve tener conto di alcuni limiti posti dalla legge, delimitando le sfere di possibile interferenza tra discipline della trasparenza e protezione dei dati personali. In particolare deve avvenire nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali, ai sensi dell'art. 1, c 2 del d.lgs. 33/2013 e delle Linee Guida in materia di trattamento di dati personali, adottate dal Garante della Privacy con delibera n°243 del 15 maggio 2014.

E' necessario, pertanto, un bilanciamento tra diritto alla riservatezza dei dati personali e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, avvalendosi del criterio della proporzionalità, cioè bisogna rispettare i criteri di necessità, proporzionalità, finalità, pertinenza e non eccedenza nel trattamento dei dati personali.

Nella ASL vi è un unico Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) che dovrà pertanto occuparsi di svolgere la regia complessiva della predisposizione del Piano.

La pubblicazione dei dati viene, infatti, coordinata dal RPCT, Dott.ssa Giustinantonia Chieffo, Dirigente della UOSD Sistema Informazione, Comunicazione e Marketing che deve adottare, di concerto e con il supporto della UOC Informatica e Reti e dell'Ufficio Stampa, tutti gli accorgimenti necessari per favorire l'accesso da parte dell'utenza e le modalità tecniche di pubblicazione, (accessibilità e usabilità), assistendo i Dirigenti nella individuazione di soluzioni tecnologiche specifiche e alla loro attuazione. Soltanto in tal modo i dati potranno essere pubblicati secondo schemi che ne garantiscano l'integrità, la facile lettura e l'immediata accessibilità con chiarezza e semplicità di consultazione.

PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA

I DIRIGENTI RESPONSABILI DELLA PUBBLICAZIONE E DELL'AGGIORNAMENTO DEI DATI - I FLUSSI INFORMATIVI

Un ruolo fondamentale riguardo all'applicazione dei contenuti della normativa vigente è quello svolto dalle UU.OO. della ASL i cui Dirigenti devono assolvere all'obbligo di pubblicità in qualità di fonte di produzione del documento.

Pertanto, i Direttori/Dirigenti delle UU.OO. coinvolte nel PTPCT hanno la responsabilità sulla mancata adozione e realizzazione dello stesso e/o sul mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione prescritti.

In base alle modifiche all'art. 10 del d.lgs. 33/2013, il PTPCT riporta, in apposito Schema, allegato 3 al presente Piano, i Responsabili della individuazione e/o elaborazione, trasmissione, pubblicazione ed aggiornamento dei documenti, delle informazioni e dei dati, ai sensi del menzionato d.lgs. , in quanto le nuove disposizioni normative stabiliscono che devono essere indicati i soggetti cui compete la trasmissione e la pubblicazione dei dati, in un'ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne delle amministrazioni ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza.

Al Direttore responsabile della UO interessata spetta la piena ed esclusiva responsabilità oltre che della avvenuta pubblicazione dei dati/informazioni, anche della loro completezza, tempestività, integrità, qualità e fruibilità, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

SISTEMA DI MONITORAGGIO

Le UU.OO. competenti dovranno procedere alla verifica e all'aggiornamento di quanto pubblicato sulla pagina "Amministrazione Trasparente". Anche il RPCT, coadiuvato dai Referenti attiverà, un sistema di monitoraggio che avrà cadenza semestrale e riguarderà il processo di attuazione del Piano attraverso la scansione delle attività ed indicando gli scostamenti dal piano originario. Queste attività daranno origine ad un report di monitoraggio che sarà trasmesso anche all'OIV.

A conclusione di ogni anno, tutti i Dirigenti interessati dovranno predisporre una relazione riassuntiva relativa alla corretta, completa ed aggiornata pubblicazione dei dati di competenza, secondo quanto previsto nel PTPCT (allegato 3), da trasmettere al RPCT il quale ne terrà conto per la redazione della propria relazione annuale che verrà trasmessa ai componenti dell'OIV.

L'OIV è il soggetto che "promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità" (articolo 14, comma 4, lettera f) e g), del d. lg.n.150 del 2009); i risultati dei controlli che l'OIV effettua con il supporto del RPCT, confluiscono nella relazione annuale che deve presentare all'ANAC e agli organi politico amministrativi dell'azienda. Infatti, l'Autorità individua annualmente gli obblighi di pubblicazione oggetto di attestazione e fornisce indicazioni agli OIV sulla loro predisposizione. Le attestazioni devono essere poi pubblicate nella sezione «Amministrazione trasparente» entro il termine fissato.

