



**REGIONE ABRUZZO**  
**Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI**  
Via dei Vestini, snc – 66100 Chieti  
C.F. e P. Iva 02307130696

**DELIBERAZIONE**  
**DEL**  
**DIRETTORE GENERALE**

N. **550** DEL **30 MAR 2023**

~~DELIBERA IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA~~

**Oggetto: Adozione Piano Triennale della Performance anni 2023-2025.**

**IL DIRETTORE GENERALE**

Thomas Schael, nominato con delibera della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 543 dell'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 della UOC Programmazione e Controllo di Gestione, datata 30/03/2022;

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

**ACQUISITI** il parere espresso ed attestato 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)

**IL DIRETTORE GENERALE**

(Thomas Schael)



## REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO–VASTO–CHIETI

Via dei Vestini, snc – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

### *Proposta di deliberazione*

*per il*

*Direttore Generale*

#### **Oggetto: Adozione Piano Integrato di attività e organizzazione 2023-2025.**

Il Direttore dell'UOC Programmazione e Controllo di Gestione, 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.

- 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;



## REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO–VASTO–CHIETI

Via dei Vestini, snc – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

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 delle 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 dei cittadini, imprese e stakeholder;

**Considerato** che l'articolo 7 comma 1 lettera a) del decreto legge 30 aprile 2022, n.36, ha apportato delle integrazioni 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 D.L. 29 dicembre 2022, n. 198, convertito con modificazioni dalla L. 24 febbraio 2023, n. 14 ha disposto (con l'art. 10, comma 11-bis) che *“Per l'anno 2023 i termini previsti dall'articolo 6, comma 1, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, e dall'articolo 1, comma 8, della legge 6 novembre 2012, n. 190, sono differiti al 31 marzo 2023”*;

### **Dato atto:**

- che il DPR del 24 giugno 2022, n. 81 *“Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione”*,



## REGIONE ABRUZZO

### Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO–VASTO–CHIETI

Via dei Vestini, snc – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

individua gli adempimenti assorbiti dal PIAO, riferiti alla corrispondente sezione del PIAO, ovvero:

a) articolo 6, commi 1, 4 (Piano dei fabbisogni) e 6, e articoli 60-bis (Piano delle azioni concrete) e 60-ter, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

b) articolo 2, comma 594, lettera a), della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio);

c) articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance);

d) articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190 (Piano di prevenzione della corruzione);

e) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Piano organizzativo del lavoro agile);

f) articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Piani di azioni positive);

**Preso atto** che con il DM 30 giugno 2022, n.132 è stato emanato il Regolamento che ha definito il contenuto del Piano, elaborando un Piano-tipo per le amministrazioni pubbliche, precisando che la natura della programmazione integrata ha come presupposto logico dell'intero sistema delineato dal PIAO il coordinamento delle diverse sezioni in cui è articolato. A tal fine le evidenze derivanti dalle analisi di cui all'articolo 3, comma 1, lettera c), n. 1), 2), e 3), costituiscono una premessa comune e introduttiva dell'intero Piano integrato di attività e organizzazione.

#### **Tenuto conto:**

- che l'Azienda ha adottato con deliberazione n. 1361 del 30 settembre 2022 gli strumenti di programmazione strategica ed operativa 2023-2025 previsti dalla normativa nazionale e regionale e3 dal ciclo della programmazione aziendale elaborati in conformità a quanto previsto dal Dlgs 118/2011, s.m.i, dalla L.R. n. 146/1996 e s.m.i, dai principi citabili O.I.C e alle indicazioni fornite dalla Regione Abruzzo con DGR N.481 del 23 agosto 2022 avente ad oggetto "Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Regionali per il triennio 2023-2025";
- che l'Azienda ha adottato in via definitiva con deliberazione n. 1872 del 28.12.2022 il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale per il triennio 2022-2024, approvato con Delibera della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 772 in data 13.12.2022.
- che l'Azienda ha adottato con deliberazione n.1891 del 29 dicembre 2022 il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (P.O.L.A) al fine di disciplinare l'applicazione delle disposizioni normative e contrattuali vigenti in materia di svolgimento della prestazione in modalità agile.

**Considerato** che la delibera di approvazione del il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale per il triennio 2023-2025, in corso di definizione a cura della UOC Amministrazione e sviluppo Risorse Umane, una volta informate le OO.SS. di categoria, integrerà il presente PIAO;

**Preso atto**, inoltre, dell'approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2023/2025 dal Consiglio dell'Anac il 17 gennaio 2023 con la delibera 7/2023, a seguito



## REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO–VASTO–CHIETI

Via dei Vestini, snc – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

del parere della Conferenza Unificata reso il 21 dicembre 2022 e di quello del Comitato interministeriale reso il 12 gennaio 2023;

**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;

**Ritenuto opportuno** procedere alla adozione entro i termini del PIAO dell’Azienda Sanitaria 02 Lanciano Vasto Chieti 2023-2025, secondo quanto previsto nel documento allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, composto da 4 sezioni elaborate con collaborazione con le UOC Affari Generali Gestione Documentale Convenzioni, UOC Programmazione e Amministrazione delle Risorse Umane, UOC Qualità, Accreditamento e Risk Management, UOSD Governo Liste di Attesa e Sistemi di prenotazione, UOC Informatica e Reti, UOC Investimenti Patrimonio e Manutenzione, l’Ufficio Formazione e dal Responsabile della prevenzione della corruzione, ciascuno per quanto di competenza;

**Visto** l’art 6 comma 4 del D.L 80/2021 così come modificato dalla legge 113/2021, che prevede che le pubbliche amministrazioni pubblichino il Piano e i relativi aggiornamenti nel proprio sito internet istituzionale e assolvano all’obbligo di trasmissione tempestiva del documento di programmazione al Dipartimento della funzione della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo portale PIAO;

### **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 2023-2025, costituito da un unico documento ripartito in 4 sezioni, che si allegano e le relative schede che, allegati al presente atto, ne costituiscono 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 165/2015)

La cui redazione, allo stato, è in corso di istruttoria.

**Di dichiarare** la presente deliberazione immediatamente esecutiva;

**Di disporre** la pubblicazione del documento di programmazione sul portale PIAO del Dipartimento della funzione pubblica utilizzando l’Area riservata, come previsto dall’articolo 6, comma 4 del decreto-legge n. 80/2021;

**Di disporre** la pubblicazione del presente atto e dell’allegato Piano sezione Piano delle Performance, sul sito istituzionale aziendale nella Sezione “Amministrazione



## REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO–VASTO–CHIETI

Via dei Vestini, snc – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

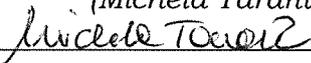
Trasparente”, sottosezione “Performance” – “Piano delle Performance” presente nella home-page, al fine di darne la massima diffusione;

**Di trasmettere** copia del presente atto alla UOC Affari Generali e Legali per la successiva pubblicazione nell’Albo Pretorio, alle UU.OO. dell’area Amministrativa e Tecnica, ai Responsabili di Strutture di Staff, ai Direttori delle Aree Dipartimentali per la successiva comunicazione alle strutture afferenti, ai Direttori di Presidio, ai Direttori delle Aree Distrettuali, al RPCT aziendale, all’Organismo Indipendente di Valutazione, al Collegio Sindacale.

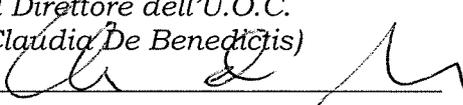
La presente deliberazione consta di n. 08 pagine e di n. 01 allegato.

Data 30 marzo 2023

*L'istruttore*  
(Michela Taranta)

  
\_\_\_\_\_

*Il Direttore dell'U.O.C.*  
(Claudia De Benedictis)

  
\_\_\_\_\_



## REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Via dei Vestini, snc – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

SCHEDA CONTABILE DDG						
PRIMA PARTE ( a cura della UOC Programmazione e Controllo di Gestione)						
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
NON COMPONUTA			SPESA			
Il Direttore della U.O. proponente <u><i>[Signature]</i></u>						
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 _____						
* la UO proponente barra con una croce la prima riga della sezione dedicata in caso di atto che genera costo/investimento già incluso in un precedente atto di programmazione e inserisce gli estremi dell'atto. In tal caso non compila la parte successiva						
*La UO proponente compila una riga per ogni conto di costo/investimento movimentato.						
*Se l'atto genera costi parzialmente ricompresi nella programmazione la UO proponente compila, per ogni conto, 2 diverse righe: la prima per il costo/investimento compreso e la seconda per il costo/investimento non programmato.						
** La UO Bilancio barra con una croce la casella sulla prima riga della sezione dedicata in caso di compilazione corretta e la seconda in caso di incapienza o errore. Nel secondo caso compila la imputazione proposta.						



## REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Via dei Vestini, snc – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

Della suestesa deliberazione viene iniziata  
la pubblicazione il giorno

31 MAR 2023

33608

con prot. n. \_\_\_\_\_

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.

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

La suestesa deliberazione è stata  
dichiarata "immediatamente  
eseguibile".

Il Funzionario preposto

	<b>S.S.N. REGIONE ABRUZZO</b> <b>ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI</b>	Rev 00	Pag. 0/106
	<b>Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)</b> <b>2023 - 2025</b>	Art. 6 del decreto legge n. 80/2021 convertito in legge 6 agosto 2021, n. 113 e s.m.i.	

---

# **PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2023-2025**

---

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



## SOMMARIO

PREMESSA E SCOPO .....	3
SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE .....	4
SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .....	13
2.1 VALORE PUBBLICO .....	13
2.1.1 OBIETTIVI GENERICI E SPECIFICI .....	13
2.1.2 ACCESSIBILITA' .....	19
2.1.3. DEMATERIALIZZAZIONE E SEMPLIFICAZIONE DEI PROCESSI .....	22
2.2 PERFORMANCE.....	25
2.2.1 GLI OBIETTIVI STRATEGICI .....	25
2.2.2 L'ALBERO DELLE PERFORMANCE .....	29
2.2.3 LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA TRIENNALE E LA COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E DI BILANCIO .....	32
2.2.4 COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE CON LA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA .....	35
2.2.5 GLI OBIETTIVI OPERATIVI.....	36
2.2.6 IL PROCESSO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE.....	43
2.2.7 L'IMPATTO DEL PROCESSO DI BUDGET SUL COMPORTAMENTO E SULLA PERFORMANCE DEI DIPENDENTI .....	45
2.2.8 IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE.....	46
2.2.9 IL PROCESSO DI MISURAZIONE.....	48
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	51
OBIETTIVI STRATEGICI.....	53
2.3.1 ANALISI DEL CONTESTO.....	54
2.3.2 IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE .....	63
2.3.3 LA GESTIONE DEL RISCHIO.....	64
2.3.4- MAPPATURA DEI PROCESSI ATTUATI DALL'AZIENDA .....	65
2.3.5- VALUTAZIONE DEL RISCHIO.....	66

2.3.6- IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO.....	71
2.3.7- IL MONITORAGGIO DELLE MISURE.....	72
2.3.7 SISTEMA DI MONITORAGGIO .....	90
SEZIONE 3 -ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	93
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	93
3.2 ORGANIZZAZIONE dEL LAVORO AGILE .....	94
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PESONALE .....	97
3.4 PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE.....	98
3.5 FORMAZIONE.....	101
SEZIONE 4 -MONITORAGGIO.....	103
4.1 STRUMENTI E MODALITA' DI MONITORAGGIO della SODDISFAZIONE.....	103
4.2- MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE .....	104
4.3- MONITORAGGIO SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA .....	105
4.4- MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE CAPITALE UMANO.....	105
ALLEGATI .....	105



## PREMESSA E SCOPO

Nell'ambito delle misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni, funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), l'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, ha introdotto nell'ordinamento il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO). Il nuovo documento di programmazione deve essere adottato da tutte le pubbliche amministrazioni entro il 31 gennaio di ogni anno, ha durata triennale ed è aggiornato annualmente "a scorrimento", con l'approvazione dei provvedimenti attuativi previsti dai commi 5 e 6 del citato articolo 6. In particolare, con il D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 (GU Serie Generale n.151 del 30-06-2022) sono stati individuati gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione:

1. articolo 6, commi 1, 4 (Piano dei fabbisogni) e 6, e articoli 60 -bis (Piano delle azioni concrete) e 60 -ter, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;
2. articolo 2, comma 594, lettera a), della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio);
3. articolo 10, commi 1, lettera a), e 1 -ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance);
4. articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190 (Piano di prevenzione della corruzione);
5. articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Piano organizzativo del lavoro agile);
6. articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Piani di azioni positive).

### LE FINALITÀ DEL PIAO SONO:

- assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa;
- migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese;
- procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi.

Si tratta quindi di uno strumento dotato, da un lato, di rilevante valenza strategica e, dall'altro, di un forte valore comunicativo, attraverso il quale l'Ente pubblico comunica alla collettività gli obiettivi e le azioni mediante le quali vengono esercitate le funzioni pubbliche e i risultati che si vogliono ottenere rispetto alle esigenze di valore pubblico da soddisfare.

### RIFERIMENTI NORMATIVI

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione viene redatto:

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.3/106
---	-------------------------	--	-----------

- nel rispetto del quadro normativo di riferimento relativo alla Performance (decreto legislativo n. 150 del 2009 e le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica) ai Rischi corruttivi e trasparenza (Piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC (ai sensi della legge n.190 del 2012 e del decreto legislativo n. 33 del 2013) e di tutte le ulteriori specifiche normative di riferimento delle altre materie, dallo stesso assorbite;
- sulla base del "Piano tipo" così come previsto dal comma 6, del citato articolo 6, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, così come modificato dall'articolo 1, comma 12, lettera a), n. 3), del decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 febbraio 2022, n. 15, stabilito che con decreto del Ministro per la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, quale strumento di supporto alle amministrazioni
- in linea con il decreto 30 giugno 2022, n. 132 (GU Serie Generale n.209 del 07-09-2022) ha definito il contenuto del Piano, ivi incluse le modalità semplificate previste per le amministrazioni con meno di 50 dipendenti
- sulla base delle indicazioni della nota del Dipartimento della Funzione Pubblica n.2/2022 con oggetto:" Indicazioni operative in materia di Piano Integrato della attività e organizzazione (PIAO) di cui all'art.6 del Decreto Legge 9 giugno 2021 n.80 .

## SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

### SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

SE Z.	SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE	DESCRIZIONE SINTETICA DELLE AZIONI/ATTIVITA' OGGETTO DI PIANIFICAZIONE	UOVO RESPONSABILE
1.1	SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	DA COMPILARSI CON TUTTI I DATI IDENTIFICATIVI DELL'AMMINISTRAZIONE	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

AZIENDA	L'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano-Vasto-Chieti
CODICE AZIENDA	202
CF PIVA	02307130696
SEDE LEGALE	Chieti in via dei Vestini, snc.
SITO INTERNET ISTITUZIONALE	www.asl2abruzzo.it

#### 1.1 CHI SIAMO

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.4/106
---	----------------------	--	-----------

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. Il logo aziendale



ufficiale è quello di seguito raffigurato:

## CONTESTO INTERNO

### 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 o avvalendosi di soggetti con essa 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 azioni:

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

### 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 intramuraria), funzione 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 Km<sup>2</sup> e comprende 104 comuni, di cui 9 costieri, 33 pedemontani e 62 montani. Nel territorio della Asl Lanciano-Vasto-Chieti sono residenti 373.717 abitanti (dati Istat al 1° gennaio 2022), per una densità abitativa media di 144 ab./km<sup>2</sup>.

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.6/106
---	-------------------------	--	-----------

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 14/3/2018, con la quale 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.

**Popolazione residente nella ASL 2 per Aree Distrettuali e genere (Istat al 1° gennaio 2022)**

<b>Distretto</b>	<b>femmine</b>	<b>maschi</b>	<b>Totale complessivo</b>
ASL LVC - Area distrettuale			
1	86.649	81.890	168.539
ASL LVC - Area distrettuale			
2	54.804	52.530	107.334
ASL LVC - Area distrettuale			
3	49.835	48.009	97.844
<b>Totale complessivo</b>	<b>191.288</b>	<b>182.429</b>	<b>373.717</b>

**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 e s.m.i.).

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**

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.7/106
---	-------------------------	--	-----------

La Asl Lanciano-Vasto-Chieti si articola in tre aree distrettuali, così come definito dall'ultimo Atto Aziendale approvato, di seguito indicate, strutturate in sette distretti con relativi punti di erogazione:

1. 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).

2. 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).

3. 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
- Atessa.

---

#### OSPEDALE DI COMUNITA'

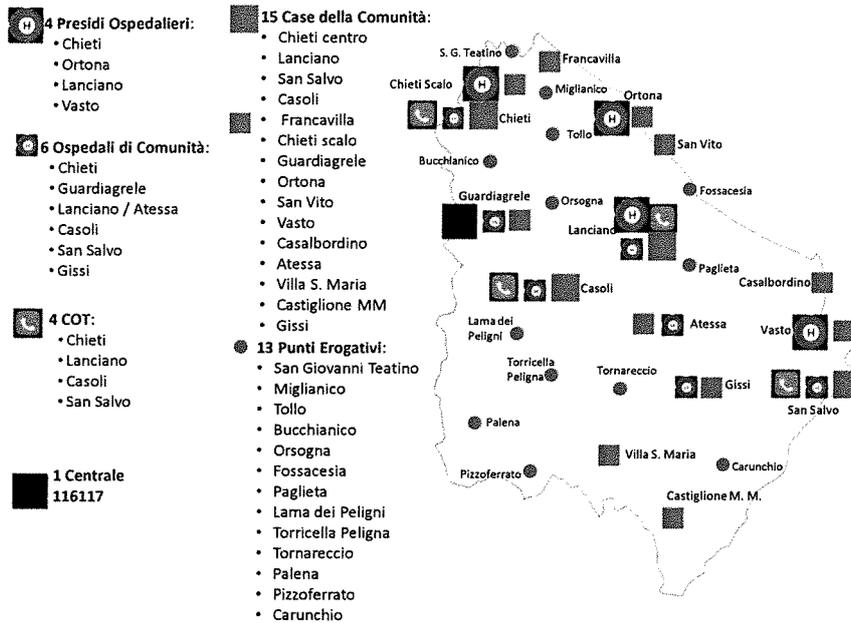
L'Ospedale di Comunità è una struttura residenziale territoriale istituita all'interno del PTA, di ricovero breve per pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità di cura, che si colloca fra il ricovero ospedaliero e le cure domiciliari, in uno stretto rapporto di collaborazione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

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.8/106
---	-------------------------	--	-----------

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.

Gli investimenti infrastrutturali previsti dal PNRR perseguono la strategia che prevede il potenziamento della rete territoriale di assistenza realizzando case di comunità, ospedali di comunità e COT (centrali operative territoriali).

### Collocazione punti di erogazione



*Al*

## 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 e Dipartimento Amministrativo.

## MANDATO ISTITUZIONALE E MISSION AZIENDALE

L'Azienda si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Svolge funzioni di analisi di bisogni di salute e della domanda di servizi che soddisfa attraverso l'erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione secondo i principi di appropriatezza previsti dalla normativa vigente e nell'ambito delle compatibilità economiche derivanti dal sistema di finanziamento regionale. L'azienda riconosce la centralità del paziente, assume come valore strategico la continuità dei percorsi di cura e ritiene fondamentale e distintivo l'insieme di coloro che lavorano in Azienda.

Di seguito si riporta la *Mission* contenuta nell'Atto Aziendale della ASL 202 Lanciano Vasto Chieti:

### Art. 3

#### **La dichiarazione di Mission della ASL 02 Lanciano Vasto Chieti.**

1. **Crediamo** nella forza propulsiva e motivazionale che promana dal rapporto diretto con i nostri utenti e dal confronto serrato con le Istituzioni regionali e con tutti gli attori sociali presenti sul territorio di riferimento. La nostra azione si concretizza attraverso:
  - **l'impegno** costante nella realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali, in grado di fornire risposte adeguate ai bisogni di salute e di qualità della vita espressi prioritariamente dal territorio della provincia di Chieti e, più in generale, dalla regione Abruzzo e dal resto del Paese;
  - **il ricorso** a modelli di erogazione dei servizi basati sulla specializzazione e sull'eccellenza professionale ed organizzativa e, ancor più, orientati all'umanizzazione e alla presa in carico dell'utente, che è costantemente al centro delle nostre attenzioni;
  - **la promozione** dello sviluppo delle competenze e la valorizzazione di tutti gli operatori, coniugando la ricerca scientifica con la sperimentazione di modelli clinico-assistenziali e organizzativi innovativi, connotati da una forte integrazione tra ospedale e territorio.

## CONTESTO ESTERNO

Il territorio della ASL Lanciano-Vasto-Chieti coincide con quello della Provincia di Chieti. Si estende per 2.588,35 Km<sup>2</sup>, 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./kmq (maggiore rispetto alla media di 118 ab./kmq nella regione).

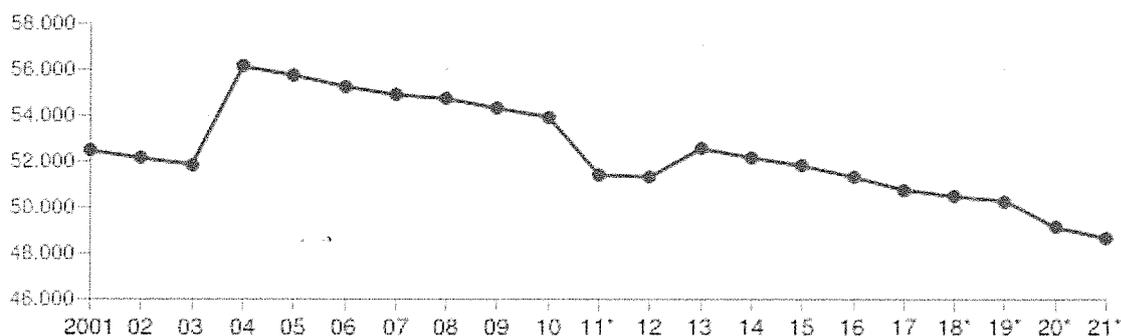
La popolazione ha subito anche nel 2020 un decremento in tutta la regione e nella provincia di Chieti si è registrata una diminuzione di 3.625 unità (pari all'1%).

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
<b>ABRUZZO</b>	<b>1.293.941</b>	<b>1.285.388</b>	<b>-4.376</b>	<b>1.281.012</b>	<b>-12.929</b>

\* 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

COMUNE 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)

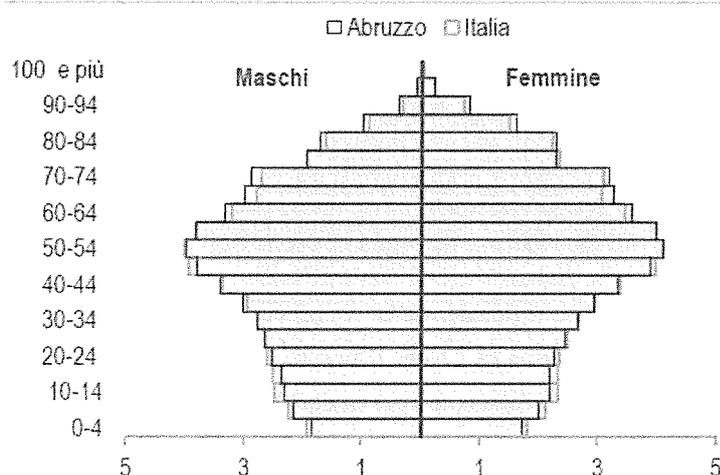
6

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
<b>ABRUZZO</b>	<b>6,6</b>	<b>6,4</b>	<b>11,3</b>	<b>12,4</b>
<b>ITALIA</b>	<b>7,0</b>	<b>6,8</b>	<b>10,6</b>	<b>12,5</b>

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).

## SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 2.1 VALORE PUBBLICO

Il Piano integrato di attività ed organizzazione è un insieme coordinato, tempificato e misurabile di azioni, per ciascuna delle aree in cui si muove l'organizzazione, assicurando la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorando la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedendo alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi. La consapevolezza di mantenere una visione integrata e condivisa è garantita dalla declinazione delle sezioni che compongono il piano in azioni volte alla creazione del valore pubblico.

Il valore pubblico si definisce come l'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, a favore dei cittadini e del tessuto produttivo. Il presente Piano è costruito con la finalità di migliorare la qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, dei destinatari dei servizi erogati. Si tratta di un concetto che non va limitato agli obiettivi finanziari ma comprensivo anche di quelli socioeconomici, che ha diverse sfaccettature e copre varie dimensioni del vivere individuale e collettivo.

La sottosezione descrive, in coerenza con i documenti di programmazione economica e finanziaria, in termini di risultati attesi, gli obiettivi generali e specifici delle strategie per la creazione di Valore Pubblico e i relativi indicatori di impatto. Vengono quindi esplicitate le politiche che l'ente intende tradurre in termini di outcome di valore pubblico, le quali costituiscono la finalità perseguita, in un'ottica di visione integrata, da tutte le sezioni che compongono il presente documento.

#### 2.1.1 OBIETTIVI GENERICI E SPECIFICI

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 aziendale<sup>1</sup>.

Di seguito vengono descritti i risultati attesi in termini di obiettivi generici e specifici, finalizzati alla creazione di *Valore Pubblico*, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati dall'Asl 2 Abruzzo

<sup>1</sup> Gli strumenti di programmazione 2023-2025 della ASL 02 Lanciano Vasto Chieti (deliberazione n. 1361 del 30/09/2022) 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 gli indirizzi di programmazione approvati con Delibera di Giunta Regionale n.481/2022.

Il piano industriale per la riduzione delle liste d'attesa e recupero della mobilità passiva 2023-2025 della ASL 02 LANCIANO VASTO CHIETI prot. N. 14739/2023 è stato approvato dal Collegio di Direzione della ASL 02 Lanciano Vasto Chieti, tenutosi il 02 febbraio 2023 e dalla Commissione Paritetica riunitasi il 06 febbraio 2023.

e con le sezioni che compongono il presente documento. Le strategie descritte si posizionano su un arco temporale almeno triennale, ma le azioni previste consentono la misurazione annuale degli obiettivi definiti.

VALORE PUBBLICO	1. STRATEGIA 2. OBIETTIVO 3. AZIONI	STAKEHOLDERS	TEMPI	INDICATORI	VALORE ATTESO	UU.OO Responsabile
SOCIALE / ASSISTENZIALE / AMBIENTALE	1. POTENZIAMENTO RETE TERRITORIALE DI ASSISTENZA 2. INVESTIMENTI IN INFRASTRUTTURA PREVISTI DAL PNRR 3. REALIZZAZIONE DELLE CASE DI COMUNITA' OSPEDALI DI COMUNITA' COT	POPOLAZIONE FRAGILE E CAREGIVERS	2024	N° CONTRATTI STIPULATI/N° GARE BANDITE	1	IPM
ECONOMICO / SOCIALE / AMBIENTALE	1. INTERVENTI DI EFFICIENTAMENTO ENERGETICO 2. CONTENIMENTO SPESA ENERGETICA 3. RIQUALIFICAZIONE ENERGETICA ATTRAVERSO SOLUZIONI GREEN E DEGLI SPAZI AZIENDALI	TUTTI GLI UTENTI / ASSISTITI	2023	SPESA ENERGETICA	RISPARMIO ECONOMICO RIDUZIONE SPESA ENERGETICA (- 2,7M)	IPM
ECONOMICO / SOCIALE / ASSISTENZIALE / AMBIENTALE	1. MIGLIORAMENTO SALDO MOBILITA' PASSIVA 2. MIGLIORAMENTO DELLA PRESA IN CARICO DEI CITTADINI, IN PARTICOLAR MODO OVER 65 E DISABILI, PER INTERVENTI CHIRURGICI IN ELEZIONE E A MAGGIOR IMPATTO SULLA POPOLAZIONE; 1. SEMPLIFICAZIONE E TRASPARENZA DELLA LISTA DI ATTESA INFORMATIZZATA PER GLI INTERVENTI CHIRURGICI IN ELEZIONE CON MIGLIORAMENTO DEL PERCORSO PERI-OPERATORIO; 2. DIGITALIZZAZIONE ED ATTIVAZIONE DELLA PRE-LISTA; 3. OTTIMIZZAZIONE DELL'ACCESSIBILITA' CON AGENDE DI PRENOTAZIONE IN 2° LIVELLO, DEDICATE AGLI ESAMI DIAGNOSTICI DEI PDTA;	TUTTI GLI UTENTI / ASSOCIAZIONI DEI CITTADINI	2024	INCREMENTO VALORE DELLA PRODUZIONE 2023 = [(VALORE DELLA PRODUZIONE 2023/ VALORE DELLA PRODUZIONE 2022) - 1] ≥ X	≥ 1	IC/GLA/ TUTTE LE UOC OSPEDALIERE
ECONOMICO / SOCIALE / ASSISTENZIALE /	1. RIDUZIONE LISTE DI ATTESA 2. CONTENIMENTO TEMPI DI ATTESA PER LE ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E PER I RICOVERI CHIRURGICI PROGRAMMATI 1. IMPLEMENTAZIONE DELL'OFFERTA PER I PDTA AZIENDALI; 2. MIGLIORAMENTO GESTIONE LISTE DI ATTESA PER INTERVENTO CHIRURGICO MEDIANTE PULIZIA DELLA LISTA SUCCESSIVA AGLI INTERVENTI DI RECALL.	TUTTI GLI UTENTI / ASSOCIAZIONI DEI CITTADINI	2024	1. ATTIVAZIONE E GESTIONE DI NUOVE AGENDE DI 2° LIVELLO PER L'EROGAZIONE DI ESAMI PREVISTI PER I PDTA DI RIFERIMENTO; 2. AGGIORNAMENTO DELLA LISTA DI PRENOTAZIONE CHIRURGICA CON PULIZIA COSTANTE ED ALLINEAMENTO ALLE COMUNICAZIONI DEL SERVIZIO RECALL	SPECIFICO UOC  N.3 VALUTAZIONI	GLA/ TUTTE LE UOC OSPEDALIERE
ECONOMICO/ SOCIALE/ ASSISTENZIALE/ AMBIENTALE	1. SANITA' DIGITALE 2. POTENZIAMENTO DELLA DIGITALIZZAZIONE e TELEMEDICINA 1. PRENOTABILITA' INTERAZIENDALE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE SISTEMA UNICO DI PRONTO SOCCORSO -PIATTAFORMA DI TELEMEDICINA IN ADI - TRASMISSIONE AL FSE DEI REFERTI I SPECIALISTICA AMBULATORIALE. LETTERE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA E VERBALI DI PRONTO SOCCORSO REGISTRATI SUL DOSSIER AZIENDALE	TUTTI GLI UTENTI / ASSISTITI	2023-2024	COMPLETA ATTUAZIONE DELLE INIZIATIVE	3 INIZIATIVE ATTUATE NEL 2023	INFORMATICA E RETI

	2. IMPLEMENTAZIONE DELL'USO DEL CUP DI 2° LIVELLO; REFERTAZIONE SU SISWEB DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI AFFERENTI ALL'U.O.;	TUTTI GLI UTENTI / ASSOCIAZIONI DEI CITTADINI		PERCENTUALE DELLE PRESTAZIONI REFERTATE: N. DI REFERTI/N. DI PRESTAZIONI EFFETTUATE DALL'U.O. NELL'ANNO 2023	SPECIFICO UOC	GLA/ TUTTE LE UOC OSPEDALIERE
	3. Potenziamento dell'accettazione informatizzata dei pazienti su sistema sisweb nel CUP di 2° liv.	TUTTI GLI UTENTI / ASSOCIAZIONI DEI CITTADINI		PERCENTUALE DELLE PRESTAZIONI ACCETTATE: N. DI ACCETTAZIONI/N. DI PRESTAZIONI EFFETTUATE DALL'U.O. NELL'ANNO 2023	100%	GLA/ TUTTE LE UOC OSPEDALIERE
ECONOMICO/ SOCIALE /AMBIENTALE	1. EVOLUZIONE SISTEMI GESTIONALI 2. DEMATERIALIZZAZIONE E SEMPLIFICAZIONE DEI PROCESSI 3. NUOVO SISTEMA DI GESTIONE DOCUMENTALE REALIZZAZIONE DELLA CASA DI VETRO	TUTTI GLI UTENTI / ASSISTITI	2023	COMPLETA ATTUAZIONE DELLE INIZIATIVE	COMPLETA ATTUAZIONE DELLE INIZIATIVE	AFFARI GEN.

## POTENZIAMENTO RETE TERRITORIALE DI ASSISTENZA

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" e "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.

Gli investimenti infrastrutturali previsti dal PNRR perseguono la strategia che prevede il potenziamento della rete territoriale di assistenza realizzando case di comunità, ospedali di comunità e COT (centrali operative territoriali).

Il PNRR con la Missione 6, nel definire la riorganizzazione delle strutture territoriali, deve avviare nel nostro Paese la discussione sull'evoluzione dell'intero sistema di cura territoriale che deve avere la Medicina Generale punto di riferimento imprescindibile.

La nuova rete sanitaria deve essere in grado di articolarsi in strutture intermedie e telemedicina, rafforzando le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e creazione delle case della comunità e ospedali di comunità oltre all'assistenza domiciliare e una vera integrazione con i servizi socio sanitari.

La Medicina del territorio è la risposta alle criticità emerse durante la pandemia in quanto rappresenta un sistema di "sanità diffusa" vicina alle persone, pare evidente che tale riforma necessiti di strumenti di relazione tra i professionisti collegati a obiettivi di salute tali da rendere le prestazioni sanitarie omogenee e garantite a tutti i cittadini, a prescindere dalle caratteristiche geografiche o di logistica, sia attraverso la rete diffusa del medico di famiglia sia con l'integrazione nelle Case di Comunità.

La diffusione dei punti di erogazione e assistenza sul territorio, rende più prossimi e vicini alle persone e ai loro bisogni le possibilità di presa in carico e le risposte assistenziali, evitando spesso lunghi, complicati, talvolta impossibili spostamenti verso i centri di cura, lunghe attese, utilizzo di svariati mezzi per il trasporto.

A seguito della ripartizione delle risorse assegnate con Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze il Dipartimento Sanità della Regione Abruzzo ha comunicato a questa ASL le somme disponibili per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Piano per gli Investimenti Complementari (PNC) così riassunto.

PNRR Mission 6 Component 1			PNC Mission 6 Component 2
Intervento 1.1	Intervento 1.2.2	Intervento 1.3	Intervento 1.2
CdC Case della Comunità	COT Centrali Operative Territoriali	OdC Ospedali della Comunità	Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile
€ 16.837.344,80	€ 623.520,36	€ 7.483.264,36	€ 14.186.112,00

Nell'ambito delle somme assegnate, questa ASL ha provveduto successivamente ad individuare gli interventi da realizzare regolarmente approvati dalla Direzione Aziendale con atti così come indicato sinteticamente nella seguente tabella, dettagliando gli interventi previsti dal programma PNRR (interventi rete sanitaria territoriale) e PNC (interventi miglioramento/adeguamento sismico). Il cronoprogramma degli interventi è contenuto nel Programma Operativo 2022-2024 Regione Abruzzo, DGR N.14 del 17/01/2023.

Tipologia di intervento	CUP	Comune	Importo intervento	Delibera di approvazione DIP
<b>CdC (Casa della Comunità)</b>				
M6.C1 1.1	H77H22000030001	CHIETI	2.410.000,00 €	DG 821 del 9/6/2022
M6.C1 1.1	H72C22000110001	CHIETI SCALO	810.000,00 €	DG 822 del 9/6/2022
M6.C1 1.1	H27H22000200001	FRANCAVILLA	1.160.000,00 €	DG 820 del 9/6/2022
M6.C1 1.1	H17H22000180001	GUARDIAGRELE	660.000,00 €	DG 816 del 9/6/2022
M6.C1 1.1	H77H22000060001	ORTONA	910.000,00 €	DG 817 del 9/6/2022
M6.C1 1.1	H47H22000220001	LANCIANO	1.910.000,00 €	DG 818 del 9/6/2022
M6.C1 1.1	H82C22000160001	SAN VITO	360.000,00 €	DG 811 del 9/6/2022
M6.C1 1.1	H87H22000120001	ATESSA	1.410.000,00 €	DG 815 del 9/6/2022
M6.C1 1.1	H27H22000210001	CASOLI	660.000,00 €	DG 823 del 9/6/2022
M6.C1 1.1	H67H22000130001	VILLA SANTA MARIA	910.000,00 €	DG 812 del 9/6/2022
M6.C1 1.1	H37H22000120001	VASTO	497.344,80 €	DG 810 del 9/6/2022
M6.C1 1.1	H57H22000080001	SAN SALVO	1.910.000,00 €	DG 814 del 9/6/2022
M6.C1 1.1	H87H22000130001	GISSI	910.000,00 €	DG 819 del 9/6/2022
M6.C1 1.1	H57H22000090001	CASTIGLIONE M.M.	410.000,00 €	DG 813 del 9/6/2022
M6.C1 1.1	H94E22000270001	CASALBORDINO	1.910.000,00 €	DG 824 del 9/6/2022
<b>OdC (Ospedale della Comunità)</b>				
M6.C1 1.3	H77H22000310001	CHIETI	3.900.000,00 €	DG 801 del 9/6/2022
M6.C1 1.3	H87H22000460001	ATESSA	2.000.000,00 €	DG 802 del 9/6/2022
M6.C1 1.3	H57H22000610001	SAN SALVO	1.583.264,36 €	DG 800 del 9/6/2022
<b>COT (Centrale Operativa Territoriale)</b>				
M6.C1 1.2.2	H72C22000090001	CHIETI	249.720,00 €	DG 806 del 9/6/2022
M6.C1 1.2.2	H22C22000140001	CASOLI	100.000,00 €	DG 808 del 9/6/2022
M6.C1 1.2.2	H42C22000190001	LANCIANO	200.000,00 €	DG 807 del 9/6/2022
M6.C1 1.2.2	H52C22000050001	SAN SALVO	123.520,36 €	DG 809 del 9/6/2022
<b>PNC</b>				
PNC-M6.C2 1.2	H72C22000300001	CHIETI	5.146.750,35 €	DG 805 del 9/6/2022
PNC-M6.C2 1.2	H72C22000310001	CHIETI	4.626.362,31 €	DG 804 del 9/6/2022
PNC-M6.C2 1.2	H72C22000320001	CHIETI	4.412.999,34 €	DG 803 del 9/6/2022

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023	Pag.16/106
---	----------------------	------------

## INTERVENTI DI EFFICIENTAMENTO ENERGETICO

La Asl 2 Abruzzo ha ritenuto opportuno inserire tra gli obiettivi di valore pubblico specifici obiettivi legati all'efficientamento energetico. Con Regolamento 2022/1369 del 5 agosto 2022 l'Unione europea è intervenuta prevedendo misure volte a ridurre i consumi di gas naturale fino al 31 marzo 2023 per aumentare la sicurezza dell'approvvigionamento energetico e il Dipartimento della Funzione Pubblica ha fornito indicazioni operative nel documento "Dieci azioni per il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia nella Pubblica Amministrazione".

L'azione di efficientamento verrà supportata da interventi previsti per la riqualificazione energetica attraverso soluzioni green degli spazi aziendali contribuendo anche al contenimento della spesa energetica riducendone l'impatto economico e migliorando nel contempo il rispetto ambientale.

Da un'attenta ricognizione dei sistemi edifici-impianti che compongono il parco immobiliare della ASL2 analizzati con lo scopo di evidenziare i margini di riduzione dei consumi energetici e quindi dei costi sostenuti dall'Azienda ed attuabili nel breve periodo ovvero nell'arco temporale dell'anno 2023, la UOC IPM ha potuto definire un percorso virtuoso che determinerebbe un risparmio per l'azienda di almeno € 2.700.000.

Tale target può essere perseguito attraverso l'implementazione delle seguenti azioni di contenimento e risparmio energetico e non solo:

<b>MISURA CORRETTIVA</b>															
<b>AZIONE PER IL RISPARMIO DELL'ENERGIA ELETTRICA.</b> Lavori di RELAMPING (aggiornamento tecnologico migliorativo dell'illuminazione) che interesserà sia l'illuminazione interna degli edifici maggiormente energivori quali l'Ospedale Clinicizzato di Chieti sia l'illuminazione esterna delle strade di avvicinamento agli ospedali/pronto soccorso. La tecnologia usata è quella LED. Si stima un investimento di circa € 1'000'000.00															
<b>AZIONE PER IL RISPARMIO DEL GAS</b> Alla luce del "Piano Nazionale di contenimento dei consumi di gas naturale" del Ministero della Transizione Ecologica, e del Decreto Legge n. 17 del 01/03/2022, ovvero riduzione da 20+/- 2 ° C a 19°+/- 2 ° C e riduzione dell'accensione giornaliera rispetto a quanto stabilito dal DPR 74/2013.															
Costi cessanti derivanti dalla chiusura e alienazione delle seguenti strutture: <table border="1"><thead><tr><th>DENOMINAZIONE</th><th>INDIRIZZO</th><th>LOCALITÀ</th></tr></thead><tbody><tr><td>D.S.B. Chieti ex INAM</td><td>Via dei Martiri Lancianesi, 17</td><td>Chieti</td></tr><tr><td>Distretto di salute mentale</td><td>Viale Giovanni Amendola, 47</td><td>Chieti</td></tr><tr><td>Ospedale ex pediatrico di Chieti</td><td>Via Nicola Nicolini</td><td>Chieti</td></tr><tr><td>Servizio di prevenzione e protezione di San Salvo</td><td>Via Giovanni Pascoli</td><td>San Salvo</td></tr></tbody></table>	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO	LOCALITÀ	D.S.B. Chieti ex INAM	Via dei Martiri Lancianesi, 17	Chieti	Distretto di salute mentale	Viale Giovanni Amendola, 47	Chieti	Ospedale ex pediatrico di Chieti	Via Nicola Nicolini	Chieti	Servizio di prevenzione e protezione di San Salvo	Via Giovanni Pascoli	San Salvo
DENOMINAZIONE	INDIRIZZO	LOCALITÀ													
D.S.B. Chieti ex INAM	Via dei Martiri Lancianesi, 17	Chieti													
Distretto di salute mentale	Viale Giovanni Amendola, 47	Chieti													
Ospedale ex pediatrico di Chieti	Via Nicola Nicolini	Chieti													
Servizio di prevenzione e protezione di San Salvo	Via Giovanni Pascoli	San Salvo													
Nei costi cessanti sono stati considerati sia i costi manutentivi ordinari che straordinari, sia le utenze (elettricità, gas, acqua, Tari). <b>LE PULIZIE HANNO UN IMPATTO DI CIRCA € 180'000.00</b>															
Chiusura strategica (totale o parziale) di strutture sotto utilizzate o risultato di riorganizzazione e accorpamento dei servizi sanitari e amministrativi nel territorio															
<b>ALTRI SERVIZI APPALTATI</b>															

<b>MISURA CORRETTIVA</b>
Ribaltamento costi delle utenze (elettricità, gas, acqua) per il servizio di ristorazione gestito da Dussmann in varie strutture.
<b>CONTENIMENTO DELL'ENERGIA ELETTRICA DEI COMPUTER AZIENDALI NON PRETTAMENTE SANITARI</b> Sviluppo di una Policy specifica applicabile ai circa 1'500 PC aziendali per spegnere/sospendere l'attività se non usati per più di 30 min. Si stima un investimento di circa € 60'000.00
<b>RIORGANIZZAZIONE E AUTOMAZIONE PARCHEGGI DELL'OSPEDALE CLINICIZZATO DI CHIETI</b> Verranno differenziati gli attuali parcheggi a raso su tre categorie: liberi dipendenti ASL, a pagamento, liberi per utenza debole (disabili, gestanti, donatori, etc.) gestiti da casse automatiche e racchiusi da sbarre automatiche. Si stimano n. 475 stalli a pagamento e oltre n. 412 liberi.
Integrazione luci bagni con sensore di movimento al fine di evitare sprechi per dimenticanze di utenza e dipendenti.
Eliminazione degli asciugamani elettrici nei bagni
Contingentamento dei distributori di cibo e bevande con un massimo di uno a padiglione/edificio
Ribaltamento dei costi delle utenze (elettricità, gas, acqua) dei BAR ospedalieri
<b>RECUPERO ALIQUOTA D'ACCISA GAS NATURALE PER COMBUSTIONE PER USI INDUSTRIALI – SANITARI (Art. 26 del D.L.vo 26/10/1995 n. 504)</b>

#### MIGLIORAMENTO DEL SALDO DELLA MOBILITA' PASSIVA E RIDUZIONE DELLE LISTE D'ATTESA

La mobilità passiva esprime l'indice di fuga da una regione, identificando le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini al di fuori della regione di residenza. Gli ultimi dati sulla mobilità passiva riferiti all'anno 2021 evidenziano come sia necessario intraprendere delle azioni che vadano nella direzione di una maggiore efficacia delle azioni di promozione della salute e di prevenzione, nonché del miglioramento e di una maggiore appropriatezza delle modalità di presa in carico dei bisogni di salute, con una particolare attenzione all'assistenza territoriale e all'integrazione fra ospedali e territorio, proprio per favorire l'equità di tutti i cittadini nell'accesso ai servizi sanitari e la presa in carico del paziente.

Tra i principali obiettivi occorre porre evidenza alla riduzione delle liste d'attesa per evitare fughe per bisogni primari/specialistica ambulatoriale. Si pone l'attenzione sulla riorganizzazione degli orari di attività ambulatoriale cercando di estendere l'orario di apertura e chiusura degli ambulatori all'interno della giornata lavorativa, sulla redistribuzione dell'offerta ambulatoriale su tutto il territorio aziendale garantendo equità di accesso alle cure e trasparenza. Altro obiettivo è quello di revisionare le agende ambulatoriali proponendo un incremento di offerta al Cup di 1° livello delle prestazioni traccianti che mostrano maggiori criticità anche redistribuendo le attività di Cup 2° livello.

Gli obiettivi di miglioramento della mobilità passiva e di riduzione delle liste d'attesa rappresentano un incremento del benessere socio-sanitario per gli assistiti residenti nella Asl 2 Abruzzo e nel contempo una riduzione della spesa per la popolazione residente.

Nell'ottica di miglioramento del saldo della mobilità passiva, la strategia aziendale prevede:

- il miglioramento della presa in carico dei cittadini, in particolar modo over 65 e disabili, per interventi chirurgici in elezione e a maggior impatto sulla popolazione attraverso azioni che prevedono la

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.18/106
---	-------------------------	--	------------

- semplificazione e trasparenza della lista di attesa informatizzata per gli interventi chirurgici in elezione con miglioramento del percorso peri-operatorio;
- la digitalizzazione ed attivazione della pre-lista;
  - l'ottimizzazione dell'accessibilità con agende di prenotazione in 2° livello, dedicate agli esami diagnostici dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA);
  - il potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità con l'acquisizione della strumentazione per la specialistica ambulatoriale e interventi per incrementare la disponibilità di apparecchiature elettromedicali diagnostiche nel territorio. Questi ultimi due interventi risultano finanziabili dalle missioni 5 e 6 del PNRR.

L'impatto del miglioramento del saldo della mobilità passiva si ripercuote non solo sulla riduzione della spesa per il sistema sanitario regionale ma anche per le famiglie che devono sostenere i costi delle visite e degli interventi fuori Regione.

La riduzione delle liste d'attesa prevede una strategia aziendale volta al:

- miglioramento dell'applicazione delle classi di priorità alla specialistica ambulatoriale: richiesta di revisione dei disciplinari tecnici (2011) all'agenzia sanitaria regionale consentendo la gestione delle criticità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie; attivazione della creazione di una rete aziendale tra professionisti dei presidi ospedalieri, differenziando le attività in base alla complessità ed alle competenze
- miglioramento della compliance con i medici prescrittori prevedendo degli audit quadrimestrali con mmg/pls e specialisti per una corretta applicazione delle classi di priorità;
- gestione efficace della lista di attesa per interventi chirurgici in elezione con l'attivazione della "pre-lista" e monitoraggio mensile delle liste operatorie e della lista di attesa informatizzata assicurando un miglioramento dei tempi di presa in carico dell'assistito in tempi ragionevoli;
- miglioramento della performance nell'utilizzo delle sale operatorie per mezzo dell'efficientamento dei blocchi operatori e delle fasi del percorso chirurgico, prevedendo un miglioramento della programmazione e della gestione delle attività chirurgiche con centralizzazione delle risorse coinvolte.