MISURE PER ASSICURARE L'EFFICACIA DELL'ISTITUTO DELL'ACCESSO CIVICO

Con il d. lgs 97/2016 è stata introdotta una nuova forma di accesso civico ai dati e ai documenti pubblici, quella dell'"**accesso civico generalizzato**", equivalente a quella che nei sistemi anglosassoni è definita *Freedom of information act* (Foia). Questa nuova forma di accesso prevede che chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, può accedere a tutti i dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto di alcuni limiti tassativamente indicati dalla legge.

L'**accesso civico semplice**, già introdotto dal D.Lgs. n. 33/2013 si sostanzia, invece, nel diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati di cui la P.A. ha omesso la pubblicazione, nei casi in cui vi è obbligata. Pertanto, il diritto di accesso non è totalmente libero, ma lo si può esercitare solo a seguito del mancato rispetto da parte della P.A. del relativo obbligo di pubblicazione.

Da rilevare che l'accesso generalizzato viene esteso oltre che ai documenti e ai dati in possesso delle amministrazioni pubbliche, anche alle informazioni dalle medesime elaborate, ponendosi come istituto ancor più favorevole al cittadino. Pertanto, il diritto di accesso dovrà essere esaminato caso per caso, dovendo analizzare con attenzione il tipo di dato e, in tal senso, sono di aiuto le Linee guida che l'ANAC ha emanato e approvate con delibera n ° 1309 del 28.12.2016 "Recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti di cui all'art.5 del d. lgs. 33/2013".

Altra novità di rilievo riguarda i termini entro i quali è necessario rispondere ad una istanza di accesso, procedura piuttosto complessa descritta nel nuovo articolo 5, con la novità della sospensione del termine nel caso di coinvolgimento del controinteressato, infatti il termine di 10 giorni in capo a quest'ultimo sospende il termine generale di 30 giorni per rispondere all'istante.

Considerata l'importanza dell'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato, la ASL ha provveduto ad adottare le misure per assicurarne l'efficacia pubblicando, nella sezione Amministrazione Trasparente, tutte le informazioni utili relative alle modalità di esercizio del diritto in questione, corredato di apposita modulistica appositamente predisposta per inoltrare la richiesta. Inoltre, è stato istituito il "registro degli accessi" così definito dalla delibera ANAC n.1309 del 28.12.2016, pubblicato in Amministrazione Trasparente, con lo scopo di consentire il monitoraggio delle richieste presentate per tutte le tipologie di accesso: "accesso documentale" ex l. 241/90 e s.m.i., "accesso civico semplice" ex art. 5, c.1, "accesso civico generalizzato" ex art. 5-c.2 d. lgs. 33/2013 e s.m.i..

DATI ULTERIORI

La ASL può individuare, anche sulla base delle osservazioni e/o richieste pervenute, i c.d. "dati ulteriori" che sono dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente, ma che l'ente si riserva di pubblicare in una logica di piena apertura verso l'utenza al fine di garantire azioni sempre più mirate per il miglioramento dei servizi offerti.

Al riguardo, si è ritenuto utile pubblicare, nella sezione "altri contenuti- dati ulteriori", dei report contenenti le UO con il rispettivo numero di reclami pervenuti durante l'anno.

Nel corso del triennio, sia per rafforzare l'esigenza di trasparenza, sia a seguito di richieste da parte degli stakeholder, potranno essere pubblicati altri dati che la Direzione Generale, di concerto con i dirigenti, riterrà opportuno pubblicare, nell'ottica di rafforzare la misura della trasparenza nel proprio PTPCT, anche oltre al rispetto di specifici obblighi di pubblicazione già contenuti in disposizioni vigenti.

Allegato D) ALLEGATO 3 AL PTPCT

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Il modello organizzativo adottato dall'Azienda fa riferimento al nuovo Atto Aziendale¹⁰, descritto nel Piano Annuale di Organizzazione¹¹, è interessato da processi di riorganizzazione che coinvolgono sia la dimensione orizzontale che quella verticale, con lo scopo di ridurre i vincoli e le criticità dell'assetto organizzativo di ostacolo al cambiamento, necessario a rispondere alle necessità ed ai fabbisogni specifici.