Le azioni elencate sopra permetterebbero di raggiungere i target relativi al corretto uso delle classi di priorità, alla corretta compilazione delle schede di concordanza, all' adeguata corrispondenza delle liste operatorie con la lista di attesa informatizzata, al miglioramento del bilanciamento tra la domanda di salute dei cittadini (intesa come lista di attesa in coerenza con il piano regionale di gestione delle liste d'attesa) e la capacità produttiva del sistema (intesa come numero di prestazioni erogabili in funzione delle risorse disponibili).

## 2.1.2 ACCESSIBILITA'

### SANITA' DIGITALE

L'innovazione digitale gioca ormai un ruolo strategico in numerosi ambiti e la Sanità rappresenta uno dei terreni più fertili dove le tecnologie possono fare la differenza. Nonostante l'Italia sia uno dei Paesi europei con i maggiori tassi di invecchiamento demografico e crescita della speranza di vita – fattori che aumentano le richieste di cura –

L'attuale spesa in sanità digitale presenta ancora ampi margini di crescita. In tema di sanità digitale, intesa come l'applicazione delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario per rendere più efficace l'erogazione dei servizi, snellire la comunicazione tra strutture sanitarie e cittadini, semplificare i sistemi di prenotazione e molto altro, si rileva un trend di crescita positivo anche grazie ai fondi previsti dal PNRR.

È comunque chiaro che occorrono nuove competenze digitali fra professionisti sanitari e cittadini, affinché possano sfruttare consapevolmente le potenzialità degli strumenti tecnologici, così come occorre un adeguato sistema di governance che aiuti a superare le discrepanze a livello locale e regionale.

Nell'ambito delle attività previste finalizzate alla generazione di Valore Pubblico, si collocano le azioni riguardanti la sanità digitale, intesa quale strumento per rendere i servizi accessibili ed inclusivi per tutti, ponendo il cittadino al centro dei sistemi sanitari. Una sanità più tecnologica e digitale può migliorare il percorso di cura dei pazienti oltre che ottimizzare i costi complessivi.

Per raggiungere tale scopo, così come previsto anche dalla Missione 6 "Salute" del PNRR che mira a rendere le strutture italiane più moderne, digitali ed inclusive, favorendo equità di accesso ai servizi sanitari, sono previste specifiche azioni per il potenziamento della digitalizzazione delle strutture (ospedaliere) sedi di DEA e di utilizzo massivo della telemedicina, tra le quali sono cogenti interventi quali:

- la prenotabilità interaziendale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- l'adozione di un sistema unico di Pronto Soccorso;
- il potenziamento della telemedicina per l'Assistenza Domiciliare Integrata;
- il potenziamento del FSE, attraverso l'integrazione di ulteriori documenti clinici.

che costituiscono i principali interventi programmati a livello regionale ed aziendale e che saranno attuati nell'imminente futuro.

#### **PRENOTABILITA' INTERAZIENDALE DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

L'attività mira a rendere disponibile la prenotazione delle prestazioni sanitarie in "circularità", cioè tramite tutti i punti d'accesso del Sistema CUP, indifferentemente dall'appartenenza ad una specifica azienda sanitaria regionale, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto per quella tipologia di prestazione per i propri assistiti, al fine di consentire ai cittadini un accesso più semplice ed efficace alle cure e contestualmente ridurre i tempi di attesa.

La prenotabilità interaziendale, avviata nel 2021, attualmente rende prenotabili, come da indicazioni regionali, tutte le prestazioni traccianti in Classe di Priorità. Nell'ambito della programmazione aziendale 2023-2025 si intende implementare le prenotazioni digitali del Sistema Sanitario Regionale condividendo a sistema tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale presenti nelle agende del CUP Aziendale.

#### **SISTEMA UNICO DI PRONTO SOCCORSO**

Le attività di procurement propedeutiche all'avvio del sistema unico di Pronto Soccorso sono state concluse e sono in corso le attività tecniche che permetteranno di produrre i verbali di pronto soccorso nei formati standard documentali

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.20/106
---	-------------------------	--	------------

previsti per il FSE. Il sistema unico di pronto soccorso permetterà inoltre di garantire la continuità amministrativa e clinica nella gestione del paziente tra diversi presidi ospedalieri nel caso di trasferimento del paziente e la completa connessione del sistema sulla rete dei PS e dei DEA regionali.

## **PIATTAFORMA DI TELEMEDICINA IN ADI**

Il progetto di digitalizzazione dei servizi sanitari della ASL2Abruzzo si inquadra nella visione dei servizi sanitari come parte integrante dello sviluppo sociale, culturale ed economico del territorio in cui sono inseriti ed individua nell'innovazione uno dei driver fondamentali per l'efficientamento dei propri processi. È previsto il potenziamento della piattaforma di telemedicina (già in uso nella ASL02 per i pazienti in ADI), del network sanitario e della rete informatica aziendale in maniera uniforme su tutto il territorio aziendale.

La Missione 6 - Componente 1 (M6C1) del PNRR - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, prevede che il modello organizzativo domiciliare sia integrato con prestazioni di telemedicina da remoto, al fine di raggiungere i seguenti obiettivi:

- incrementare il numero di pazienti presi in carico a domicilio;
- garantire a tutta la popolazione lo stesso livello assistenziale e qualità delle cure erogate migliorando l'efficienza organizzativa anche in contesti geograficamente svantaggiati;
- ridurre gli accessi al pronto soccorso e l'ospedalizzazione;
- permettere una dimissione protetta dalle strutture di ricovero potendo assicurare a domicilio la continuità di assistenza e cure di pari efficacia;
- prendere in carico il paziente a domicilio, coordinandone la gestione e assicurando il costante monitoraggio di parametri clinici, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche;
- migliorare la qualità di vita percepita del paziente, delle famiglie e dei caregiver;
- migliorare le transizioni tra setting grazie all'informatizzazione e all'interoperabilità dei sistemi.

A tale scopo, l'Azienda intende adottare una piattaforma che risponda a quanto previsto dalle linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare", approvate con Decreto Ministeriale del 29 aprile 2022 del Ministero della Salute. In particolare la piattaforma prevederà:

- la presa in carico del paziente nel rispetto delle linee guida, protocolli, PDTA che definiscono tipologia di paziente e patologie eleggibili, prestazioni e servizi di telemedicina disponibili, set di parametri oggetto di eventuale monitoraggio e valori soglia di riferimento, indicatori di esito;
- la gestione e l'erogazione delle prestazioni di telemedicina, in particolare la televisita, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico-sanitaria, la teleassistenza, il telemonitoraggio, il telecontrollo e la teleriabilitazione;
- la gestione e lo scambio delle informazioni sanitarie nelle loro diverse forme testi, documenti, immagini, audio, video, altri dati provenienti da sistemi di monitoraggio;
- l'integrazione con gli altri sistemi informativi aziendali.

Al fine di favorire l'utilizzo e la diffusione di tale piattaforma, sono previste le seguenti attività relative al potenziamento della piattaforma di telemedicina:

- alfabetizzazione informatica del personale coinvolto;
- progetto formativo per la diffusione all'uso della piattaforma di telemedicina, rivolto a tutti gli attori coinvolti nel servizio ADI (MMG, PLS, specialisti territoriali, infermieri territoriali, fisioterapisti, OSS, caregivers);
- garantire l'accesso alla piattaforma dei servizi e ai relativi dati contenuti nella documentazione clinica all'equipe assistenziale (prevedere anche la facoltà di inserire informazione da parte dei caregiver stessi PATIENT GENERATED HEALTH DATA);
- integrazione degli strumenti di telemedicina con i sistemi informativi aziendali;
- costituzione ed alimentazione di una piattaforma contenente informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita in un determinato territorio, sulla prevalenza di patologie croniche e sulle caratteristiche della popolazione fragile;
- implementazione e utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico.

#### **TRASMISSIONE AL FSE DEI REFERTI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE, DELLE LETTERE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA E DEI VERBALI DI PRONTO SOCCORSO**

In linea con gli obiettivi regionali/nazionali, al fine di potenziare il FSE e semplificare l'accesso alle informazioni da parte dei pazienti, degli MMG/PLS e degli altri attori coinvolti, è prevista l'integrazione delle tipologie di documenti alimentanti l'FSE al fine del raggiungimento del nucleo minimo obbligatorio dei documenti da conferire.

In particolare, l'FSE sarà alimentato con:

- i referti delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, attraverso l'integrazione dei sistemi e la dotazione di firme digitali a tutti i medici refertatori;
- le lettere di dimissione ospedaliera, documento sanitario principale rilasciato al paziente dopo un ricovero, che verranno aggiornate contestualmente all'avvio della Cartella Clinica Unica regionale che è una delle iniziative della misura M6.C2 – 1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II));
- i verbali di pronto soccorso, attraverso l'adozione del sopra citato sistema unico di Pronto Soccorso.

### 2.1.3. DEMATERIALIZZAZIONE E SEMPLIFICAZIONE DEI PROCESSI

#### EVOLUZIONE SISTEMI GESTIONALI

La Asl Lanciano Vasto Chieti nel corso del 2022 si è dotata di un nuovo sistema di protocollazione e gestione documentale che, fra l'altro, ha consentito un notevole efficientamento nella gestione della documentazione di tipo amministrativo e sanitario e una sua corretta conservazione, archiviazione e tracciabilità, con modalità conformi a quanto previsto dal Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD).

Sono stati creati circa 1000 profili di utenza per l'accesso alla procedura informatica che, attualmente, viene utilizzata in maniera trasversale in tutta l'Azienda.

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.22/106
---	-------------------------	--	------------

Alla fine del 2022 è stato attivato, infine, il modulo “Lettera” del medesimo software, grazie al quale è possibile redigere, sottoscrivere digitalmente, protocollare e inviare note e lettere da trasmettere internamente ed esternamente all’azienda.

Nel 2023 il progetto di totale dematerializzazione degli atti amministrativi sarà portato a conclusione attraverso l’implementazione dei rimanenti moduli del software di gestione documentale e in particolare:

1. Modulo “Atti Amministrativi” (entro il primo semestre 2023): attraverso questa funzionalità gli atti amministrativi (determinazioni dirigenziali e deliberazioni del Direttore Generale) potranno essere creati, redatti e firmati digitalmente dai funzionari e dai direttori delle varie Uoc tramite il sistema di gestione documentale. Lo stesso provvederà in maniera automatizzata a trasmettere le proposte di deliberazione sulla scrivania virtuale della Direzione strategica, la quale potrà sottoscriverle e, di conseguenza, adottarle in maniera digitale. La numerazione, la notifica e la pubblicazione all’Albo Pretorio di determinazioni dirigenziali e delibere saranno effettuate anch’esse in maniera automatizzata dal sistema di gestione documentale, con un significativo risparmio di tempo e una minimizzazione degli errori nelle attività connesse alla pubblicità legale degli atti. 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 previsti dal Codice dell’Amministrazione digitale. Infine, tramite la nuova procedura, atti e provvedimenti saranno anche archiviati digitalmente e sempre consultabili e reperibili.

Nell’occasione si procederà anche a una revisione della scheda contabile allegata alle delibere e alle determinazioni dirigenziali con riflessi economici, in modo da renderla, in collaborazione con le Uoc Contabilità e bilancio e Programmazione e controllo di gestione, uno strumento di monitoraggio e controllo della spesa.

Al fine di mettere nelle condizioni migliori di operare tutti i dipendenti interessati, saranno organizzati specifici corsi di formazione che, nelle varie sessioni, coinvolgeranno circa 250 persone.

2. Modulo “Casa di vetro” (entro il primo semestre 2023): grazie a questa sezione dell’applicativo si procederà a una totale revisione delle attività di pubblicazione degli atti e delle informazioni inerenti l’attività aziendale contenute nella sezione “Amministrazione trasparente” del sito internet aziendale, come previsto dal D.Lgs 33/2013 (c.d. “Decreto Trasparenza”). In prima battuta, in collaborazione con l’Ufficio stampa e comunicazione, si procederà a un’analisi di quanto attualmente pubblicato, eliminando le informazioni per le quali sono decorsi i tempi di pubblicazione. Successivamente saranno importate nel nuovo sistema le informazioni attualmente pubblicate sul sito internet aziendale. Infine si procederà alla messa a regime delle attività di pubblicazione tramite il modulo “Casa di vetro” che, da un lato si interfacerà con il modulo “Atti Amministrativi” in modo tale da permettere una pubblicazione diretta dei dati soggetti a trasparenza nel momento stesso in cui l’atto amministrativo che li contiene viene redatto. Dall’altro permetterà la pubblicazione di tutte le informazioni previste dal D.Lgs 33/2013 che non sono contenute negli atti amministrativi attraverso un’interfaccia dedicata. I dati saranno pubblicati in conformità a quanto previsto sia dal D.Lgs. 33/2013 sia dal Codice dell’amministrazione digitale per quanto concerne formato, omogeneità, comprensibilità e chiarezza delle informazioni pubblicate.

In conformità a quanto previsto dal PIAO della Asl Lanciano Vasto Chieti, le attività di pubblicazione saranno in capo ai direttori delle Unità operative interessate, i quali si possono avvalere dei referenti per l'anticorruzione e la trasparenza. A questi ultimi sarà dedicata una formazione specifica per l'utilizzo del modulo "Casa di Vetro" prevista per circa 60 dipendenti.

Come per l'avvio del protocollo a ottobre 2022, l'Uoc Affari generali, gestione documentale e convenzioni sta collaborando con la Uoc Informatica, reti e sistemi informativi aziendali al fine di predisporre tutte le attività tecniche preliminari all'avvio in produzione dei moduli sopra descritti.

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.24/106
---	-------------------------	--	------------

## 2.2 PERFORMANCE

In attuazione dell'art. 6 del decreto legge n. 80/2021 convertito in legge 6 agosto 2021 n. 113 istitutiva del P.I.A.O., anche per la Asl 02 Lanciano Vasto Chieti si delinea un nuovo modello di performance intesa come "creazione di valore pubblico", il quale valorizza i risultati conseguiti nel contesto socio-economico di riferimento, ai fini della valutazione dell'azione amministrativa. La sezione *Performance* esplicita gli indirizzi e gli obiettivi strategici che si intendono perseguire per il triennio, in coerenza con la programmazione nazionale, regionale e strategica; definisce gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e target) su cui si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance aziendale; recepisce gli obiettivi assegnati dalla Regione Abruzzo al Direttore Generale, e declina tali obiettivi in obiettivi operativi per le diverse Aree dirigenziali; recepisce gli obiettivi operativi assegnati dalla Direzione Strategica Aziendale alle Strutture (UOC/UOSD).

La presente sottosezione sviluppa il piano programmatico predisposto secondo le logiche di performance management del D. Lgs. 150/2009 e s.m.i delineando la programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance, di efficienza e di efficacia. Il Ciclo di gestione annuale della Performance prende avvio dall'individuazione degli obiettivi, indicatori e risultati attesi della gestione aziendale nel triennio di riferimento. La sezione Performance si inserisce e si integra all'interno del PIAO, documento unico di programmazione e governance volto ad assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, dei servizi ai cittadini e alle imprese, semplificando i processi.

---

### 2.2.1 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 2023 assegnati con D.G.R. d'Abruzzo n. 543 dell'11/09/2019);
- programmazione Nazionale (DM 70/2015);
- linee di indirizzo di pianificazione: Patto per la Salute, D.C.A. n. 55/2016 del 10 giugno 2016 ("Piano di riqualificazione del servizio sanitario regionale 2016-2018), D.C.A. n. 79/2016 del 21 luglio 2016 (documento tecnico di "Riordino della rete ospedaliera – Regione Abruzzo"), nota prot. R.A./0302968/22/DPF012 del 11.08.2022 del Servizio Programmazione Economico Finanziaria (trasmissione indirizzi per la programmazione economico finanziaria 2023-2025), D.G.R. n. 481 del 23.08.2022 (indirizzi per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Regionali 2023-2025);
- piano Strategico aziendale (delibera n. 1361 del 30.09.2022) approvato con D.G.R. n. 901 del 29 dicembre 2022 e successive modifiche e integrazioni;
- 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:

Obiettivi	Descrizione
<b>funzionamento dei servizi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. l'attuazione di interventi connessi alla ottimizzazione/riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera e della rete territoriale;</li> <li>b. le risorse umane;</li> <li>c. la spesa farmaceutica;</li> <li>d. la spesa per acquisizione di beni e servizi e prodotti farmaceutici</li> <li>e. i tempi medi di pagamento;</li> <li>f. i flussi informativi;</li> <li>g. la sanità digitale - ICT;</li> <li>h. l'adozione e l'invio in Regione degli strumenti di programmazione entro i termini previsti;</li> <li>i. il rispetto degli obblighi aziendali assunti nei contratti sottoscritti con gli erogatori privati e attuazione degli stessi;</li> <li>j. gli investimenti in edilizia sanitaria e tecnologie;</li> <li>k. l'attività libero-professionale intramuraria.</li> </ul>
<b>salute</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. i PDTA;</li> <li>b. i controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie;</li> <li>c. la mobilità sanitaria;</li> <li>d. il contenimento delle liste di attesa;</li> <li>e. la realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione;</li> <li>f. la campagna vaccinale COVID e la sorveglianza clinico-epidemiologica sul territorio correlata al COVID-19;</li> <li>g. l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci;</li> <li>h. l'integrazione H-T;</li> <li>i. la sicurezza e rischio clinico;</li> <li>j. la rete delle cure palliative;</li> <li>k. la sanità veterinaria e sicurezza alimentare;</li> <li>l. il mantenimento dell'erogazione LEA.</li> </ul>
<b>trasparenza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. alla pubblicazione sul sito istituzionale, in forma integrata ed analitica, delle spese previste nel bilancio;</li> <li>b. pubblicazione sul sito istituzionale, in forma integrata ed analitica, delle spese di personale</li> </ul>

Gli obiettivi di *programmazione regionale* declinati nella DGR n. 481 del 23 agosto 2022 "Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Regionali 2023-2025", i quali sono stati recepiti negli Strumenti di Programmazione triennale 2023-2025 con Deliberazione del Direttore Generale N. 1361/2022 e 239/2023, afferiscono alle aree di rispettiva competenza dei servizi regionali come di seguito elencati, oltre che risultare coerenti con gli stessi ambiti prevalenti degli obiettivi del Direttore Generale:

1. PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA:	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 Attivazione di una contabilità budgettaria sulla base del bilancio di previsione economico approvato</li> <li>1.2 Gestione Note credito da ricevere da privati accreditati</li> <li>1.3 Flusso Crill</li> <li>1.4 Flusso beni sanitari e beni non sanitari</li> <li>1.5 Piano annuale di Audit</li> <li>1.6 Attuazione Piano di Internal Audit</li> <li>1.7 Verifica Fondi accantonamento e rischi</li> <li>1.8 Progetto Benchmarking ASL</li> <li>1.9 Monitoraggio Mobilità passive</li> <li>1.10 Omogenizzazione del Piano Strategico</li> </ul>
2. APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI SSR – RISCHIO CLINICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.1. Controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie</li> <li>2.2. Eventi sentinella e sinistri</li> <li>2.3. Raccomandazioni ministeriali</li> <li>2.4. Root Cause Analysis, Audit Clinico</li> <li>2.5. Check list in Sala Operatoria</li> <li>2.6. Prevenzione delle cadute</li> <li>2.7. Verifica periodica della qualità percepita/monitoraggio dei piani di miglioramento del grado di</li> </ul>

	<p>umanizzazione delle strutture di ricovero</p> <p>2.8. Legge n.24 dell'08/03/2017</p> <p>2.9. Ricorsi, segnalazioni, esposti</p>
3. STRUTTURE E TECNOLOGIE IN AMBITO SANITARIO-HTA	<p>3.1. Investimenti infrastrutturali – assessment delle strutture in termini di antisismica e antincendio</p> <p>3.2. Investimenti infrastrutturali - adeguamento del patrimonio strutturale sanitario con riferimento alla regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al Decreto 19 marzo 2015</p> <p>3.3. Investimenti infrastrutturali - procedure di alienazione degli immobili facenti parte del patrimonio immobiliare delle Asl al fine del contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria regionale</p> <p>3.4. Apparecchiature tecnologiche - ricognizione complessiva di tutte le apparecchiature tecnologiche presenti nei vari presidi e relativa valutazione tecnico funzionale</p>
4. ASSISTENZA FARMACEUTICA	<p>4.1. Rispetto dei tetti di spesa farmaceutica</p> <p>4.2. Aumento percentuali di prescrizione farmaci equivalent</p> <p>4.3. Aumento percentuali di prescrizione di farmaco biologico a brevetto scaduto (biosimilare o originator) a più basso costo</p> <p>4.4. Implementazione Piani Terapeutici (PT) on-line</p> <p>4.5. Rispetto delle indicazioni in materia di prescrizioni di PPI</p> <p>4.6. Riduzione delle prescrizioni di antibiotici</p> <p>4.7. Monitoraggio dei consumi e dell'appropriatezza prescrittiva</p> <p>4.8. Definizione di linee di indirizzo per la prescrizione ovvero implementazione delle linee guida terapeutiche adottate a livello regionale</p> <p>4.9. Miglioramento del sistema di registrazione delle schede sulla piattaforma dei registri AIFA per i farmaci sottoposti a monitoraggio</p> <p>4.10. Rafforzamento delle attività della Commissione Terapeutica Aziendale</p> <p>4.11. Costituzione delle Commissioni aziendali o interaziendali dei Dispositivi Medici</p>
5. ASSISTENZA FARMACEUTICA – ATTIVITA' TRASFUSIONALI	<p>5.1. Garantire gli obiettivi di autosufficienza aziendale e regionale</p> <p>5.2. Migliorare la gestione e il monitoraggio delle scorte di emocomponenti</p> <p>5.3. Migliorare l'appropriatezza dei consumi di emocomponenti e farmaci plasmaderivati</p> <p>5.4. Recepire ed attuare a livello aziendale le Convenzioni stipulate dalla Regione Abruzzo con le Organizzazioni di donatori di sangue</p> <p>5.5. Effettuare almeno due riunioni annuali dei Comitati aziendali di Partecipazione Locale</p> <p>5.6. Implementare programmi di Patient Blood Management (PBM) al fine di migliorare i risultati clinici, prevenire le trasfusioni evitabili e ridurre i costi di gestione correlate</p> <p>5.7. Effettuare almeno due riunioni annuali dei Comitati aziendali per il Buon Uso del Sangue</p> <p>5.8. Garantire supporto alla funzionalità delle Reti di Medicina trasfusionale ed in particolare dei Poli di lavorazione e qualificazione biologica, attraverso la realizzazione di adeguati sistemi infrastrutturali integrati definiti su base aziendale e regionale (reti e sistemi informatici, programmi di telemedicina, trasporti, etc.)</p> <p>5.9. Integrare i sistemi informatici dei servizi trasfusionali e delle aziende sanitarie con i sistemi informatici delle Organizzazioni di donatori di sangue</p>
6. RISORSE UMANE DEL SSR	<p>6.1. Predisposizione dei Piani dei fabbisogni di personale</p> <p>6.2. Piano di formazione sulle infezioni ospedaliere per il personale del SSR</p>
7. PREVENZIONE SANITARIA, MEDICINA TERRITORIALE	<p>7.1. Indicatori certificativi Prevenzione e tutela sanitaria</p> <p>7.2. Indicatori certificativi Medicina territoriale</p> <p>7.3. Gestione dei progetti finalizzati</p>
8. SANITÀ VETERINARIA E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI	<p>8.1. Adozione e trasmissione alla regione Abruzzo del programma annuale dei controlli dei servizi veterinari, sicurezza alimentare e prevenzione ambientale come dettagliato nel PPRIC 2020/2022 e nella programmazione regionale</p> <p>8.2. Implementazione ed inserimento dati nei sistemi informativi regionali e nazionali come stabilito dai flussi dei dati e secondo le scadenze fissate nel piano della prevenzione 2020/2025</p> <p>8.3. Implementazione ed inserimento dati nei sistemi informativi regionali e nazionali come stabilito dai flussi dei dati e secondo le scadenze fissate nel piano della prevenzione 2020/2025</p> <p>8.4. Raggiungimento/mantenimento del valore target degli indicatori LEA</p>
9. FLUSSI INFORMATIVI E SANITÀ DIGITALE	<p>9.1. Precisazioni sugli obiettivi già in essere (dematerializzazione e FSE) attraverso la predisposizione e l'implementazione del modello riportato in determinazione direttoriale N. DPF/24 DEL 10 NOVEMBRE 2020 e, al contempo, miglioramento della qualità, completezza e tempestività dei flussi informativi e dei modelli gestionali implementando il nuovo modello di informatizzazione aziendale di cui alla determina in argomento. Fermo restando, con tale procedura, il costante monitoraggio degli indicatori NSG, con particolare riferimento agli indicatori "core"</p> <p>9.2. adempiere alle disposizioni della DGR n. 723 del 17/11/2020 sia favorendo la scelta e revoca del Medico on line per tutte le casistiche esistenti e sia condividendo a sistema tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale</p> <p>9.3. Progressivo miglioramento della rilevazione dei dati anagrafici degli assistiti, anche attraverso</p>

	<p>l'integrazione delle anagrafi dei singoli gestionali all'anagrafe regionale degli assistiti, misurata attraverso il numero di assistiti validi ai fini dell'interconnessione</p> <p>9.4. Sviluppo di sinergie inter-aziendali (tra strutture pubbliche delle ASL abruzzesi) finalizzate alla contrazione della mobilità passiva extraregionale e alla conclusione di appositi accordi di confine</p> <p>9.5. Sviluppo di sinergie inter-aziendali (tra strutture pubbliche delle ASL abruzzesi) finalizzate alla contrazione della mobilità passiva extraregionale e alla conclusione di appositi accordi di confine</p>
10. PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	<p>10.1. Realizzazione progettuale e avvio procurement per centrali operative territoriali (COT)</p> <p>10.2. Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (anche tele-assistita e per intensità di CIA base) di pazienti over 64</p> <p>10.3. Formalizzazione e attualizzazione rete cure palliative</p>
11. PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA	<p>11.1. Gestione del sovraccollimento dei servizi del Pronto Soccorso (PS)</p> <p>11.2. Verifica della rispondenza della governance aziendale ai presupposti di garanzia di quantità e qualità della attività trapiantologica regionale</p>
12. MEDICINA CONVENZIONATA	<p>12.1. Attuazione delle linee di indirizzo regionali Decreti del Commissario ad Acta n.16 e n. 17 del 8/03/2016 e n. 56/2016 da integrare o modificare a seguito della programmazione regionale da adottare entro il 28 ottobre</p> <p>12.2. Attuazione delle linee di indirizzo regionali in materia di qualità ed efficienza del sistema regionale dei trapianti d'organo</p>
13. AGENZIA SANITARIA REGIONALE	<p>13.1. Redigere ed attuare il PAGS</p> <p>13.2. Istituire ed adeguare la rete diabetologica aziendale</p> <p>13.3. Recepire e attuare i PDTA regionali</p>

La *pianificazione strategica* rappresenta la prima fase della pianificazione aziendale, costituendo la matrice di origine da cui prende avvio il meccanismo top down che attribuisce ai singoli Centri di Responsabilità gli obiettivi operativi annuali a partire dagli Obiettivi strategici triennali. Infatti la parte programmatica del *Ciclo della Performance* prende avvio dalla matrice degli obiettivi strategici generali attribuiti, secondo gli indirizzi ed i programmi indicati dalla Regione Abruzzo alla Direzione Aziendale, con orizzonte temporale triennale.

**Fase 1. PIANIFICAZIONE STRATEGICA → OBIETTIVI GENERALI della Direzione Aziendale**

**Fase 2. PIANIFICAZIONE OPERATIVA → Definizione OBIETTIVI PER AREE OMOGENEE**

**Fase 3. PIANIFICAZIONE OPERATIVA → Definizione OBIETTIVI SPECIFICI PER UOC e UOSD e rispettivi risultati attesi**

Nella seconda fase della pianificazione, gli obiettivi vengono declinati per aree omogenee, ovvero per area:

- Ospedaliera
- Assistenziale/territoriale
- Prevenzione
- Amministrativo-tecnica

allo scopo di considerare le molteplici tipicità delle singole aree e rilevare il corretto contributo organizzativo per l'attribuzione degli obiettivi nel successivo step di programmazione.

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.28/106
---	----------------------	--	------------

Il passaggio finale conduce alla pianificazione operativa che consente di elaborare e attribuire obiettivi specifici ai titolari delle strutture autonome, UOC e UOSD (Unità operative Complesse e Semplici Dipartimentali) che corrispondono al livello di singoli Centri di Responsabilità, *ovvero le strutture organizzative elementari, dotate di autonomia, che compongono la realtà aziendale, a cui sono state affidate risorse per il raggiungimento di determinati obiettivi.*

Al fine di incentivare un risultato di performance congruo alle aspettative aziendali e alla strategia generale, è fondamentale individuare obiettivi e un set di indicatori collegati che spingano al raggiungimento del risultato atteso nell'arco temporale definito, e quindi sia nell'anno di riferimento per il perseguimento degli obiettivi operativi che nell'ottica triennale al fine di realizzare le strategie predefinite.

---

### 2.2.2 L'ALBERO DELLE PERFORMANCE

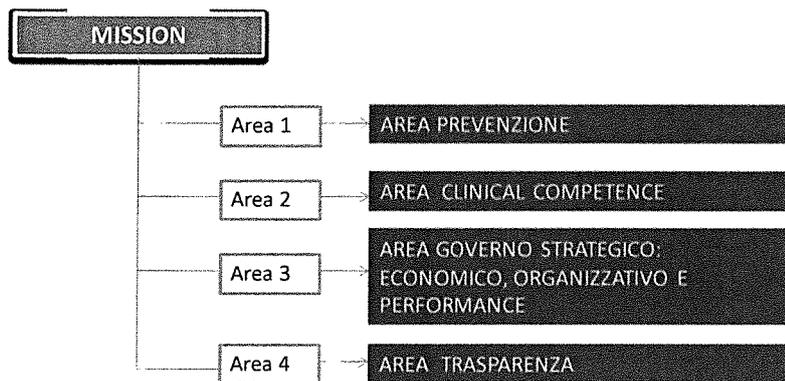
L'albero della *performance* è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). Evidenzia come gli obiettivi si conciliano, a vari livelli,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

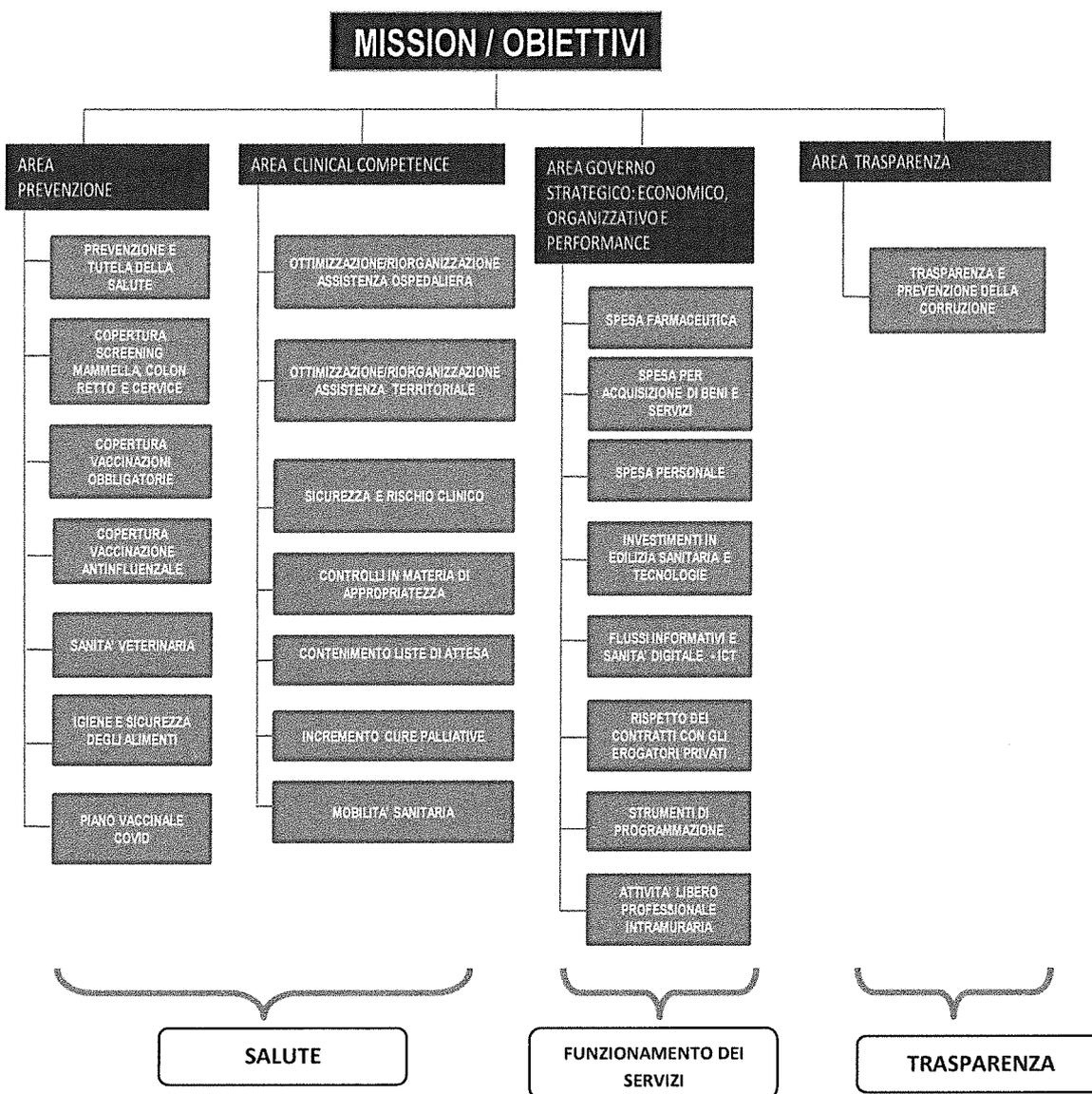
Il piano verrà utilizzato per la declinazione degli obiettivi individuati e per l'assegnazione degli stessi a tutte le UU.OO. aziendali interessate.

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.

# Albero della Performance



Le aree strategiche, con le relative aree di intervento, sono a loro volta raggruppabili nei tre settori che coincidono con le aree degli obiettivi prioritari del Direttore Generale: Salute, Funzionamento dei Servizi, Trasparenza.

In allegato al presente documento la Tabella degli obiettivi assegnati al Direttore Generale (ALLEGATO 1. SEZ.2.2), con il dettaglio dei sottobiettivo rispettivi, che saranno eventualmente aggiornati sulla base degli ulteriori obiettivi che la Regione potrà assegnare per l'anno 2023 con successiva delibera di Giunta.

Nella sezione Valore Pubblico sono esplicitati, tra gli altri, gli obiettivi di semplificazione, di digitalizzazione, di piena accessibilità dell'Amministrazione con i rispettivi indicatori. Nella Sezione Monitoraggio sono descritte le modalità di

misurazione e analisi della customer satisfaction, mentre gli obiettivi sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza trovano spazio tanto nella pianificazione strategica quanto nella pianificazione operativa.

## 2.2.3 LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA TRIENNALE E LA COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E DI BILANCIO

### 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 della sezione 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, il processo di programmazione economico-finanziaria e 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 2023 - 2025 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 2023 - 2025, assicurando in tal modo la partecipazione del vertice strategico e della dirigenza apicale cui compete l'attuazione dei contenuti dello stesso.

Il processo di pianificazione strategica risulta coerente con la programmazione economico-finanziaria di cui al Bilancio di Previsione 2023-2025, allegato alla deliberazione n. 1361/2022 "Adozione ed approvazione degli strumenti di programmazione 2023-2025". L'impatto economico è centrale sia per il perseguimento delle strategie delineate che per il raggiungimento delle performance attese dall'Azienda nel breve e lungo periodo.

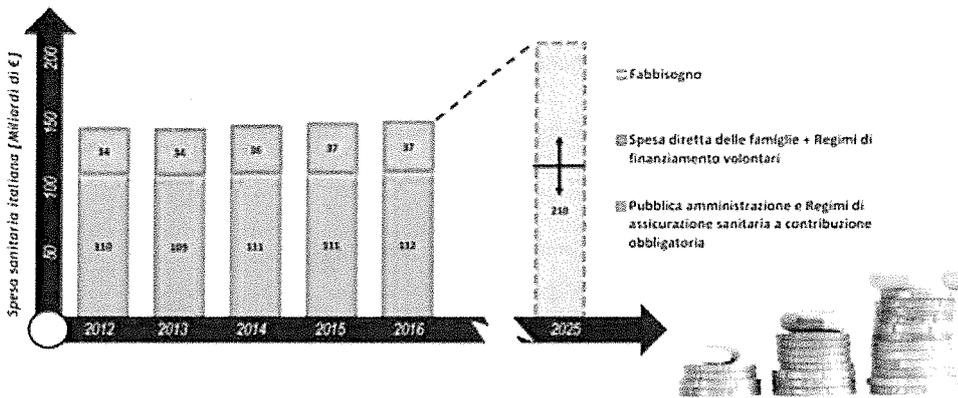
Tutto ciò premesso risulta fondamentale per garantire la copertura degli obiettivi stabiliti con un adeguato apporto di risorse necessarie. Il presente Piano delle Performance tende a garantire l'aderenza delle linee strategiche e degli obiettivi specifici con la Programmazione Economico Finanziaria e con il Piano Industriale per il recupero della mobilità passiva e la riduzione delle liste d'attesa 2023-2025.

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.32/106
---	-------------------------	--	------------

Non da ultimo si deve constatare come il Sistema di pianificazione aziendale sia comunque condizionato da limiti e vincoli di risorse, imposte dal percorso di risanamento del Sistema sanitario regionale e dalla crisi dell'emergenza pandemica. Questo ha imposto ed impone all'Azienda Sanitaria di LANCIANO VASTO CHIETI la presa in carico di numerose azioni orientate alla economicità di settori rilevanti, in coerenza con la crescita esponenziale dei bisogni assistenziali, il potenziamento della rete ospedaliera attuato per le prime fasi di risposta all'emergenza sanitaria e l'avvio del potenziamento territoriale.

Da anni ormai, 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



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.

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.33/106
---	-------------------------	--	------------

*Ca*

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 2023 - 2025 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.

Verrà inoltre posta particolare attenzione al recupero della mobilità passiva e alla riduzione delle liste d'attesa mediante:

- l'integrazione fra ospedale e territorio, assistenza territoriale, cure primarie;
- miglioramento dei percorsi clinico-assistenziali dei pazienti;
- riduzione delle liste d'attesa per evitare fughe per bisogni primari/specialistica ambulatoriale;
- sviluppo della sanità digitale;

Di seguito si rappresenta una sintesi dell'andamento della gestione rispetto alla assegnazione delle risorse in proiezione prospettica sul triennio 2023-2025.

<b>ASL 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI</b>					
<b>CONTO ECONOMICO</b>		<b>€/000</b>	<b>Programmatico 2023</b>	<b>Tendenziale 2024</b>	<b>Programmatico 2025</b>
A1.1	Contributi F.S.R. indistinto		760.140.000	771.542.100	771.542.100
A1.2	Contributi F.S.R. vincolato		10.239.418	10.239.418	10.239.418
<b>A1</b>	<b>Contributi F.S.R.</b>		<b>770.379.418</b>	<b>781.781.518</b>	<b>781.781.518</b>
<b>A2</b>	<b>Saldo Mobilità</b>		<b>-63.870.729</b>	<b>-63.870.729</b>	<b>-63.870.729</b>
<b>A3</b>	<b>Entrate Proprie</b>		<b>22.258.945</b>	<b>22.258.945</b>	<b>22.258.945</b>
<b>A4</b>	<b>Saldo Intramoenia</b>		<b>407.435</b>	<b>407.435</b>	<b>407.435</b>
<b>A5</b>	<b> Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti</b>		<b>-4.955.900</b>	<b>-11.958.000</b>	<b>-11.958.000</b>
<b>A6</b>	<b> Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati</b>		<b>2.443.745</b>	<b>2.443.745</b>	<b>2.443.745</b>
<b>A</b>	<b>Totale Ricavi Netti</b>		<b>726.662.913</b>	<b>731.062.913</b>	<b>731.062.913</b>
<b>B1</b>	<b> Personale</b>		<b>259.032.333</b>	<b>259.032.333</b>	<b>259.032.333</b>
<b>B2</b>	<b>Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati</b>		<b>84.038.943</b>	<b>84.038.943</b>	<b>84.038.943</b>
<b>B3</b>	<b>Altri Beni E Servizi</b>		<b>155.701.033</b>	<b>155.701.033</b>	<b>155.701.033</b>
B4.1	Ammortamenti E Sterilizzazioni		207.248	207.248	207.248
B4.2	Costi Sostenuti in Economia		0	0	0
<b>B4</b>	<b>Ammortamenti e Costi Capitalizzati</b>		<b>207.248</b>	<b>207.248</b>	<b>207.248</b>
<b>B5</b>	<b>Accantonamenti</b>		<b>18.000.205</b>	<b>18.000.205</b>	<b>18.000.205</b>
<b>B6</b>	<b>Variazione Rimanenze</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>B</b>	<b>Totale Costi Interni</b>		<b>516.979.761</b>	<b>516.979.761</b>	<b>516.979.761</b>

C1	Medicina Di Base	42.114.353	42.114.353	42.114.353
C2	Farmaceutica Convenzionata	56.300.503	56.300.503	56.300.503
C3	Prestazioni da Privato	98.290.071	98.290.071	98.290.071
C	<b>Totale Costi Esterni</b>	<b>196.704.927</b>	<b>196.704.927</b>	<b>196.704.927</b>
D	<b>Totale Costi Operativi (B+C)</b>	<b>713.684.688</b>	<b>713.684.688</b>	<b>713.684.688</b>
E	<b>Margine Operativo (A-D)</b>	<b>12.978.225</b>	<b>17.378.225</b>	<b>17.378.225</b>
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	0	0	0
F2	Saldo Gestione Finanziaria	106.516	106.516	106.516
F3	Oneri Fiscali	17.271.708	17.271.708	17.271.708
F4	Saldo Gestione Straordinaria	-4.399.999	1	1
F	<b>Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie</b>	<b>12.978.225</b>	<b>17.378.225</b>	<b>17.378.225</b>
G	<b>Risultato Economico (E-F)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
H	<b>Risorse Aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
I	<b>Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva (G+H)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

#### 2.2.4 Coordinamento e integrazione con la Sezione Rischi Corruttivi e trasparenza

L'Azienda mira a coordinare e integrare nel PIAO gli ambiti relativi alla performance, alla trasparenza e al contrasto della corruzione, al fine di stabilire opportuni collegamenti con il ciclo della performance, formulando obiettivi che vanno nella logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore.

Particolare attenzione, quindi, deve essere posta alla coerenza tra la sezione Performance e Rischi corruttivi e trasparenza, 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.

L'integrazione degli strumenti nel ciclo di gestione della performance si realizza con le misure contenute nei Programmi triennali per la prevenzione della corruzione e trasparenza che diventano obiettivi di performance. Infatti, è possibile riscontrare due azioni principali che diventano elementi sia della pianificazione strategica che della pianificazione operativa:

- il primo riguarda il processo di attuazione del Programma triennale che può essere misurato da indicatori che rilevano la presenza dei presupposti organizzativi per l'attuazione e il monitoraggio dello stesso.
- il secondo concerne la pubblicazione dei dati, intesa come risultato dell'attuazione del Programma.

In questo modo l'attuazione della trasparenza e della prevenzione della corruzione costituisce una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione organizzativa e individuale. Inoltre, la trasparenza è funzionale alla corretta implementazione del ciclo di gestione della performance, garantendo l'effettiva accountability delle amministrazioni in termini di obiettivi e risultati dell'azione amministrativa.

#### 2.2.5 GLI OBIETTIVI OPERATIVI

Gli obiettivi di performance organizzativa sono connessi alle linee strategiche declinate dalla tecno-struttura. 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, che hanno valenza triennale e vengono aggiornati annualmente, 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
- piano industriale.

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.

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.

Tutto ciò premesso fa sì che le fonti per l'elaborazione degli obiettivi operativi e degli indicatori per la misurazione della performance, siano costituite dalle stesse fonti della pianificazione generale strategica, mediante un'estrapolazione più operativa e funzionale agli specifici ambiti attenzionati:

- Piano Nazionale Esiti elaborato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (AGENAS)
- Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
- Obiettivi del Direttore Generale
- Piano Industriale per il recupero della mobilità passiva e la riduzione delle liste d'attesa 2023-2025
- Strumenti di Programmazione 2023-2025
- Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.36/106
---	-------------------------	--	------------

Laddove risulti necessario, l'elenco delle fonti può essere integrato da obiettivi e connessi indicatori che si rendono necessari per esigenze specifiche, nuove e/o urgenti al fine di garantire il perseguimento delle strategie, focalizzando i CdR ad aumentare l'accountability verso l'efficienza ed efficacia dei processi aziendali di maggior interesse e criticità.

## LA PIANIFICAZIONE OPERATIVA ANNUALE

Il regolamento di Budget, che la ASL di Lanciano Vasto Chieti ha approvato con Deliberazione n.269/2022, ha per oggetto la definizione del processo di budget dell'Azienda quale strumento di programmazione e controllo che traduce in obiettivi annuali i programmi pluriennali della Direzione Strategica aziendale, assegnandoli a specifici Centri di Responsabilità (CdR).

In questa fase vengono declinati quindi gli Obiettivi generali della direzione strategica aziendale sulle diverse articolazioni che compongono la struttura organizzativa (CdR), tenendo conto delle rispettive capacità e potenzialità nel perseguire le prefissate strategie aziendali. All'avvio del processo di Budget è la Struttura Tecnico Permanente (STP) che elabora, per le diverse aree aziendali, un elenco di circa cinque/sei obiettivi.

La figura di seguito illustra la composizione della Struttura Tecnico Permanente:

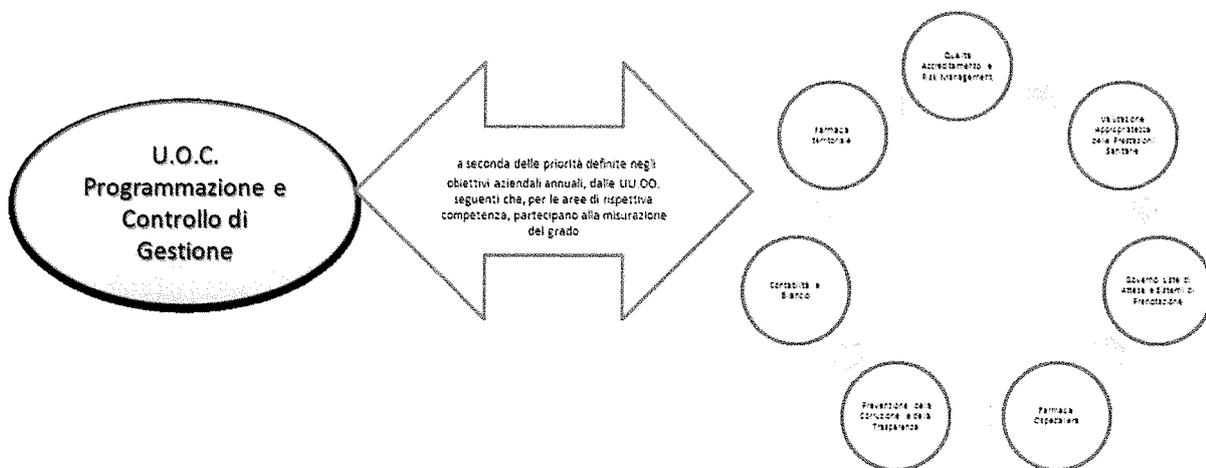


Fig. 1

Le dimensioni di valutazione in cui possono essere suddivisi gli obiettivi e gli indicatori assegnati, sono rappresentate nella seguente tabella:

Descrizione Dimensione
Efficienza/Efficacia/Economicità
Qualità/Customer Satisfaction
Innovazione
Appropriatezza/Equità
Sicurezza
Trasparenza e Anticorruzione

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.37/106
---	----------------------	--	------------

L'intento è quello di declinare gli obiettivi afferenti alle singole dimensioni sulla base delle tipicità e specificità delle singole Macro Aree (ospedaliera, territoriale, prevenzione e tecnico amministrativa) e connesse UU.OO. A tal fine vengono sviluppati dei set di indicatori di performance che permettano una misurazione dei risultati conseguiti nel perseguimento degli obiettivi specifici attribuiti, che siano il più possibile congrui alle specificità delle attività aziendali garantendo l'aderenza ai principi di trasparenza, oggettività, equità ed imparzialità, nell'arco temporale definito (un anno).

La STP che definisce il Sistema degli Obiettivi operativi, stabilisce l'indicatore più consono alla misurazione della performance e attribuisce il valore target, il valore soglia e l'allocatione degli obiettivi agli specifici CdR.