A fronte di un costante decremento del capitale umano, dovuto ai numerosi pensionamenti nell'anno in corso, l'Azienda ha attivato già nel corso dell'anno 2021 diverse procedure concorsuali e ha sopperito alle carenze mediante procedure per l'acquisizione di personale a tempo determinato e/o interinale e turnistiche aggiuntive anche in ambito dipartimentale.

La struttura organizzativa che si descrive ha dimostrato una notevole efficacia in termini di senso di appartenenza e di partecipazione di governo di tutti coloro che rivestono ruoli dirigenziali e di responsabilità, al di là della sfera tecnico-professionale.

Le articolazioni organizzative:

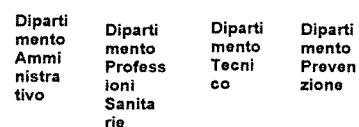
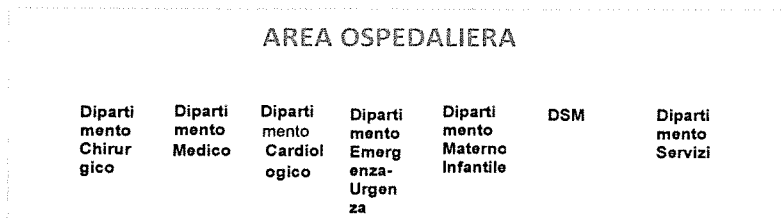
¹⁰ adottato con deliberazione n. 322 del 14/03/2018

¹¹ deliberazione del Direttore Generale n. 1272 del 30/10/2022

DIREZIONE GENERALE

FUNZIONI DI STAFF

DIREZIONE SANITARIA PRESIDI OSPEDALIERI



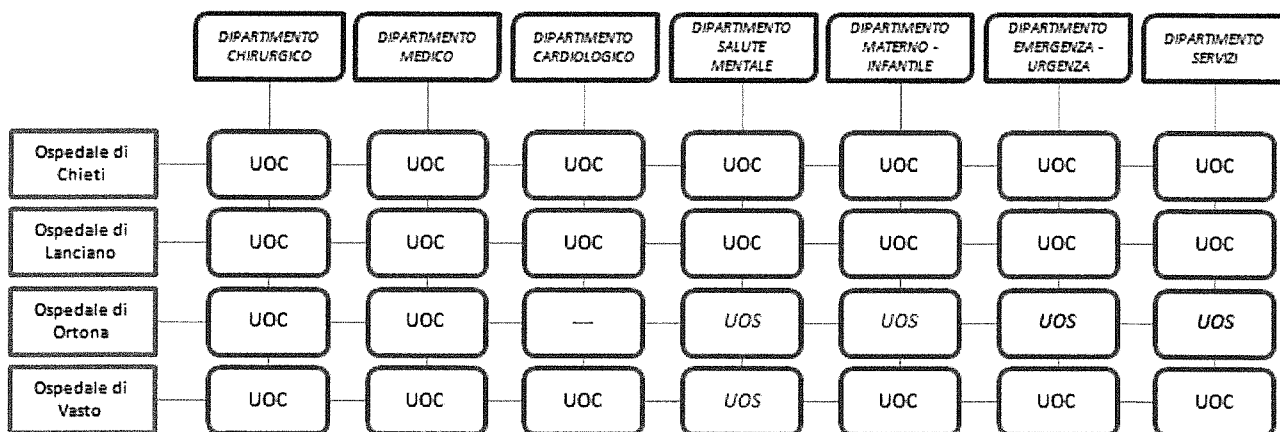
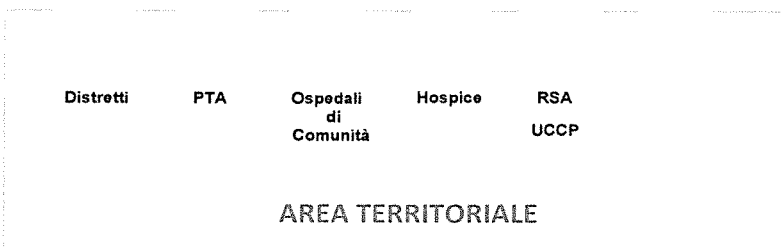
Linea di Produzione Paziente fragile (include infanzia e problemi in età evolutiva)

Linea di Produzione Paziente Post-acuto

Linea di Produzione Paziente urgente

Linea di Produzione Paziente cronico

Linea di Produzione Percorso nascita



3.2 PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE

La Legge 183/2010 stabilisce che le pubbliche amministrazioni costituiscano al proprio interno senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni. Esso sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.