Di seguito si riporta lo schema tipo utilizzato per l'attribuzione di Obiettivi/Indicatori alle singole UU.OO:

 <b>Scheda Obiettivi di Budget Anno 2023</b>					DIPARTIMENTO	Centro di negoziazione	N.
					UOC/UOSD		
					RESPONSABILE		
n.	Obiettivo	Indicatore	valore consuntivo 2022	Valore Atteso	Valore soglia	U.O. che valuta	Peso

Si evincono gli attribuiti che consentono di definire lo schema del sistema di misurazione dei risultati, a fronte del definito obiettivo e rispettivo indicatore:

Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Valore soglia	U.O. che valuta	Peso
-----------	------------	---------------	---------------	-----------------	------

- il *valore atteso* rappresenta il target predefinito al quale la performance deve tendere e raggiungere;
- il *valore soglia* rappresenta il valore limite entro il quale la performance può definirsi comunque raggiunta poiché il risultato è considerato tollerabile per il perseguimento degli obiettivi attribuiti, il dimensionamento del suo valore consente di rendere gli obiettivi sfidanti ma al contempo raggiungibili;
- *U.O. valutatrice* è costituita dalla struttura, facente parte della STP, in grado di misurare e valutare in maniera trasparente e oggettiva, il risultato della performance che scaturisce dallo specifico indicatore;
- Il *peso* permette di bilanciare gli sforzi e le risorse a disposizione, differenziando la complessità effettiva dei singoli obiettivi assegnati, stabilendo un valore rispetto il peso complessivo degli obiettivi che è pari ad 1.

Nella ricerca degli indicatori, si è cercato di dare la massima prevalenza alla logica di misurazione numerica (percentuale, rispetto ad un target specifico, rispetto al valore del periodo/i precedenti o in termini di valori assoluti cioè quantità di adempimenti/ reportistica/limiti da rispettare) che consente l'utilizzo di un range di accettabilità espresso dal valore soglia. In altri casi invece è stato necessario attribuire indicatori di esito, misurando l'esistenza o meno di una condizione richiesta.

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.38/106
---	----------------------	--	------------



Al fine di garantire l'imparzialità e la trasparenza, il processo di budget ha declinato sulle diverse unità il set di indicatori per i singoli macro aree di valutazione. Resta evidente che, sebbene l'indicatore possa essere declinato su più unità operative, il risultato atteso e il valore soglia devono essere bilanciati in ragione delle specifiche potenzialità e capacità.

Di seguito si riporta l'elenco degli indicatori utilizzati nel processo di Budget 2023 e distribuiti sulle complessive schede di budget, che a loro volta saranno l'oggetto di misurazione finale, le cui risultanze saranno contenute nella Relazione sulle Performance 2023:

## OBIETTIVI E INDICATORI

Poiché risulta in corso di finalizzazione la stesura e negoziazione delle singole schede di Budget con l'attribuzione del set di obiettivi ai rispettivi CdR, di seguito si rappresenta, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il set di obiettivi/indicatori ad oggi attribuiti alle singole UOC/UOSD, suddivisi per dimensione di valutazione.

Dimensioni	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Valore soglia	UU.OO Responsabili
	Redazione ed attuazione del PAGS (Piano Aziendale Gestione del sovraccollamento) - Obiettivi strategici DGR 481/2022	Partecipazione alla redazione del documento PAGS	invio del documento aziendale entro il 31_12_2023 a <a href="mailto:qualita@asl2abruzzo.it">qualita@asl2abruzzo.it</a>	invio del documento aziendale entro il 31_12_2023 a <a href="mailto:qualita@asl2abruzzo.it">qualita@asl2abruzzo.it</a>	UUOO OSPEDALIERE
	Migliorare la risposta ospedaliera nel territorio della ASL Lanciano – Vasto - Chieti nel caso di massiccio afflusso di feriti, mediante aggiornamento del Piano di Emergenza per il Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF) di Presidio Ospedaliero	Aggiornamento documento PEIMAF di PO	Trasmissione di un documento aggiornato a <a href="mailto:qualita@asl2abruzzo.it">qualita@asl2abruzzo.it</a> entro il 31/07/2023	Trasmissione di un documento aggiornato a <a href="mailto:qualita@asl2abruzzo.it">qualita@asl2abruzzo.it</a> entro il 31/07/2023	UUOO OSPEDALIERE
	Migliorare la gestione della fase pre e postoperatoria in paziente cardiocirurgico sottoposto ad intervento	Attivare l'ambulatorio di preospedalizzazione e effettuare refresh formativo sul corretto impiego della check list di sala operatoria e delle raccomandazioni ministeriali e sulla gestione dei presidi temporanei	Ambulatorio e N= 1 verbale con firme partecipanti	Ambulatorio e N= 1 verbale con firme partecipanti	UUOO OSPEDALIERE
	Migliorare la gestione del consenso informato, attraverso l'aggiornamento delle schede informative sulla base dell'evoluzione delle conoscenze tecnico scientifiche.	Revisione/aggiornamento schede informative secondo lo schema del documento " nota informativa" (INFSAO7/1)	Informativa/e aggiornate da inoltrare a <a href="mailto:qualita@asl2abruzzo.it">qualita@asl2abruzzo.it</a> entro il 31/10/2023	Informativa/e aggiornate da inoltrare a <a href="mailto:qualita@asl2abruzzo.it">qualita@asl2abruzzo.it</a> entro il 31/10/2023	UUOO OSPEDALIERE/ASSI STENZIALE-TERRITORIALE
	Prevenire la ritenzione di corpo estraneo	Verificare la corretta compilazione delle schede di controllo garze strumentario taglienti	N=4 Report trimestrali di verifica sulla corretta compilazione delle schede di controllo garze strumentario taglienti	N=3 Report trimestrali di verifica sulla corretta compilazione delle schede di controllo garze strumentario taglienti	UUOO OSPEDALIERE
<b>QUALITA'</b>	Migliorare la gestione dei casi clinici in area critica neonatale	Pianificazione incontri di confronto-informazione professionale fra Neonatologi e Ginecologi su un campione di casi clinici selezionati in setting clinico-assistenziali critici	N=7 incontri/anno verbale con firme partecipanti da inoltrare a <a href="mailto:qualita@asl2abruzzo.it">qualita@asl2abruzzo.it</a> entro il 31/12/2023	N=7 incontri/anno verbale con firme partecipanti da inoltrare a <a href="mailto:qualita@asl2abruzzo.it">qualita@asl2abruzzo.it</a> entro il 31/12/2023	UUOO OSPEDALIERE
	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Autovalutazione corretta compilazione schede bundle (catetere vescicale, infezioni sito chirurgico, dispositivi di accesso venoso, clostridium difficile, MDRO)	Autovalutazione su un campione di almeno 30 cartelle cliniche mediante utilizzo check list. Invio report a <a href="mailto:qualita@asl2abruzzo.it">qualita@asl2abruzzo.it</a> entro il 30/09/2023	Autovalutazione su un campione di almeno 20 cartelle cliniche mediante utilizzo check list. Invio report a <a href="mailto:qualita@asl2abruzzo.it">qualita@asl2abruzzo.it</a> entro il 30/09/2023	UUOO OSPEDALIERE
	Mantenimento degli standard di certificazione Eusoma	Rispetto requisiti di competenza Linee Guida Eusoma 2020	100% dei requisiti applicabili	90%	UUOO OSPEDALIERE
	Garantire il percorso diagnostico terapeutico per Ca colon-retto - presa in carico pazienti	N° pazienti con tumore del colon retto discussi al GICO/N° pazienti con diagnosi di tumore del colon retto	≥70%	≥60%	UUOO OSPEDALIERE
	Garantire il percorso diagnostico terapeutico per Ca colon-retto - partecipazione incontri GICO	Garantire la partecipazione degli endoscopisti agli incontri GICO	≥80%	≥70%	UUOO OSPEDALIERE
	Garantire il percorso diagnostico terapeutico per Ca polmone- presa in carico pazienti	N° pazienti con tumore del polmone discussi al GICO/N° pazienti con diagnosi di tumore del polmone	≥90%	≥80%	UUOO OSPEDALIERE
	Garantire il percorso diagnostico terapeutico per Melanoma	N° pazienti con diagnosi di melanoma discussi al GICO/N° pazienti con diagnosi di melanoma	≥80%	≥75%	UUOO OSPEDALIERE
	Migliorare la gestione intraospedaliera del paziente affetto da Dissezione aortica di Tipo B in elezione ed urgenza.	Redazione di Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente affetto da Dissezione	procedura aziendale	procedura aziendale	UUOO OSPEDALIERE

		aortica di Tipo B in elezione ed urgenza.			
	Migliorare la gestione dell'Emergenza Chirurgica Indifferibile in MeCAU che declini la gestione del Kit di Emergenza, le modalità e le responsabilità delle relative verifiche	Redazione di una Istruzione Operativa interna sulla Gestione dell'Emergenza Chirurgica Indifferibile in MeCAU che declini la gestione del Kit di Emergenza, le modalità e le responsabilità delle relative verifiche	invio istruzione operativa aziendale entro il 31_12_2023 a qualita@asl2abruzzo.it	invio istruzione operativa aziendale entro il 31_12_2023 a qualita@asl2abruzzo.it	UUOO OSPEDALIERE
	Migliorare la gestione dei farmaci nelle UU.OO.CC.	N° verifiche ispettive effettuate/N. verifiche ispettive programmate	100%	≥ 80%	UUOO OSPEDALIERE
	Verifica del setting assistenziale erogato dalla struttura rispetto all'autorizzazione dell'UVM e rilevazione dei fuori setting	Report	N. 1 report al 31/12/2023	1	UUOO AMMINISTRATIVO -TECNICO
	Controlli sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, branche a visita, fisioterapia e radiologia erogate dalle strutture private accreditate e puntuale rendicontazione per gli adempimenti ad essi collegati	Report	N. 1 report al 31/12/2023 da inviare all'U.O. GACEP	1	UUOO AMMINISTRATIVO -TECNICO
APPROPRIATEZZA	Controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie (DCA n. 64/2012 e normativa nazionale e regionale in materia)	Verifica sulle prestazioni ospedaliere erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate e puntuale rendicontazione alla Regione sui predisposti schemi regionali	≥ 10% cartelle cliniche verificate	10%	UUOO AMMINISTRATIVO -TECNICO
		Rispetto per le prestazioni ospedaliere ad elevato rischio di inappropriatezza, della soglia di controllo, nelle strutture pubbliche e private accreditate e puntuale rendicontazione alla Regione sui predisposti schemi regionali	≥ 2,5% cartelle cliniche controllate	2,5%	UUOO AMMINISTRATIVO -TECNICO
		Verifica analitica sulle prestazioni riabilitative ex art.26, psichiatriche e residenziali (RA, RSA) erogate dalle strutture private accreditate e puntuale rendicontazione alla Regione sui predisposti schemi regionali	≥ 10% cartelle cliniche verificate	10%	UUOO AMMINISTRATIVO -TECNICO
	Controllo della appropriata codifica dei DRG sui campioni del 10% e 2,5% delle prestazioni erogate dai presidi ospedalieri pubblici aziendali e conseguente rivalorizzazione	Relazione	N. 1 relazione al 31/12/2023	1	UUOO AMMINISTRATIVO -TECNICO
	Compilazione delle SDO nel rispetto dei principi di accuratezza, completezza e congruità	N. SDO correttamente compilate nel rispetto dei principi di accuratezza, completezza, congruità/N. SDO compilate	≥ 90%	≥ 80%	UU.OO OSPEDALIERE
EQUITA' ECONOMICITA'	Implementazione dell'offerta delle prestazioni Aziendali*	Attivazione e gestione di nuove agende di 2° livello per l'erogazione di esami/prestazioni in aggiunta a quelli erogati nel 2022.	SPECIFICO PER UU.OO	100%	UU.OO OSPEDALIERE
EQUITA'	Implementazione dell'uso del CUP di 2° livello: refertazione su SISWeb delle prestazioni ambulatoriali afferenti all'U.O.	Percentuale delle prestazioni refertate: N. di referti/N. di prestazioni effettuate dall'U.O. nell'anno 2023	≥ 20% delle prestazioni effettuate dall'U.O.	90%	UU.OO OSPEDALIERE
EQUITA'	Implementazione dell'uso del CUP di 2° livello: accettazione su SISWeb delle prestazioni ambulatoriali afferenti all'U.O.	Percentuale delle prestazioni accettate: N. di accettazioni/N. di prestazioni effettuate dall'U.O. nell'anno 2023	≥ 50% delle prestazioni effettuate dall'U.O. 90%	90%	UU.OO OSPEDALIERE
INNOVAZIONE	Sanità digitale: dematerializzazione della ricetta medica cartacea	N° ricette dematerializzate in rapporto agli esami erogati	20% degli esami erogati	90%	UU.OO OSPEDALIERE
EQUITA'	Miglioramento gestione liste di attesa per intervento chirurgico. Previsti n.2 interventi Recall Aziendale a marzo e novembre 2023	Aggiornamento della lista di prenotazione chirurgica con pulizia costante ed allineamento alle comunicazioni del Servizio Recall Aziendale	N.3 valutazioni al 30/04/2023, 31/08/2023 e 31/12/2023	3	UU.OO OSPEDALIERE
EQUITA'	Garanzia della completa prenotabilità dell'offerta ambulatoriale per il primo accesso	Riconvertire e stabilizzare in prenotazione gli esami eseguiti ad accesso diretto nel periodo 01/01/2022-30/11/2022, rispettivamente di primo e secondo livello	SPECIFICO PER UU.OO	100%	UU.OO OSPEDALIERE
EQUITA'	Abbattimento liste d'attesa con incremento dell'offerta	incremento prenotabilità primo livello	SPECIFICO PER UU.OO	100%	UU.OO OSPEDALIERE
EQUITA'	Attivazione ambulatorio di ecografie internistiche prenotabili al CUP	attivazione di un'agenda di 1° livello per l'erogazione ecografie internistiche	SPECIFICO PER UU.OO	100%	UU.OO OSPEDALIERE
ECONOMICITA'	Utilizzo appropriato degli inibitori di pompa protonica	Rapporto DDD utilizzate in reparto / giornate di degenza PP.AA. MONITORATI OMEPRAZOLO, LANSOPRAZOLO, ESOMEPRAZOLO	SPECIFICO PER UOC	SPECIFICO PER UOC	UU.OO OSPEDALIERE
	Utilizzo appropriato degli antibiotici non sottoposti a richiesta motivata	Rapporto DDD utilizzate in reparto / giornate di degenza AB MONITORATI: AMIKACINA, AMOXICILLINA, AMOXICILLINA E AC CLAV., AZITROMICINA, CEFASOLINA, CEFTRIAKSONE, CEFTRIAKSONE, CIPROFLOXACINA SOLO OS, CLARITROMICINA, CLINDAMICINA, DOXICICLINA, FOSFOMICINA SOLO OS, GENTAMICINA, LEVOFLOXACINA SOLO OS, METRONIDAZOLO, MINOCICLINA, MOXIFLOXACINA, NITROFURANTOINA, PIPERACILLINA E TAZOBACTAM	SPECIFICO PER UOC	SPECIFICO PER UOC	UU.OO OSPEDALIERE

	Appropriatezza d'uso degli antibiotici	Incontri clinici/farmacisti per l'appropriatezza d'uso degli antibiotici (N° incontri/anno)	1	1	UU.OO OSPEDALIERE
	Controllo spesa antipsicotici long acting	Spesa media DDD formulazioni iniettabili a base di aripiprazolo, paliperidone, risperidone	SPECIFICO PER UOC	SPECIFICO PER UOC	UU.OO OSPEDALIERE
	Utilizzo del biosimilare a costo inferiore come da aggiudicazione regionale (DGR 240/2021)	Incidenza % farmaco biosimilare (DDD biosimilare a costo inferiore/totale DDD molecola) per i pp.aa. adalimumab, infliximab, etanercept	ADALIMUMAB 100% INFLIXIMAB 100%	≥ 90%	UU.OO OSPEDALIERE
	Contenimento della spesa per i farmaci afferenti alla ATC L04A	Mantenimento o diminuzione del prezzo medio per DDD	SPECIFICO PER UOC	SPECIFICO PER UOC	UU.OO OSPEDALIERE
	Utilizzo del biosimilare a costo inferiore come da aggiudicazione regionale (DGR 240/2021)	Incidenza % farmaco biosimilare (DDD biosimilare a costo inferiore/totale DDD molecola) per ATC G03GA05	100,0%	≥ 90%	UU.OO OSPEDALIERE
	Prescrizione dei farmaci a minor costo per i pp.aa. Filgrastim, Pegfilgrastim, Trastuzumab ev, Bevacizumab	Incidenza % farmaco biosimilare (DDD farmaco biosimilare a costo inferiore/totale DDD molecola)	filgrastim 100% pegfilgrastim 100% trastuzumab ev 100% bevacizumab 100%	filgrastim 99% pegfilgrastim 95% trastuzumab ev 95% bevacizumab 95%	UU.OO OSPEDALIERE
	Utilizzo in reparto e in dimissione della specialità contenente enoxaparina a costo inferiore (obiettivi regionali su utilizzo dei biosimilari DGR 240-2021)	Incidenza % farmaco a minor costo (DDD EPBM a costo inferiore/totale DDD EPBM+fondaparinux)	1	0,95	UU.OO OSPEDALIERE
	Utilizzo in reparto del farmaco appartenente alla ATC B03XA (eritropoietine) a costo inferiore come da aggiudicazione regionale (obiettivi regionali su utilizzo dei biosimilari DGR 240/2021)	Incidenza % farmaco a minor costo (DDD farmaco a costo inferiore/totale DDD ATC B03XA)	1	0,95	UU.OO OSPEDALIERE
	Utilizzo del biosimilare a costo inferiore come da aggiudicazione regionale (DGR 240/2021)	Incidenza % farmaco biosimilare (DDD biosimilare a costo inferiore/totale DDD molecola) per i pp.aa. adalimumab, etanercept, infliximab	ADALIMUMAB 100% ETANERCEPT 100% INFLIXIMAB 100%	≥ 90%	UU.OO OSPEDALIERE
	Contenimento della spesa per i farmaci afferenti alla ATC L04AB, L04AC E L04AA	Mantenimento o diminuzione del prezzo medio per DDD	SPECIFICO PER UOC	SPECIFICO PER UOC	UU.OO OSPEDALIERE
	Riduzione del costo dei farmaci per HIV	Costo medio DDD ATC J05: mantenimento o diminuzione rispetto al 2022	SPECIFICO PER UOC	SPECIFICO PER UOC	UU.OO OSPEDALIERE
	Utilizzo del biosimilare a costo inferiore come da aggiudicazione regionale (DGR 240/2021)	Incidenza % farmaco biosimilare (DDD biosimilare a costo inferiore/totale DDD molecola) per i pp.aa. adalimumab	ADALIMUMAB 100%	≥ 90%	UU.OO OSPEDALIERE
	Prescrizione dei farmaci a minor costo per i pp.aa. Filgrastim, Pegfilgrastim, Trastuzumab ev, Bevacizumab	Incidenza % farmaco biosimilare (DDD farmaco biosimilare a costo inferiore/totale DDD molecola)	filgrastim 100% pegfilgrastim 100% trastuzumab ev 100% bevacizumab 100%	filgrastim 99% pegfilgrastim 95% trastuzumab ev 95% bevacizumab 95%	UU.OO OSPEDALIERE
	Controllo costo farmaci intravitreali	Prezzo medio siringa	SPECIFICO PER UOC	SPECIFICO PER UOC	UU.OO OSPEDALIERE
<b>SICUREZZA</b>	Collaborazione all'aggiornamento del DVR SLC (Stress Lavoro Correlato) ai sensi del D.Lgs 81/08 finalizzato all'implementazione del SGSL (Sistema di gestione in materia di salute e sicurezza) adottato con Delibera n. 1661 del 24/11/2022	Compilazione e invio entro i termini indicati delle specifiche liste di controllo per la verifica degli indicatori sullo Stress Lavoro Correlato trasmesse dal Servizio Prevenzione e Protezione alle UU.OO. aziendali.	Compilazione e invio entro l'01_06_2023 a protezione@asl2abruzzo.it delle specifiche liste di controllo per la verifica degli indicatori sullo Stress Lavoro Correlato trasmesse dal Servizio Prevenzione e Protezione alle UU.OO. Aziendali	Compilazione e invio entro l'01_06_2023 a protezione@asl2abruzzo.it delle specifiche liste di controllo per la verifica degli indicatori sullo Stress Lavoro Correlato trasmesse dal Servizio Prevenzione e Protezione alle UU.OO. Aziendali	UU.OO OSPEDALIERE/TER RITORIALI- ASSISTENZIALI/ PREVENZIONE/ AMMINISTRATIVO TECNICO
	Piani di trattamento radioterapia PO Chieti	Piani di trattamento	Trasmissione mensile del 100% dei piani di trattamento richiesti dalla UOC Radioterapia Oncologica all'indirizzo protezione@asl2abruzzo.it	100%	UU.OO OSPEDALIERE
	Controlli di qualità ai sensi del D. Lgs. 101/2000 sulle apparecchiature di radiodiagnostica e di medicina nucleare di tutti gli impianti dell'Azienda	% impianti controllati / impianti da controllare	100%	≥ 90%	UU.OO OSPEDALIERE
	Controlli di qualità sui mammografi dedicati allo screening mammografico aziendale	% mammografi controllati / mammografi dedicati allo screening da controllare	100%	≥ 90%	UU.OO OSPEDALIERE
	Incremento Valore della produzione 2023	[(Valore della produzione 2023/ Valore della produzione 2019) - 1] ≥ x	specifico per UOC	specifico per UOC	UU.OO OSPEDALIERE
	Incremento del valore della Produzione 2023	PESO MEDIO DRG 2023 ≥ PESO MEDIO DRG 2021	specifico per UOC	specifico per UOC	UU.OO OSPEDALIERE
	Incremento del valore della Produzione 2023	Numero di interventi 2023 ≥ +X% Numero di interventi 2019	specifico per UOC	specifico per UOC	UU.OO OSPEDALIERE
	Riduzione tempi degenza media pazienti	Degenza media 2023 ≤ Degenza media 2022 (gg)	specifico per UOC	specifico per UOC	UU.OO OSPEDALIERE
<b>ECONOMICITA' EFFICIENZA EFFICACIA</b>	Integrazione dei flussi sul consumo di emazie con il sistema informativo Aziendale Areas	Progettazione ed implementazione di un flusso relativo al consumo di emazie da integrare con il sistema informativo Aziendale che comprenda i seguenti campi:   CDC   ANNO   MESE   QUANTITA   VALORE ECONOMICO	n.1 progetto da inviare a controllo.gestione@asl2abruzzo.it entro il 30_09_2023	n.1 progetto da inviare a controllo.gestione@asl2abruzzo.it entro il 30_09_2023	UU.OO OSPEDALIERE
	Monitoraggio tempistica di trasmissione referti	Trasmissione relazione trimestrale contenente l'indicazione della tempistica media trimestrale intercorrente tra la presa in carico del campione e la data di refertazione	3 relazioni trimestrali da inviare a controllo.gestione@asl2abruzzo.it entro il 31/07/2023 - 31/10/2023 e 31/01/2024	1	UU.OO OSPEDALIERE

Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva delle prestazioni interne	Relazione su appropriatezza prescrittiva delle prestazioni richieste da UUOO interne	n. 2 relazioni semestrali da inviare entro il 31/07/2023 ed entro il 31/01/2024 a controllo.gestione@asl2abruzzo.it	100%	UU.OO OSPEDALIERE
	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva delle prestazioni esterne	Relazione su appropriatezza prescrittiva delle prestazioni rese a pazienti esterni	n. 2 relazioni semestrali da inviare entro il 31/07/2023 ed entro il 31/01/2024 a controllo.gestione@asl2abruzzo.it	100%	UU.OO OSPEDALIERE
ECONOMICITA' -EFFICIENZA- EFFICACIA	Produzione unità di emazie così come da "Programma regionale di autosufficienza di globuli rossi e medicinali plasmaderivati 2023".	Produzione unità di emazie come da programma regionale	unità di emazie prodotte ≥17.700	unità di emazie prodotte ≥ 16.815	UU.OO OSPEDALIERE
	Monitoraggio farmaci biosimilari	Report prescrizioni biosimilari/prescrizioni totali per principio attivo	N. 2 report annuali	1	UU.OO OSPEDALIERE
	Monitoraggio farmaci innovativi	Report prescrizioni innovativi/prescrizioni totali per principio attivo	N. 2 report annuali	1	UU.OO OSPEDALIERE
	Monitoraggio tempistica di trasmissione referti	Trasmissione relazione trimestrale contenente l'indicazione della tempistica media trimestrale intercorrente tra la presa in carico del campione e la data di refertazione	3 relazioni trimestrali da inviare a controllo.gestione@asl2abruzzo.it entro il 31/07/2023 - 31/10/2023 e 31/01/2024	1	UU.OO OSPEDALIERE
Innovazione	Tracciabilità prestazioni/consumi per linea di attività	Relazione contenente le modalità di tracciamento delle prestazioni/consumi per diversa linea di attività	Invio relazione contenente le modalità proposte per la tracciabilità separata di tutte le linee di produzione entro il 30/06/2023 a controllo.gestione@asl2abruzzo.it	100%	UU.OO OSPEDALIERE
Innovazione	PAC: tracciabilità dispositivi erogati sul territorio	ricognizione categorie merceologiche e codici areas dispositivi per diabetici erogati sul territorio	Numero 1 relazione finale con elenco codici da inviare entro il 30/06/2023 a controllo.gestione@asl2abruzzo.it	Numero 1 relazione finale con elenco codici da inviare entro il 30/06/2023 a controllo.gestione@asl2abruzzo.it	UU.OO TERRITORIALE ASSISTENZIALE
ANTICORRUZIONE & TRASPARENZA	Attuazione delle misure di prevenzione della corruzione declinate nella Sezione Rischi corruttivi e trasparenza del presente PIAO	Stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione specifiche per UOC, nel rispetto delle tempistiche e degli indicatori declinati negli allegati 1 e 2 alla sezione Rischi corruttivi e trasparenza (misure specifiche e generali)	Trasmissione relazione annuale da inviarsi al RPCT alla mail trasparenza@asl2abruzzo.it entro il 30/11/2023 e/o tempestiva eventuale segnalazione al RPCT delle criticità riscontrate	≥80%	UU.OO AMMINISTRATIVO -TECNICO
	Implementazione del modulo "Casa di vetro" di cui al paragrafo 2.1.3 del presente PIAO con riferimento ai contenuti specifici per UOC (valore atteso) e alle tempistiche previste nell'allegato 3 alla sezione Rischi corruttivi e trasparenza (obblighi di pubblicazione)	Trasmissione relazione annuale sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione attraverso l'implementazione di "Casa di vetro", rispetto alla totalità degli obblighi di cui all'allegato 3 alla Sezione Rischi corruttivi e trasparenza del presente PIAO	Relazione da inviarsi al RPCT alla mail trasparenza@asl2abruzzo.it entro il 31/12/2023	≥50%	UU.OO AMMINISTRATIVO -TECNICO
PREVENZIONE	Attuazione delle specifiche azioni previste dal Piano Regionale di Prevenzione 2021-2025 e declinati nei programmi predefiniti e nei programmi liberi.	Relazione trimestrale sull'attuazione delle specifiche azioni previste dal Piano Regionale di Prevenzione 2021-2025 e declinati nei programmi predefiniti e nei programmi liberi	Relazioni trimestrali SPECIFICHE PER UU.OO da inviare entro il 30/04/2023 per il I trimestre; entro il 31/07/2023 per il II trimestre 2023, entro il 30/11/2023 per il III trimestre ed entro il 31/01/2024 per il IV trimestre 2023 a controllo.gestione@asl2abruzzo.it	Relazioni trimestrali SPECIFICHE PER UU.OO da inviare entro il 30/04/2023 per il I trimestre; entro il 31/07/2023 per il II trimestre 2023, entro il 30/11/2023 per il III trimestre ed entro il 31/01/2024 per il IV trimestre 2023 a controllo.gestione@asl2abruzzo.it	UU.OO PREVENZIONE
	Copertura della popolazione target per lo screening della cervice uterina	Recupero del ritardo dovuto alla Pandemia Covid-19	≥ 50%	≥ range 20-30%	UU.OO OSPEDALIERE/PREVENZIONE
ECONOMICITA' -EFFICIENZA- EFFICACIA	Reclutamento figure professionali con riferimento al Piano Industriale 2023-2025	Reclutamento di n. 92 figure professionali come da riferimento al Piano Industriale 2023-2025	70% ENTRO 30.06.23 100% ENTRO 31.12.2023	90%	UU.OO AMMINISTRATIVO -TECNICO

Il processo di cascading degli obiettivi con i correlati indicatori permette di assegnare alle unità operative gli obiettivi di performance organizzativa durante il processo di Budget. Quindi al termine della fase di negoziazione con i direttori/responsabili di UOC/UOSD, una volta accettate e firmate le schede di Budget, si procede con l'allocazione definitiva degli obiettivi. Sarà poi compito dei Responsabili di CdR declinare questi obiettivi di performance organizzativa in azioni concrete volte al perseguimento della strategia sui propri collaboratori. I dirigenti preposti ai presidi ospedalieri ed ai distretti delle Aziende sanitarie locali rispondono al Direttore generale degli obiettivi e delle risorse assegnate. Entro il relativo tetto di risorse si esplica l'autonomia gestionale ed organizzativa di ciascun dirigente di struttura. A tale autonomia corrisponde la responsabilizzazione sul raggiungimento degli obiettivi di budget e

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023	Pag.42/106
---	----------------------	------------

sull'utilizzo delle risorse. In fase di assegnazione delle risorse sono individuati i responsabili delle stesse, che garantiscono la coerente distribuzione dei fattori produttivi ed il corretto impiego delle risorse per il raggiungimento degli obiettivi di budget.

## 2.2.6 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 della sezione 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 processo 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.

### AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLE PERFORMANCE

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

Dal 2021, l'azienda si è dotata di una nuova piattaforma di Data Analytics denominata QlikSense, in grado di combinare i dati, per creare resoconti e report aderenti alle esigenze aziendali, previa verifica, controllo e correzione delle anomalie, che ha consentito l'avvio del nuovo modello di misurazione e costruzione reportistica da inviare direttamente in rete con frequenze molto ravvicinate tramite piattaforma QlikNPrinting. In parallelo è implementato il nuovo meccanismo operativo del "Budget Operativo" che consente ai responsabili dei singoli CdR/CdC sia il monitoraggio della spesa che il controllo dei consumi effettuati. È stato inoltre realizzato un estrattore dati per rilevare tutta l'attività di produzione (ricoveri, specialistica ambulatoriale) direttamente derivante dai dati di produzione inseriti a sistema. I due sistemi consentiranno nel corso del 2023 la costruzione di un modello di misurazione della

performance “SMVP” potendo contare anche sulla definizione, da parte del UOC Programmazione e Amministrazione delle Risorse umane, del protocollo applicativo per la gestione del Sistema di valorizzazione delle performance individuali e del connesso Sistema premiante.

Inoltre l’Azienda nel corso del 2022 ha approvato il nuovo Regolamento di Budget con Deliberazione n. 269/2022 e sta procedendo ad una semplificazione e progressiva riduzione delle tempistiche per la definizione e negoziazione del processo di budget, così da garantire la coincidenza e l’allineamento delle scadenze e dei processi con la pianificazione della performance organizzativa e la successiva valutazione.

## 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 sopraccitati 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 programmatoria 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 ed annuale (formalizzata mediante questo documento) e una rendicontazione annuale (formalizzata dalla relazione della performance), secondo dimensioni della performance e indicatori di risultato.

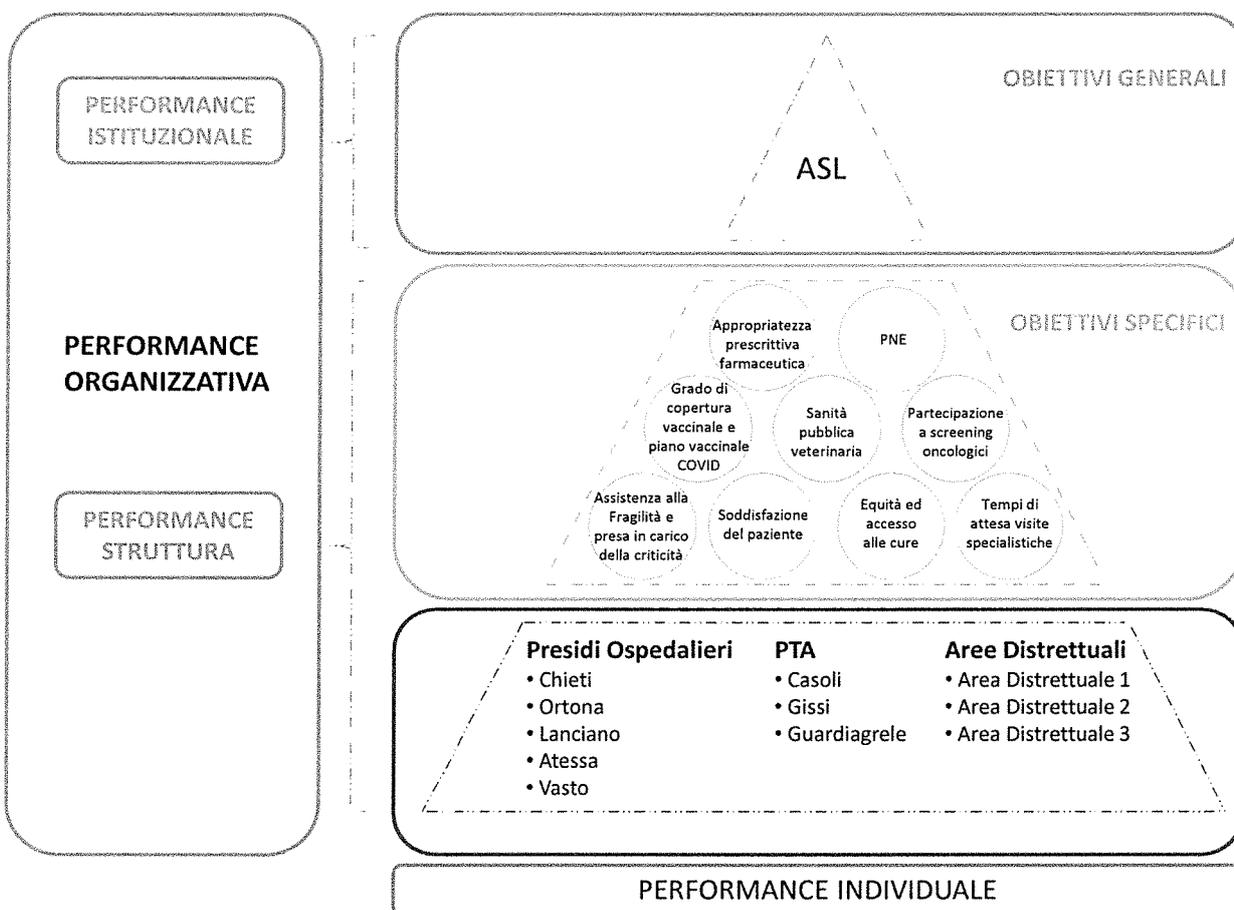
Il livello di valutazione aziendale, viene integrato con ulteriori dimensioni di misurazione e si traduce in una serie di strumenti già attivi, ovvero:

- 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.

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.44/106
---	-------------------------	--	------------

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.



### 2.2.7 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.

*Cu*

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.

#### 2.2.8 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 2023.

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:

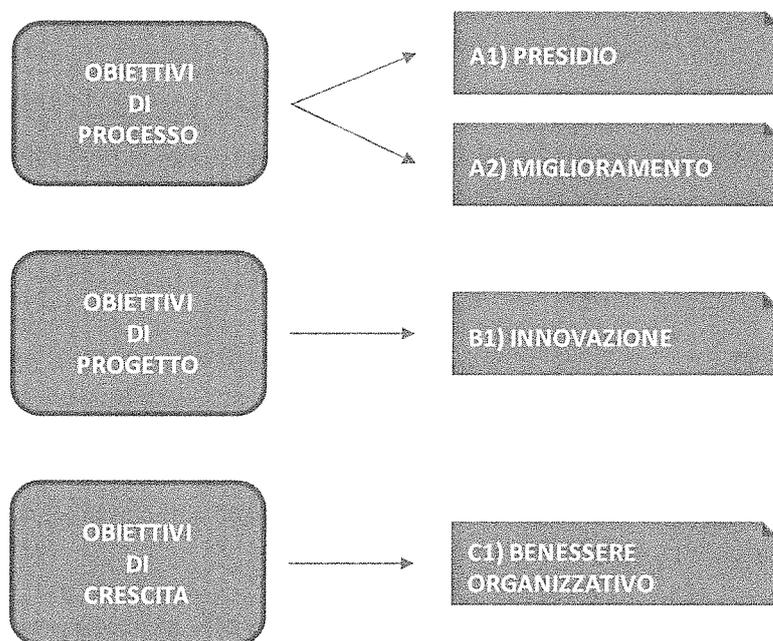
Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.46/106
---	-------------------------	--	------------

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

- 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;
- al raggiungimento di specifici obiettivi individuali, ove assegnati e differenti da quelli di cui alla lettera a);
- alle competenze professionali e manageriali dimostrate attraverso i comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate;
- alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi.

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 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.

A seguito della sottoscrizione in data 16/06/2022, in via definitiva, del "Protocollo applicativo per la gestione del Sistema di valorizzazione delle performance individuali e del connesso Sistema premiante" è stata definita la procedura per la valutazione individuale. La valutazione della performance individuale viene inserita all'interno del calcolo per la determinazione della performance complessiva di ciascun dipendente che viene determinata sulla base dei seguenti parametri, matematicamente gestiti come fattori fra sé moltiplicativi:

- La performance organizzativa della struttura di appartenenza;
- La valenza che caratterizza i diversi ambiti dell'organizzazione (CdR);
- Il livello di responsabilità individuale;
- La performance individuale effettivamente apportata da ciascun dipendente;
- La quantità di servizio individualmente prestata.

La valorizzazione della performance individuale prevede la programmazione, il monitoraggio e la rilevazione al termine di ciascun esercizio della performance individuale dei singoli dipendenti, valorizzando gli apporti individuali ed i comportamenti organizzativi che nel corso dell'esercizio hanno significativamente contribuito al raggiungimento dei risultati dell'organizzazione.

Al pari del processo di valutazione della performance organizzativa, anche per la valutazione della performance individuale prende avvio dalla definizione dei contenuti della scheda di valorizzazione a cura del Valorizzatore che programma e rileva l'apporto dei rispettivi collaboratori ed è individuato secondo lo schema previsto nel paragrafo 8 del protocollo applicativo.

#### 2.2.9 IL PROCESSO DI MISURAZIONE

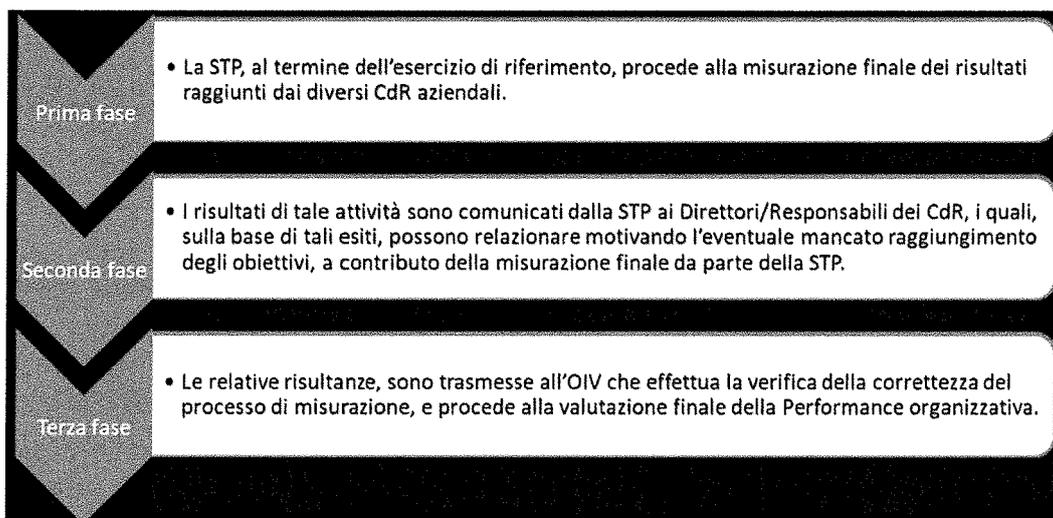
Come si evince dall'art.4 del D. Lgs.150/2009 il ciclo della performance si articola come processo di definizione degli obiettivi, di allocazione delle risorse necessarie al loro raggiungimento, di monitoraggio in corso di gestione e di valutazione e rendicontazione dei risultati ottenuti in maniera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

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.48/106
---	-------------------------	--	------------

2. fase di monitoraggio in corso di esercizio;
3. fase della misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;

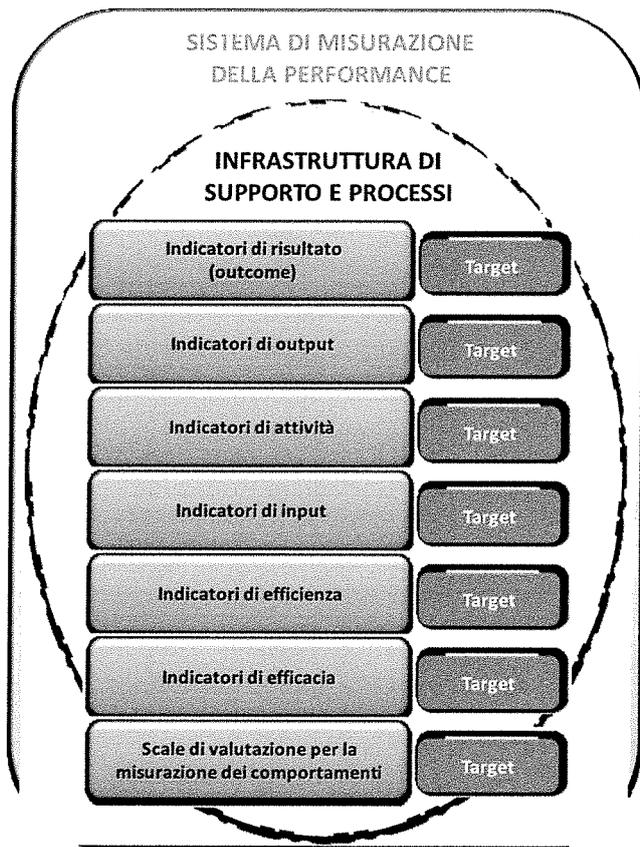


4. fase della rendicontazione interna ed esterna dei risultati.

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 sta costruendo un sistema di reportistica idoneo e dedicato che consenta di asseverare e validare i diversi obiettivi raggiunti nel periodo di riferimento.

## 2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza del presente PIAO è predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT) ai sensi della Legge n. 190 del 2012 e del decreto legislativo n. 33 del 2013, sulla base degli indirizzi e delle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione e degli atti di regolazione generali adottati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

<b>Acronimi</b>	<b>Definizioni</b>
ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
ASL	Azienda Sanitaria Locale 2 – Lanciano Vasto Chieti
RPCT	Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per l'attuazione della Trasparenza
Dip.to	Dipartimento
DFP	Dipartimento Funzione Pubblica
PIAO	Piano integrato di Attività e organizzazione
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
PP	Piano della Performance
UOC	Unità Operativa Complessa
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
UO	Unità Operativa
UPD	Ufficio Procedimenti Disciplinari
PAF	Piano Aziendale Formativo
RASA	Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante

La ASL Lanciano Vasto Chieti ha avviato nel mese di novembre 2022 le attività preliminari all'aggiornamento della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2022-2024 adottato con deliberazione n. 951 del 30/06/2022. L'obiettivo è pianificare e attuare efficaci strategie di prevenzione e contrasto della corruzione e, più in generale, dell'illegalità all'interno della ASL. Attraverso una autovalutazione del diverso livello di esposizione delle Unità Operative di cui si compone l'Azienda al rischio di corruzione, sono stati pianificati i relativi interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio, allineandosi alle raccomandazioni metodologiche contenute nel PNA 2019.

La nozione di corruzione va intesa infatti in un'accezione ampia che oltrepassa i confini tracciati dalla fattispecie penale. In essa vanno ricompresi episodi che si risolvono nella deviazione dall'integrità pubblica e dalle regole etiche comunemente accettate e si traducono in un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite o inquinamento dell'azione amministrativa dall'esterno, anche solo a livello di tentativo.

L'Azienda ha sviluppato progressivamente nel corso degli anni la mappatura dei processi e dei relativi potenziali eventi corruttivi e nell'attuale aggiornamento sono state considerate anche le indicazioni contenute nel PNA 2022<sup>2</sup>, dando priorità a:

- processi relativi al raggiungimento degli obiettivi di performance volti ad incrementare il valore pubblico, con particolare riferimento agli obiettivi strategici declinati negli strumenti di programmazione 2023-2025, adottati con deliberazione 1361 del 30.09.2022, tra cui gli investimenti finanziati con risorse PNRR e PNC;

- processi che nel corso del 2022 hanno fatto registrare segnalazioni, reclami, notizie negative di cronaca, contenzioso giudiziale o stragiudiziale, violazioni disciplinari, anche sfociate in azioni penali.

Inoltre sono state mappate le aree di rischio generale e quelle di rischio specifiche in relazione alla tipologia di ente del servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di presidiare con misure idonee di prevenzione anche altri processi che, pur non essendo direttamente collegati a obiettivi di performance o alla gestione delle risorse del PNRR, potrebbero presentare una esposizione a rischi corruttivi significativi per le caratteristiche proprie del contesto interno o esterno.

Con riferimento peraltro agli obiettivi di valore pubblico programmati nell'ambito dei fondi PNRR (investimenti e acquisizione di attrezzature), l'Azienda gestirà unicamente la fase esecutiva e di rendicontazione sul ReGis (sistema gestionale unico del PNRR) in quanto le procedure di gara non saranno gestite direttamente.

In particolare le procedure di approvazione dei progetti e di appalto delle opere pubbliche da realizzare con tali fondi saranno gestite sotto il profilo tecnico- amministrativo dall'ARIC, soggetto aggregatore regionale; lo stesso dicasi dell'affidamento dei progetti a tecnici esterni. Nel caso degli acquisti programmati di attrezzature, verrà utilizzata la Centrale di Acquisti per la P.A. Consip e generalmente le convenzioni ivi attive.

Si è provveduto pertanto a mappare il relativo processo nella gestione dei fondi PNRR per la fase "residuale" posta in capo all'Azienda ovvero quella esecutiva, valutandone il potenziale corruttivo, atteso che l'adesione alle convenzioni Consip e alle gare ARIC centralizzate postulano l'avvenuta aggiudicazione della procedura da parte di tali soggetti aggregatori. Si rimanda al riguardo anche alla sezione monitoraggio del PIAO, specificatamente predisposta al fine di garantire iniziative di *accountability* sugli obiettivi di valore pubblico.

---

<sup>2</sup> approvato dal Consiglio dell'Anac il 17 gennaio 2023 con delibera n. 7

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.52/106
---	-------------------------	--	------------

Inoltre, nell'ambito della pianificazione delle misure generali e specifiche in materia di conflitto di interessi, rotazione del personale, formazione e trasparenza si è posto particolare rilievo alle attività concernenti l'utilizzo di fondi PNRR.

In sede di ulteriore aggiornamento dello strumento programmatico in tutti gli ambiti di attività si procederà alla acquisizione di ulteriori elementi di descrizione dei processi, in quanto funzionali alla creazione di valore pubblico in senso ampio e non limitati a singole politiche pubbliche o obiettivi di performance.

#### 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. In modo particolare la prevenzione della corruzione e la trasparenza hanno natura trasversale nella pianificazione strategica volta alla creazione di valore pubblico.

Sulla base degli esiti dell'attività di monitoraggio effettuata nel corso del 2022 e delle criticità emerse, con il presente Piano si intendono migliorare e rendere effettive le misure di pianificazione gestione e controllo del rischio in modo particolare perseguendo i seguenti obiettivi strategici per la prevenzione ed il contrasto dei fenomeni corruttivi:

- migliorare e rendere effettive le misure di rotazione del personale;
- revisionare la regolamentazione interna con particolare riguardo all'aggiornamento del codice di comportamento, alla gestione del conflitto di interessi e alla gestione del pantouflage;
- incrementare i livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholders, sia esterni che interni, anche mediante la diffusione dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato;
- migliorare l'informatizzazione dei flussi informativi per alimentare la pubblicazione dei dati su "Amministrazione Trasparente", anche mediante apposita formazione diretta al personale interessato alla cura degli obblighi di pubblicazione;
- consolidare un sistema di indicatori per monitorare la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO integrato nel sistema di misurazione e valutazione delle performance e nei sistemi di controllo di gestione;
- proseguire le 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;

- migliorare il sistema di prevenzione nell'ambito dei contratti pubblici alla luce delle indicazioni fornite dall'ANAC nel PNA 2022- Parte Speciale, in particolare in ambito di interventi finanziati con fondi PNRR.