Con deliberazione n. 551 del 18/5/2016 è stato costituito il CUG aziendale, il cui funzionamento è stato regolamentato con deliberazione n. 997 del 18/8/2016, ed integrato successivamente con deliberazione n. 438 del 19/4/2017. Di seguito si riporta un'analisi di genere, con i rispettivi indicatori, relativa al personale in servizio al 31/12/2020.

Indicatori	2020
% donne rispetto al totale del personale	66,92%
% dirigenti donne sul totale dei dirigenti	54,58%
% dirigenti donne con incarico di UOC/totale di UOC	14,28%
% dirigenti donne con incarico di UOSD/totale di UOSD	22,72%
% di personale donne assunto a t.i.	85,66%
Età media del personale femminile dirigente	51 anni
Età media del personale femminile comparto	50 anni

3.3 FORMAZIONE

La programmazione annuale della formazione del personale all'interno della ASL, finalizzata al miglioramento degli standard di efficacia, appropriatezza, sicurezza e qualità dei servizi professionali resi, si sviluppa seguendo gli obiettivi formativi strategici determinati dalle commissioni ECM nazionale e regionale. Per il 2022 l'ASL Lanciano Vasto Chieti ha approvato il Piano Formativo Aziendale¹², indicando i piani di sviluppo delle competenze emersi dall'analisi di fabbisogni formativi aziendali indicati dai Direttori di Dipartimento e valutati dal Comitato scientifico e programmando i percorsi formativi aziendali e i corsi interni all'azienda, nel rispetto delle linee guida del Piano formativo regionale 2022.

Inoltre al fine di supportare l'implementazione del nuovo sistema di gestione documentale saranno avviate sessioni di formazione specifica per tutti i dipendenti coinvolti, differenziate a seconda del ruolo e delle funzioni che ognuno avrà nella protocollazione e nella gestione dei documenti e degli atti. La formazione avrà inizio il 5 settembre 2022 e si concluderà entro al fine dello stesso mese, in modo da avere tutti i dipendenti coinvolti nel progetto già adeguatamente formati quando il nuovo sistema entrerà in produzione.

¹² adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 125 del 01/02/2022

Sarà altresì garantita la formazione prevista da disposizioni di legge in materia di sicurezza sul lavoro, protezione dei dati personali e prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità.

SEZIONE 4 - MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle sottosezioni 2.1 "Valore Pubblico" e 2.5 "Performance" avverrà secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lettera b) del decreto legislativo n. 150 del 2009, attraverso il sistema di misurazione e valutazione della performance (SMVP). Si rimanda al riguardo al paragrafo "Misurazione e valutazione della performance" e seguenti.

Il monitoraggio della sezione 2.6 "Rischi corruttivi e trasparenza" avverrà secondo le indicazioni ANAC, come descritto del paragrafo "Il monitoraggio delle misure".

Per la valutazione complessiva dello stato di attuazione del P.I.A.O., in sede di prima applicazione ed in attesa delle Linee guida da emanarsi con decreto del Ministro della pubblica amministrazione, si prevede un'attività di verifica periodica in funzione dell'evoluzione del quadro normativo e delle indicazioni operative che saranno fornite anche dalla Regione Abruzzo, finalizzata all'aggiornamento e all'adeguamento dello stesso, con riserva di individuare allo scopo uno specifico gruppo di lavoro.

ALLEGATI

La documentazione indicata come "allegato" si considera parte integrante del presente documento sebbene disponibile per motivi tecnici in singoli file esterni.

Di seguito viene riportato l'elenco degli stessi:

Allegato A) - Piano della Performance 2022 2024- Schede

Allegato B) - ALLEGATO 1 AL PTPCT

Allegato C) ALLEGATO 2 AL PTPCT

Allegato D) ALLEGATO 3 AL PTPCT