### 2.3.1 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

Per quanto attiene alla criminalità presente sul territorio della ASL Lanciano Vasto Chieti, consultando **l'annuale classifica del Sole 24 ore** che analizza le denunce di furti, rapine e altri tipi di reati riferiti all'anno 2021, la provincia di Chieti occupa l'**80esima** posizione, su 106: sono state 9871 le denunce complessive, una media di 2650 ogni 100mila abitanti.

Relativamente a dinamiche delinquenziali in genere come evidenziato nella **relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento** relativa primo semestre 2021, *“è importante sottolineare che nel territorio abruzzese si evidenzia una sostanziale differenza tra la fascia costiera e quella appenninica laddove la prima si caratterizza per sviluppi di maggiore impatto sulla sicurezza e ordine pubblico quali lo spaccio degli stupefacenti, le estorsioni, lo sfruttamento della prostituzione, i reati predatori favoriti da una maggiore presenza di gruppi criminali pugliesi e di matrice straniera. L'altra invece è risultata maggiormente esposta a fenomeni di infiltrazione economica in parte originate dalle vicine realtà campana e laziale”*.

La Presidente della Corte di Appello di L'Aquila, Fabrizia Francabandera, nella Relazione presentata a L'Aquila il 22 gennaio 2022 in occasione dell'Inaugurazione dell'anno giudiziario, ha evidenziato che *“Quanto alle fenomenologie criminali che hanno interessato il territorio del distretto, merita di essere segnalata la preoccupazione espressa, ancora una volta, dal Procuratore della Repubblica di Vasto per il concreto pericolo di infiltrazioni criminali per la vicinanza ad aree ad altra concentrazione malavitosa e per l'insediamento di soggetti appartenenti alla criminalità organizzata campana e calabrese”*.

Per quanto riguarda la provincia di Chieti, infatti anche nella **relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento** relativa secondo semestre 2021, si legge che *“l'area Vastese risulta particolarmente esposta a costanti tentativi di infiltrazione da parte di sodalizi collegati alla criminalità organizzata pugliese e*

*albanese. In particolare i sodalizi foggiani, quelli del Gargano e di San Severo, dimostrano una spiccata propensione al traffico degli stupefacenti. Relativamente alla presenza di criminalità straniera, sul territorio teatino appaiono particolarmente attive le etnie albanesi dedite allo spaccio delle sostanze stupefacenti che si avvalgono anche della storica comunità sinti presente sulla costa”.*

L’Abruzzo dunque non appare immune agli interessi delle organizzazioni criminali sebbene non si registrino presenze radicate di sodalizi mafiosi nella regione. Tuttavia diverse indagini giudiziarie hanno confermato l’attività di riciclaggio e di reimpiego di capitali di origine criminale nei settori commerciale, immobiliare ed in quello usurario. Del resto, le consorterie criminali da organizzazioni parassitarie e violente, hanno assunto, nel tempo, una dimensione sempre più affaristica. Come meglio chiarito nella già citata relazione del Ministro dell’Interno al Parlamento relativa secondo semestre 2021 *“Pur mantenendo i tradizionali metodi mafiosi, esse si avvalgono, in maniera sempre più raffinata della corruzione, dell’evasione fiscale e degli altri reati economico-finanziari per perseguire la propria strategia di infiltrazione nel tessuto economico-sociale, adattandosi perfettamente ai nuovi contesti sociali internazionali ed agli eventuali mutamenti. Le organizzazioni criminali sono attratte, in particolare, dallo sviluppo di realtà economiche favorite dalla contingenza pandemica, come, ad esempio, la commercializzazione di presidi medico-sanitari ed i servizi di pulizia e sanificazione ambientale. Tuttora si assiste a casi di compravendite di dispositivi medici e di protezione individuale in spregio alle normative, che ne impongono la conformità ai necessari standard di sicurezza”.*

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.

A tal proposito per assicurare la massima sinergia nella direzione di un rafforzamento delle misure di prevenzione a tutela dell’economia legale nell’ambito della Zona Economica Speciale della Regione Abruzzo – Aree portuali di Ortona e di Vasto, con particolare riguardo ai settori più esposti a rischio di penetrazione criminale, la Prefettura di Chieti il 07/09/2022 ha siglato con tutti i soggetti istituzionali interessati anche alla realizzazione degli interventi infrastrutturali per la zona economica speciale (ZES) della Regione Abruzzo inseriti nel PNRR uno specifico Protocollo di legalità che, attraverso l’applicazione dei controlli antimafia nella gestione di appalti pubblici, concessioni demaniali, autorizzazioni alle imprese portuali e procedure concorsuali, mira a incrementare le misure di contrasto ai tentativi di infiltrazione mafiosa nell’economia

legale, garantendo altresì la trasparenza e la prevenzione di ingerenze indebite nelle procedure di affidamento e di esecuzione delle opere.

Il nostro Paese ha peraltro rafforzato nel 2022 la propria credibilità internazionale come dimostra l'indice di percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica, presentato da Transparency International il 31 gennaio 2023, che vede l'Italia al 41esimo posto su 180 Paesi, con un punteggio di 56 punti su 100 (ottenuto attraverso l'impiego di tredici strumenti di analisi e di sondaggi rivolti ad esperti provenienti dal mondo del business). Risultato ottenuto 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.

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 tempestività e della regolarità, anche sotto il profilo contabile, contribuendo a limitare ulteriormente il rischio di eventi corruttivi.

---

#### CONTESTO INTERNO

Nel corso del 2022 sono stati gestiti diversi procedimenti disciplinari per eventi corruttivi e per fatti penalmente rilevanti verificatisi nelle precedenti annualità. Sono pervenute complessivamente n. 24 segnalazioni e/o provvedimenti giudiziari riguardanti la violazione degli obblighi comportamentali e per fatti anche penalmente rilevanti, di cui n. 19 esitati in procedimenti disciplinari. Nel corso dell'anno 2022 sono stati avviati complessivamente n. 9 procedimenti disciplinari per fatti anche penalmente rilevanti, di cui n. 3

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.56/106
---	-------------------------	--	------------

riferiti ad eventi corruttivi verificatisi negli anni precedenti ( n. 8 sono sospesi in attesa della definizione del procedimento penale ).

Si è provveduto, inoltre, ad attivare una **consultazione pubblica** per l'aggiornamento del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024, anche 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, è pervenuto un contributo da parte di una organizzazione sindacale con riferimento all'area della Dirigenza sanitaria e alla misura di rotazione degli incarichi, che è stata considerata nella pianificazione della relativa sezione della presente sottosezione.

#### COMPITI E RESPONSABILITÀ DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

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

- elaborazione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO in una logica di integrazione con le altre sezioni;
- definizione di procedure atte a selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione su proposta di Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa Complesse;
- verifica dell'efficace attuazione della sottosezione 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, d'intesa con il dirigente competente, del personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- 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.

Inoltre il RPCT coordina la propria attività con le altre articolazioni aziendali coinvolte nella redazione del PIAO.

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 al Direttore della UOC Affari Generali, Gestione documentale e Convenzioni, Dott. Errico D'Amico e individuato come sostituto il collaboratore amministrativo Barbara Pantaleone assistente al RPCT, assegnato alla "funzione Anticorruzione", collocata in staff alla Direzione Generale.

I poteri di vigilanza e controllo del RPCT sono funzionali al ruolo principale che il legislatore gli assegna, ovvero proporre e predisporre adeguati strumenti interni all'amministrazione per contrastare l'insorgenza di fenomeni corruttivi. Detti poteri devono rimanere connessi al compito principale di predisporre il sistema di prevenzione della corruzione dell'ente e verificarne la tenuta complessiva, con l'obiettivo di contenere fenomeni di cattiva amministrazione. Di conseguenza, essi 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 le responsabilità né svolgere direttamente controlli di legittimità e di regolarità amministrativa e contabile. 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 PIAO e alla sua attuazione, non si concentrino sulla sola figura del RPCT, ma che vi sia una partecipazione degli organi di indirizzo per una

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.58/106
---	-------------------------	--	------------

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)

Gli OIV 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.

In data 27/06/2022 l'OIV ha predisposto la "Griglia di rilevazione", attraverso la verifica diretta di corrispondenza tra quanto pubblicato su sito aziendale al 31/05/2022 e quanto previsto dalla Delibera ANAC

n°201/2022 e nelle sedute del 7, 15 e 27 giugno 2022, 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. Sono state analizzate le criticità e considerate le opportunità di miglioramento. Nelle sedute del 25/10/2022 e 04/11/2022, inoltre, l'OIV ha compilato una nuova griglia di monitoraggio al 31/10/2022, verificando il superamento di alcune delle carenze significative di pubblicazione rilevate nella griglia al 31/05/2022.

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

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.60/106
---	-------------------------	--	------------

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
- Aree distrettuali (Chieti, Vasto, Lanciano)
- Presidi territoriali di Assistenza (Casoli, Gissi, Atessa, Guardiagrele)
- Gestione Attività Amministrative PP.OO.
- Formazione
- Ufficio ALPI
- 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)
- Urp e Privacy
- Servizio Aziendale Professioni Sanitarie (SAPS)
- Contabilità e Bilancio
- Qualità, Accreditamento e Risk Management
- Programmazione e Controllo di Gestione
- Valutazione Appropriatelyzza delle Prestazioni Sanitarie
- Governo Liste d'Attesa e Sistemi di Prenotazione
- Servizio Prevenzione e Protezione
- Servizio Farmaceutico Ospedaliero
- 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. Per le UO sanitarie afferenti i Dipartimenti sanitari, il Direttore del Dipartimento coordina le attività di implementazione, monitoraggio dello stato di attuazione e rendicontazione del presente Piano al fine di garantire omogeneità nell'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo. 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 assegnati a ciascuna UO coinvolta, anche ai fini della responsabilità dirigenziale.

Dalla mappatura dei processi (rilevazione dei processi, identificazione e la valutazione dei rischi) allo sviluppo e applicazione delle misure di prevenzione della corruzione, in ogni fase è indispensabile la massima partecipazione dei Dirigenti responsabili di UO e funzioni di staff, oltre che dei Direttori di

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.62/106
---	-------------------------	--	------------

Dipartimento con funzioni di coordinamento per la mappatura e la gestione del sistema di prevenzione della corruzione in ambito sanitario. Le misure sono di fatto 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.

Per questo sono stati espletati adeguati e mirati processi formativi, sensibilizzando i responsabili di unità operativa sull'importanza del loro ruolo e della loro collaborazione e partecipazione a tutte le fasi di predisposizione e attuazione della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, promuovendo in tal modo la piena condivisione degli obiettivi e la più ampia responsabilizzazione di tutti i dipendenti.

I dirigenti responsabili di UO, peraltro, 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 infatti quelle dei soggetti che, in base alla programmazione della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, rispondono dell'attuazione di ciascuna misura 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.

---

### 2.3.2 IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE

L'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione contenute nel PIAO deve rispondere ad una logica di coordinamento con quanto previsto negli altri strumenti di programmazione e con le altre sezioni dello stesso PIAO, attivando una collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'amministrazione. In particolare, sia per l'area PTA che per l'area sanitaria, il contenuto della sezione Rischi corruttivi e trasparenza trova riscontro 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. Al riguardo, si procederà nel corso del triennio 2023/2025 al consolidamento di un sistema di indicatori per monitorare la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, integrato nel sistema di misurazione e valutazione delle performance e nei sistemi di controllo di gestione.

In tal modo, l'Azienda mira a rafforzare l'integrazione tra gli ambiti relativi alla creazione di valore pubblico, alla performance, alla trasparenza, all'integrità e al contrasto della corruzione, al fine di stabilire opportuni collegamenti con il ciclo della performance, in quanto la lotta alla corruzione rappresenta un obiettivo strategico aziendale.

Particolare attenzione, dunque, è stata posta alla coerenza tra le diverse sezioni del PIAO 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 contraltare di efficacia negli obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

Inoltre, diversi processi mappati all'interno della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO si riferiscono ad obiettivi e indicatori di performance aziendali assegnati alle UO di competenza, cosicché tale sezione 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.

---

### 2.3.3 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,

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.64/106
---	-------------------------	--	------------

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

#### 2.3.4- MAPPATURA DEI PROCESSI ATTUATI DALL'AZIENDA

La mappatura dei processi consiste nella individuazione e analisi dei processi organizzativi e viene effettuata sia nelle aree di rischio individuate dall'art. 1, comma 16 della legge 190/2012, sia raccogliendo le proposte dei dirigenti responsabili di altre aree sensibili individuate sulla base della specificità aziendale.

Nell'elaborazione della presente sezione del PIAO 2023-2025 si è tenuto conto delle molteplici attività svolte dall'amministrazione, che nel corso degli anni sono state esaminate gradualmente in maniera sempre più dettagliata, al fine di identificare aree e attività che, per la loro peculiarità, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

In considerazione della complessità organizzativa aziendale, infatti, la mappatura si è andata implementando con gli aggiornamenti dei Piani e ha fatto registrare un miglioramento progressivo e continuo nella rilevazione e analisi dei processi, così come nella valutazione e trattamento dei rischi.

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 della presente sezione, 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 di risultato.

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) in conformità ai criteri e alla metodologia di cui all’allegato 1 al PNA 2019, con la possibilità di mappare nuovi processi, di rivalutare il livello di rischio dei processi già mappati e riportati nel PIAO aziendale 2022-2024, o di 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 di allegato n. 1.

## **ALLEGATO 1**

---

### 2.3.5- 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.

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.66/106
---	-------------------------	--	------------



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 in 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:

<b>I dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'amministrazione</b>	Possono essere considerate le sentenze passate in giudicato, i procedimenti in corso, e i decreti di citazione a giudizio riguardanti:  ✓ 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.
<b>Le segnalazioni pervenute</b>	<b>Le segnalazioni ricevute sia dall'interno dell'amministrazione_</b> ma anche quelle pervenute dall'esterno. Altro dato da considerare è quello relativo ai <b>reclami</b> che possono indirizzare l'attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla mala gestione di taluni processi organizzativi.
<b>Ulteriori dati in possesso dell'amministrazione</b>	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;

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.70/106
---	-------------------------	--	------------



- 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.
- 

---

#### 2.3.6- 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 e di intervento 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 alla presente sezione**).

Tutte le misure individuate sono state opportunamente progettate e scadenze 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 al fine di incidere sui fattori abilitanti.

E' stata indicata la tempistica, utile per scadenze 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 1 - SEZ. 2.3

#### ALLEGATO 2 - SEZ. 2.3

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.71/106
---	-------------------------	--	------------

### 2.3.7- 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 PIAO, 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 2022) ed un **monitoraggio annuale** (a consuntivo, entro il mese di novembre/dicembre 2022). 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 PIAO, alcune hanno risposto dopo solleciti ad adempiere da parte del RPCT.

Il monitoraggio della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, 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 PIAO 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 della sezione Rischi corruttivi e

trasparenza del PIAO. In data 29.12.2022 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 2023-2025, come evidenziato in precedenza, potrà essere consolidato un sistema di indicatori per monitorare la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, integrato nel sistema di misurazione e valutazione delle performance e nei sistemi di controllo di gestione.

#### 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.

Alla luce delle recenti modifiche normative e contrattuali l'Azienda predisporrà le necessarie revisioni da adottarsi nel corso del 2023.

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 al link <https://www.info.asl2abruzzo.it/azienda/codice-di-comportamento-per-i-dipendenti-della-pubblica-amministrazione.html>, 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 previste dalla L.190/2012, assume rilievo l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio. La ratio delle previsioni

normative ad oggi emanate è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività e di evitare che il medesimo dipendente tratti lo stesso tipo di procedimenti per lungo tempo relazionandosi sempre con i medesimi utenti con possibilità di alimentare fenomeni di "mala gestio".

In sanità, tuttavia, la rotazione dei dirigenti e del personale presenta non indifferenti profili di delicatezza e complessità: il "settore clinico" è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche e di expertise consolidate; inoltre, nei casi di conferimento di incarico a seguito di concorso/avviso pubblico si tratta di figure infungibili (vedi Direttori di Struttura complessa sanitaria e similari) ed il mancato rinnovo dell'incarico può essere, generalmente, la conseguenza solo di giudizio professionale negativo in conformità alle prescritte procedure previste.

Per gli incarichi dei dirigenti dell'Area Tecnico, Professionale ed Amministrativa è richiesta, generalmente, una competenza tecnica specifica dei singoli settori di assegnazione e le limitate professionalità presenti sono difficilmente intercambiabili, se non con il rischio di una paralisi dell'apparato tecnico – amministrativo.

A ogni buon conto la ASL è stata interessata, nel corso del 2021 da una riorganizzazione sia a livello apicale 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 l'avvicendamento di alcuni 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.

Si ritiene opportuno, a garanzia del principio di autonomia/responsabilità che caratterizza il sistema aziendale, avviare un percorso virtuoso volto a rendere la rotazione un obiettivo effettivo, verificabile e documentabile e una misura applicabile con gradualità. Saranno messi a punto meccanismi aziendali collegati a sistemi di gestione, quali la valutazione della performance e l'analisi delle risorse umane a disposizione, unitamente ad una conseguente pianificazione formativa finalizzata a sostenere la rotazione e l'interscambiabilità.

Si procederà ad identificare, in via preventiva nel corso del 2023, una mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili e a fare una ricognizione della geografia organizzativa dell'Ente, con specifico riferimento alle aree da sottoporre a rotazione ed alle diverse tipologie di personale che ha effettiva responsabilità nei processi: area clinica, tecnico amministrativa e altre professioni sanitarie.

Nel corso del biennio 2024-2025, si procederà alla rivalutazione dei processi aziendali e alla stesura di un Regolamento per individuare le modalità e le fasi in cui la rotazione potrà essere realizzata a regime, unitamente alla programmazione di attività di formazione. Inoltre saranno individuate puntuali misure di monitoraggio e verifica, senza compromettere il funzionamento delle strutture e delle unità operative che,

ricordiamo, hanno sostanzialmente la mission di erogare servizi sanitari e L.E.A. al cittadino che non possono subire, pertanto, interruzioni e ritardi.

Di seguito si indicano alcune misure che, in linea con le disposizioni ANAC, saranno avviate nel periodo 2023/2025:

- individuazione dei Dipartimenti Aziendali, del personale (dirigenti - personale comparto),~~e~~ delle Aree (clinica - tecnico-amministrativa / altro personale professioni infermieristiche) e degli incarichi specifici (es. RUP, membro di commissione, D.E.C., Interventi PNRR) per le quali è possibile applicare la misura della rotazione ordinaria tenuto conto dei fattori organizzativi/contrattuali e del numero dei dipendenti (entro il 2023);
- individuazione delle modalità di attuazione della rotazione (criteri generali e tempi della rotazione per il personale dirigenziale e non) e stesura di apposito Regolamento (entro il 2024);
- redazione per ciascuna struttura (per la quale è stata valutata positivamente l'applicabilità della rotazione) di un Piano specifico per la Rotazione del personale con relativo crono programma, (entro il 2024);
- verifica, a regime, dell'effettiva attuazione della rotazione con monitoraggio delle misure previste (entro il 2025);
- progettazione di interventi di coaching per il personale neo-incaricato e di aggiornamento, finalizzati all'acquisizione delle conoscenze e della perizia necessarie per lo svolgimento della nuova attività o dell'incarico (entro il 2025);
- integrazione con il Piano Formativo aziendale con l'obiettivo di sviluppare in maniera trasversale all'interno dell'amministrazione le professionalità per lo svolgimento delle attività proprie degli uffici o servizi a rischio di corruzione (entro il 2025);
- aggiornamento/redazione del Regolamento contenente i criteri per il conferimento/revoca degli incarichi dirigenziali con la previsione anche del criterio di rotazione (entro il 2025);

In attesa di specifiche indicazioni e/o regolamentazioni aziendali che saranno emanate, per individuare e sottoporre a rotazione periodica i profili e le categorie esposte a più elevato rischio di corruzione, la ASL procede, comunque, a conformare la propria attività al principio di rotazione, anche nell'attribuzione di specifici incarichi (ad es. RUP; membro di commissione; interventi PNRR).

Al riguardo, con apposita circolare della Direzione Aziendale ad oggetto "disciplina sulla nomina dei Direttori della Esecuzione dei Contratti" del 27/10/2022 è stato stabilito il limite massimo di cinque anni alla

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.75/106
---	-------------------------	--	------------

nomina dei DEC, che dovrà avvenire attraverso la selezione di soggetti dotati delle necessarie professionalità in relazione all'oggetto della commessa. Inoltre, con delibera n. 1602 del 14/11/2022 sono stati nominati nuovi DEC con riferimento a n. 14 contratti di appalto in essere, relativi a servizi e forniture, applicando il suddetto principio della rotazione.

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).

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 preposti alle attività ispettive.

Viene garantita inoltre l'effettiva applicazione della rotazione "straordinaria" dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali riferite a condotte di natura corruttiva conformemente alla prescrizione di legge ed in particolare a quanto disposto all'art.16, co. 1, lett. l -quater del d.lgs.165/2001.

Infine è previsto tra le misure generali l'obbligo del dipendente di comunicare tempestivamente alla ASL il formale avvio di procedimento penale per fatti corruttivi a carico del medesimo dipendente, con conseguente avvio di procedimento disciplinare e valutazione dell'applicazione della rotazione straordinaria.

---

#### 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".

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.76/106
---	-------------------------	--	------------

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. 42 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. Come ribadito di recente nel PNA 2022, l'ambito di applicazione della disciplina del conflitto di interessi nei contratti pubblici si applica a tutto il personale dipendente a prescindere dalla tipologia di contratto di lavoro, e *"a tutti coloro che, in base ad un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, siano in grado di impegnare l'ente nei confronti di terzi o comunque rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne influenzare obiettivamente l'attività esterna"*.

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. E' stata adottata al riguardo dalla Direzione Generale

anche un'apposita circolare ad oggetto: *"Indicazioni al personale Asl sulla disciplina dei rapporti con gli operatori economici e fornitori aziendali"*, cui è stata data ampia diffusione e che è disponibile nella sezione Area Dipendenti del sito istituzionale al link <http://lnx.asl2abruzzo.it/asl/area-dipendenti.html>

Inoltre, nel corso dell'attività di monitoraggio effettuata nel 2022 è emersa l'opportunità di consolidare il sistema delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi rese da parte dei dipendenti (al momento dell'assegnazione all'ufficio o ad esempio della nomina a RUP, membro di commissione o altro incarico connesso anche alle procedure di affidamento) mediante predisposizione di appositi moduli.

Pertanto nel corso del 2023 si procederà ad una revisione della regolamentazione interna, anche con riguardo alle indicazioni fornite dall'ANAC nella Parte speciale *"Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici"* del PNA 2022, che sono recepite nel presente Piano (cfr. misure in allegato n. 1), e si proseguirà con le iniziative di formazione e sensibilizzazione di tutto il personale al rispetto di quanto previsto in materia dalla l. 241 /1990, dall'art. 42 del Codice dei Contratti e dal codice di comportamento anch'esso in corso di revisione.

---

#### 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.

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.78/106
---	-------------------------	--	------------

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 2023.

---

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, i soggetti interessati rendono 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 garantire l'imparzialità delle decisioni della pubblica amministrazione e scoraggiare comportamenti impropri, fonti di possibili fenomeni corruttivi connessi ad impieghi del dipendente successivi alla cessazione del rapporto di lavoro. Si tratta del divieto di *pantouflage*, una fattispecie che integra i casi di inconferibilità e incompatibilità contemplati dal decreto legislativo n. 39 del 2013, qualificabile in termini di "incompatibilità successiva", 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. Il divieto è volto anche a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti sullo svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente l'opportunità di un'assunzione o di incarichi alla cessazione del servizio per la pubblica amministrazione.

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 amministrativi atti a incidere sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari, contratti o accordi (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabili 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 svolgere attività lavorativa o professionale non occasionale, ovvero 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".

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.80/106
---	-------------------------	--	------------

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.

La vigilanza e l'accertamento della violazione del divieto di pantouflage e i relativi poteri sanzionatori competono all'ANAC, che svolge anche un'attività consultiva in materia. La verifica istruttoria sul rispetto della norma è svolta dal RPCT con il necessario supporto degli uffici competenti. Gli esiti delle verifiche interne possono tradursi in una segnalazione qualificata ad ANAC.

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, nei mesi precedenti alla 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 e a trasmettere annualmente allo stesso ufficio, nel triennio successivo alla cessazione, una dichiarazione ai sensi del d.P.R. n. 445/2000 che attesti l'assenza di violazione del divieto con l'impegno di aggiornarla in caso di variazioni intervenienti nel corso dell'anno. Lo stesso provvede alla raccolta e all'archiviazione delle dichiarazioni.
- 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. Gli stessi provvedono alla raccolta e all'archiviazione delle dichiarazioni degli operatori economici, rese in conformità a quanto previsto nei bandi - tipo adottati dall'ANAC ai sensi dell'art. 71 del d. lsg. 50/2016.

- I Direttori delle UU.OO. che provvedono all'affidamento di incarichi di consulenza della ASL Lanciano Vasto Chieti sono tenuti ad assicurare l'inserimento nei contratti della previsione di una dichiarazione da rendere all'inizio dell'incarico con cui l'interessato si impegna al rispetto del divieto di pantouflage. Gli stessi provvedono alla raccolta e all'archiviazione delle dichiarazioni.
- Il RPCT procederà nel corso del 2023 a riscontrare l'applicabilità del modello operativo per la verifica sul divieto di pantouflage e delle integrazioni ai codici di comportamento, come proposti nel PNA 2022, anche attraverso programmazione di specifici audit.

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

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.82/106
---	-------------------------	--	------------

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 oppure 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](mailto:anticorruzione@asl2abruzzo.it), gestito solo dal RPCT e reso pubblico sul sito istituzionale. Ciò posto, il dipendente che segnala illeciti dovrà utilizzare il modello ANAC 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".

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

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.84/106
---	-------------------------	--	------------



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 2022 sono pervenute quattro segnalazioni anonime attraverso il canale informatico di whistleblowing, tutte oggetto di approfondimento istruttorio da parte del Gruppo di lavoro. Accertato che in tre casi riguardavano problematiche organizzative o situazioni di conflittualità ambientale, all'esito dell'approfondimento istruttorio condotto, non sono stati rilevati profili di illiceità nelle condotte segnalate (in materia di affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali, in merito alla turnistica e in merito al conferimento di incarichi di posizione organizzativa). La quarta segnalazione non era sufficientemente circostanziata pertanto non è stato possibile esaminarne i contenuti.

---

#### LA FORMAZIONE IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE

La formazione riveste una grande importanza nell'ambito della prevenzione della corruzione. Il percorso di formazione deve 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, riguardare sia le norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione ed i contenuti della Legge 190/2012, sia gli aspetti etici e della legalità dell'attività amministrativa oltre ad ogni tematica utile per prevenire e contrastare la corruzione.

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, rientra nella competenza del RPCT, d'intesa col responsabile dell'Ufficio Formazione.

Nel corso del prossimo triennio 2023/2025 si procederà ad implementare lo sviluppo complessivo e la 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.

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.

Nel corso del 2022 sono stati erogati diversi percorsi formativi obbligatori che hanno coinvolto tutto il personale dell'azienda con un'ampia partecipazione: 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 (circa 90 persone); un corso on line destinato ai dirigenti dell'area sanitaria e non (circa 1000 persone); un corso on line rivolto a tutto il personale del comparto sanitario e non (circa 2000 persone). 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.

Per una formazione continua, capillare e diffusa del personale interessato, si proseguirà con cadenza annuale ad attivare ulteriori corsi di formazione e di aggiornamento di cui al presente paragrafo, rivolti a tutti i dipendenti dell'Azienda e corsi specifici per il personale idoneo a ricoprire l'incarico di RUP e del personale che interviene nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione di appalti e concessioni, tra cui gli interventi finanziati con fondi PNRR, 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.

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.86/106
---	-------------------------	--	------------



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.

Si procederà a verificare l'opportunità di aggiornare il documento per il tramite dei competenti uffici anche alla luce delle indicazioni fornite dall'ANAC del PNA 2022.

#### MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI PER LA CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI

Al fine di garantire il monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti, previsto dall'art. 1, comma 9, lett. d) della legge 190/2012, e rilevare eventuali omissioni o ritardi, i Responsabili delle strutture verificano il rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, anche mediante le apposite funzionalità previste nel Sistema informatizzato di gestione documentale.

I Responsabili delle strutture relazionano semestralmente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza sulle eventuali criticità riscontrate e sui procedimenti per i quali si registra un ritardo, precisando se sono stati oggetto di reclami/segnalazioni dell'utenza o contestazioni giudiziali/stragiudiziali.

#### 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.

In merito alle partecipazioni possedute al 31/12/2022, l'Azienda detiene quote societarie:

- della società mista "Asl Service srl", in stato di liquidazione (quindi non in esercizio, con esonero degli obblighi di trasparenza, come attestato dall'OIV nel verbale del 28/06/2022 nell'ambito della rilevazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione in riferimento alle voci indicate dall'ANAC nella delibera n. 201/2022)
- della società mista "DIA-Impiantistica Antinfortunistica srl" per la quale sono in corso di svolgimento le attività prodromiche alla definizione della partecipazione detenuta dall'Azienda, come previsto e stabilito nella deliberazione del Direttore Generale n. 634 del 12.05.2022.

---

## 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 e dalle successive modifiche e integrazioni.

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, come aggiornato da ultimo dagli allegati n. 2 e 9 al PNA 2022. In particolare sono individuati i responsabili della pubblicazione di ciascun obbligo in termini di posizione ricoperta nell'organizzazione, i quali provvedono a richiedere dati o documenti eventualmente non detenuti o formati dalla stessa articolazione aziendale.

Si procederà inoltre ad integrare la sezione Amministrazione Trasparente con quanto previsto dallo stesso PNA 2022, in merito alla trasparenza degli interventi finanziati con i fondi PNRR.

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.88/106
---	-------------------------	--	------------

Nel corso del 2023 si procederà all'implementazione del software "Casa di vetro" che permetterà l'informatizzazione dei flussi informativi per alimentare con maggiore celerità e completezza la pubblicazione dei dati e dei documenti su "Amministrazione Trasparente", supportata da apposite sessioni formative per tutto il personale direttamente coinvolto nella pubblicazione.

Inoltre il sistema di gestione documentale informatizzato introdotto nel 2022, che sarà ulteriormente implementato con ulteriori funzionalità tra cui la redazione di atti e la pubblicazione dei documenti su Amministrazione trasparente consente di garantire la tracciabilità informatica degli atti quale ulteriore misura di trasparenza, anche in materia di contratti pubblici in linea con le raccomandazioni dell'ANAC declinate nella Parte Speciale del PNA 2022.

Per quanto attiene nello specifico alle criticità riscontrate dall'OIV nel monitoraggio sugli obblighi di trasparenza relativamente alla pubblicazione delle rendicontazioni in esito all'esecuzione dei contratti si procederà a programmare apposite sessioni di lavoro con gli uffici interessati al fine di valutare eventuali procedure e/o protocolli operativi da adottarsi per supportare e uniformare l'attività dei DEC.

All'esecuzione di un contratto pubblico, infatti, come ribadito dall'ANAC "è oggi assicurata la massima conoscibilità in quanto, oltre agli atti, ai dati e alle informazioni che le amministrazioni sono tenute a pubblicare rispetto a questa fase ai sensi del d.lgs. n. 33/2013 e del Codice dei contratti, ad essa trova applicazione anche l'istituto dell'accesso civico generalizzato, riconosciuto espressamente ammissibile dal Consiglio di Stato pure con riguardo agli atti della fase esecutiva (Ad. Plenaria Consiglio di Stato del 2 aprile 2020 n. 10)".

---

#### 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.



La pubblicazione dei dati tramite il nuovo sistema di gestione documentale, in corso di implementazione, consentirà nel corso dell'annualità 2023 di migliorare le modalità tecniche di pubblicazione (accessibilità e usabilità), fornendo soluzioni tecnologiche specifiche anche a garanzia della riservatezza.

I dati e i documenti saranno pubblicati garantendone l'integrità, la facile lettura e l'immediata accessibilità con chiarezza espositiva 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 responsabili devono assolvere all'obbligo di pubblicità in qualità di fonte di produzione del documento.

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

Si riporta, in apposito schema, allegato 3 al presente Piano, l'elenco dei Responsabili della individuazione e/o elaborazione, trasmissione, pubblicazione ed aggiornamento dei documenti, delle informazioni e dei dati, in un'ottica di responsabilizzazione delle strutture interne dell'amministrazione 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.

---

### 2.3.7 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 PIAO (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 forma di accesso, distinta dall'accesso documentale ex art. 22 e ss. della l. n. 241/1990, 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 a tutela di interessi pubblici e privati. Si tratta di una trasparenza mediata dal temperamento tra conoscibilità e riservatezza. Tale istituto ha assunto sempre maggiore importanza e nell'attuale periodo storico interessato dall'attuazione delle misure finanziate con fondi PNRR è opportuno ricordare che la conoscibilità degli atti di contratti pubblici, ove non soggetti a pubblicazione obbligatoria, è ammessa anche mediante l'accesso civico generalizzato.

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”.

La ASL ha pubblicato, nella sezione Amministrazione Trasparente, tutte le informazioni utili relative alle modalità di esercizio del diritto in questione di cui all'articolo 5 comma 2 del decreto legislativo 33/2013 e s.m.i., corredato di apposita modulistica per inoltrare l'istanza al Dirigente che detiene i documenti o i dati di cui si fa richiesta, che è responsabile del relativo procedimento di accesso, analogamente a quanto statuito per l'accesso documentale con deliberazione del Direttore Generale ASL n.983/2012.

Sul sito istituzionale sono pubblicate inoltre le informazioni e a modulistica per l'esercizio del diritto di **accesso civico semplice** ex art. 5 comma 1, d. lgs. 33/2013 e s.m.i., che si sostanzia nel diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati di cui la pubblica amministrazione ha omesso la pubblicazione, nei casi in cui vi è obbligata. Pertanto, tale ultimo diritto di accesso non è totalmente libero, ma lo si può esercitare solo a seguito del mancato rispetto da parte della ASL del relativo obbligo di pubblicazione. La relativa istanza deve essere indirizzata al RPCT che ne cura il riscontro ed è responsabile del relativo procedimento di accesso.

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 il numero di reclami pervenuti durante l'anno con riferimento a ciascuna UO.

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 PIAO, anche oltre al rispetto di specifici obblighi di pubblicazione già contenuti in disposizioni vigenti.

#### **Allegato 3 SEZ. 2.3**

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.92/106
---	-------------------------	--	------------

## SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

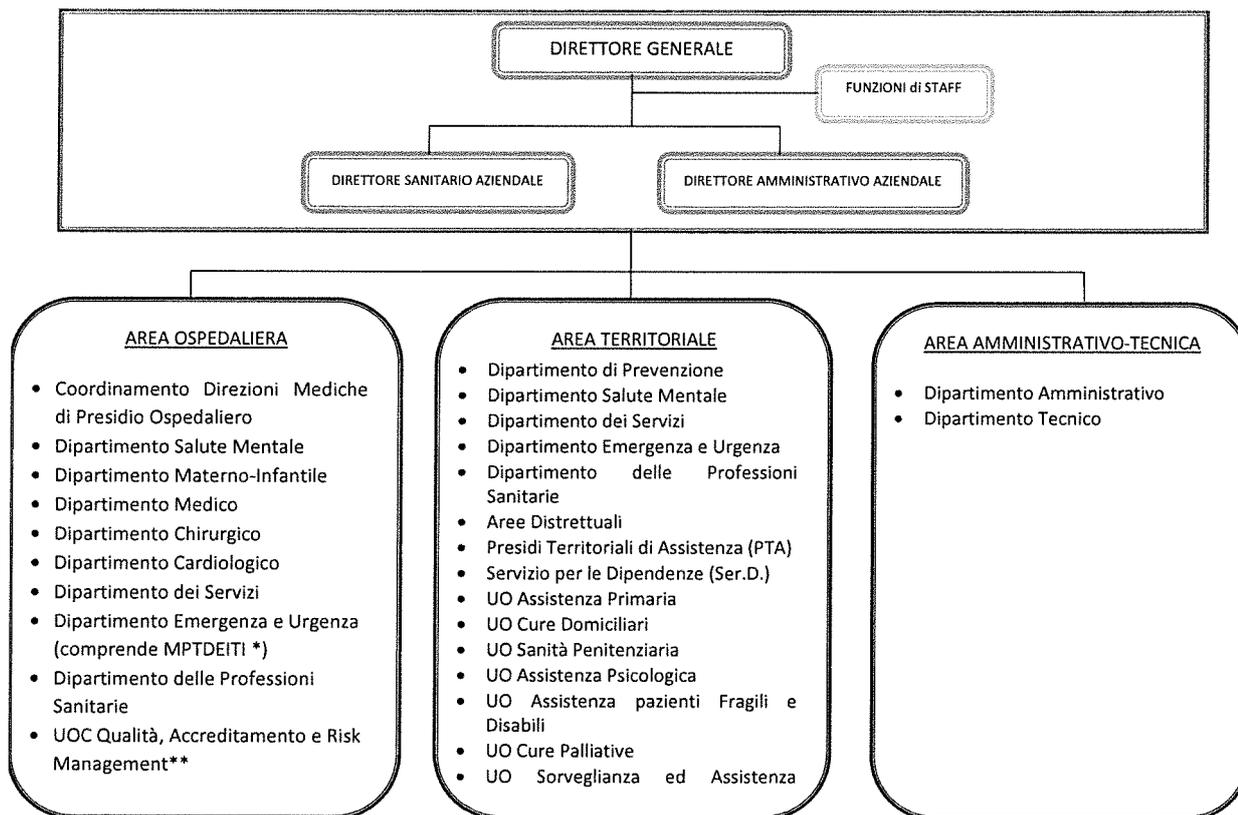
### 3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Il modello organizzativo aziendale è quello delineato nell'Atto Aziendale adottato con delibera del Direttore Generale n. 322 del 14 marzo 2018 avente ad oggetto *"Delibera di Giunta Regionale Abruzzo n. 51 del 2 febbraio 2018. Presa d'atto del parere di conformità alla delibera del Direttore Generale n. 1200 del 03 novembre 2017 di approvazione del nuovo Atto Aziendale della Asl Lanciano-Vasto-Chieti ai sensi della D.G.R. n. 402 del 21 luglio 2017, di modifica ed integrazione della D.G.R. 28 febbraio 2017 n. 78."*; l'Atto Aziendale è stato approvato con D.G.R.A. n. 294 in data 8 maggio 2018 avente ad oggetto *"Preso d'atto della Deliberazione del Direttore Generale della Asl Lanciano-Vasto-Chieti 14 marzo 2018 n. 322. Parere di conformità ex D.G.R. 28 febbraio 2017 n. 78 sull'Atto Aziendale dell'Asl Lanciano-Vasto-Chieti (D.D. n. 1200/2017 e n. 322/2018)"*.

Il modello organizzativo delineato con le suddette deliberazioni è tuttora vigente, nelle more delle determinazioni che saranno assunte dalla Regione per la reingegnerizzazione della *governance* sanitaria ed, in particolare, della rete ospedaliera in attuazione del Decreto Ministeriale 02/04/2015, n. 70 (D.G.R.A. n. 462/C in data 20/07/2021), nonché della rete territoriale in attuazione del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77;

Per quanto concerne l'assetto organizzativo dell'Area Professionale, Tecnica e Amministrativa e le funzioni di Staff amministrative il modello organizzativo è stato di recente riformato, a stralcio, con delibera del Direttore Generale n. 804 del 16 luglio 2021;

## MACROAREE



\*Coordinamento Medicina Perioperatoria, Terapia del Dolore, Emergenza Intraospedaliera e Terapia Intensiva

\*\* La UOC Qualità, Accreditemento e Risk Manaagement svolge attività trasversali sui Distretti e sulle strutture aziendali eroganti prestazioni sanitarie

### 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Il lavoro agile o “*smart working*” è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, regolamentata mediante accordo tra le parti, che si sostanzia nella possibilità di svolgimento della prestazione lavorativa, con eventuale utilizzo di strumenti tecnologici di proprietà dell’Ente o del singolo dipendente, senza precisi e prestabiliti vincoli di orario o di luogo di lavoro ed entro i soli limiti della durata massima dell’orario di lavoro giornaliero e settimanale derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Il lavoro agile costituisce un nuovo approccio all’organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione, che supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione.

La finalità perseguita è quella di incrementare la competitività del singolo dipendente e dell’azienda in generale, agevolando la conciliazione dei tempi di vita e lavoro e favorendo il benessere organizzativo (e quindi l’efficienza) all’interno delle strutture della Asl Lanciano Vasto Chieti.

Il quadro normativo di riferimento è il seguente:

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.94/106
---	----------------------	--	------------

- Legge 124 del 7 agosto 2015 (Legge Madia) - Art. 14 “Promozione della condizione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche”;
- Direttiva 3 del 1° giugno 2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri recante “Indirizzi per l’attuazione dei commi 1 e 2 dell’art. 14 della L. 124/2015 e Linee guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di dipendenti”;
- Legge 81 del 22 maggio 2017 - Capo II - “Lavoro agile”.

Nell’anno 2020 il carattere diffusivo dell’emergenza epidemiologica da COVID-19, il rapido incremento dei casi di contagio nonché la presenza di soggetti positivi al virus sul posto di lavoro hanno imposto -a partire dalla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020- l’adozione ed il susseguirsi di plurime disposizioni di rango sia legislativo che regolamentare, recanti misure urgenti e straordinarie atte a consentire l’accesso a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa in termini di flessibilità e, tra queste, in particolare al c.d. “lavoro agile”, allo scopo di preservare la salute dei dipendenti pubblici e, nel contempo, di garantire la continuità dell’azione amministrativa.

Durante la fase emergenziale, tra le altre disposizioni legislative, l’articolo 263, comma 4-bis, del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, come convertito con modificazioni dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77, ha provveduto a modificare l’art. 14, comma 1, della richiamata L. 124/2015, prevedendo che le amministrazioni pubbliche redigano un Piano Organizzativo del Lavoro Agile (P.O.L.A.), quale sezione del Piano delle performance, di cui all’articolo 10, comma 1, lettera a), del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Il P.O.L.A. individua le modalità attuative del lavoro agile, prevedendo, previa ricognizione delle attività che possono essere svolte in tale modalità, che i dipendenti possano avervi accesso senza penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e di progressione di carriera e definendo, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza dell’azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati.

Ai sensi di quanto previsto dall’art. 14, comma 3, della Legge 7 agosto 2015, n. 124, il Ministro della Pubblica Amministrazione con Decreto 9 dicembre 2020 ha adottato le “Linee guida sul Piano Operativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance” finalizzate a fornire indicazioni metodologiche per supportare le amministrazioni pubbliche per il passaggio dal lavoro agile della fase “emergenziale” a quello della fase “ordinaria”.

L’articolo 6 del Decreto Legge del 9 giugno 2021 n. 80, convertito in Legge 6 agosto 2021, n. 113, ha disposto che la redazione del P.O.L.A. confluisca all’interno del “Piano integrato di attività e organizzazione” (P.I.A.O.), di durata triennale con aggiornamento annuale.

Da ultimo, nel Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al personale del Comparto Sanità, sottoscritto in data 2 novembre 2022, nel Titolo VI “Lavoro a distanza” è inserito il Capo I rubricato “Lavoro agile” (artt. 76-80).

Al fine di disciplinare l’applicazione delle richiamate disposizioni normative e contrattuali vigenti in materia di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (P.O.L.A.) della

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.95/106
---	-------------------------	--	------------

Azienda Sanitaria Locale Lanciano Vasto Chieti è stato adottato con deliberazione n. 1891 del 29 dicembre 2022, percorrendo tre macro-obiettivi fondamentali:

- 1) favorire l'introduzione nella Asl Lanciano Vasto Chieti di nuovi modelli operativi che consentano la crescita di una cultura organizzativa orientata all'efficienza e alla gestione del lavoro per obiettivi e risultati, promuovendo la responsabilità individuale e favorendo la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- 2) favorire una migliore gestione dei tempi e delle modalità dello spostamento casa-lavoro e fra le varie sedi aziendali, anche in virtù della notevole estensione territoriale dell'Azienda e del gran numero di sedi periferiche che comportano la "dispersione" di un elevato numero di ore lavoro annue dedicate agli spostamenti;
- 3) regolamentare il ricorso al lavoro agile o "smart working" all'interno della Asl Lanciano Vasto Chieti, tramite lo strumento dell'accordo individuale fra dipendente e dirigente responsabile, al fine di definire obiettivi e attività dei singoli da armonizzare sia a livello di micro-organizzazione (ufficio - unità operativa) che di macro-organizzazione (Dipartimento – Azienda). Il tutto senza disagi per l'utenza ma, al contrario, creando valore e promuovendo lo sviluppo dei servizi basati sull' ICT.

Pertanto, attraverso il lavoro agile la ASL Lanciano Vasto Chieti intende promuovere una visione innovativa dell'organizzazione del lavoro, incentrata sul miglioramento continuo della performance e dei risultati, con l'obiettivo di stimolare l'autonomia e la responsabilità dei lavoratori, migliorare le azioni di conciliazione e, attraverso l'innovazione tecnologica, rendere più flessibile le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa.

La ASL dunque si propone di:

- sviluppare una cultura gestionale orientata al lavoro per obiettivi misurabili e per risultati, al fine di incrementare la produttività in termini di performance organizzativa ed individuale e la qualità dei servizi;
- instaurare relazioni professionali fondate sulla fiducia aumentando il coinvolgimento dei lavoratori;
- aumentare e migliorare le misure di conciliazione dei tempi famiglia-lavoro, favorendo un maggiore benessere in ambito lavorativo, con particolare riguardo alle situazioni di disabilità psico-fisica;
- favorire lo sviluppo e l'utilizzo delle nuove tecnologie, anche in forma sperimentale, attraverso la formazione del personale all'utilizzo di nuovi strumenti;
- promuovere la mobilità sostenibile, riducendo gli spostamenti casa-lavoro, favorendo una politica ambientale di diminuzione dell'inquinamento atmosferico e del traffico, nell'ottica di responsabilità sociale verso la collettività;
- promuovere, d'intesa con i Direttori/Responsabili delle UU.OO., opportune scelte logistiche di ridefinizione degli spazi di lavoro e favorire la creazione di spazi di lavoro condivisi (*co-working*), nella logica della diffusione del c.d. *desk sharing*.

Oltre a dare un fattivo contributo al miglioramento delle performance organizzativa ed individuale, in termini di efficienza e di efficacia dell'azione amministrativa, la cui misurazione potrà avvenire nel complessivo periodo di vigenza del P.I.A.O. (2023-25) anche attraverso l'implementazione di sistemi di *customer/user satisfaction* e di verifica della qualità percepita del lavoro agile, l'Azienda intende procedere sin dal corrente anno 2023 ad un monitoraggio del tasso di assenza del personale impiegato nelle attività da remoto, al fine di verificare se l'utilizzo di concrete misure di tutela delle situazioni di disabilità psico-fisica, di conciliazione dei tempi famiglia-lavoro e di promozione del benessere in ambito lavorativo possa effettivamente determinare il ricorso all'utilizzo di permessi e congedi a vario titolo in misura inferiore rispetto ai periodi di esclusivo lavoro in presenza.

### 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PESONALE

Il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (P.T.F.) per il triennio 2022 – 2024 della Azienda Sanitaria Locale Lanciano Vasto Chieti:

- è stato adottato con deliberazione D.G. n. 1729 in data 29.11.2022;
- è stato approvato, tra gli altri, con Delibera della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 772 in data 13.12.2022;
- è stato adottato in via definitiva con deliberazione D.G. n. 1872 in data 28.12.2022.

Esso è stato predisposto coerentemente e sulla scorta dell'assetto organizzativo delineato nell'Atto Aziendale vigente e si inserisce in un generale processo di riorganizzazione delle attività e dei percorsi assistenziali, nonché di rimodulazione delle attività di supporto, ai fini della razionalizzazione e riprogrammazione dei fabbisogni di personale per ciascuna struttura aziendale, anche e soprattutto tenuto conto delle necessità assistenziali emerse a causa dell'emergenza pandemica da Covid-19.

Nell'ambito del complesso processo di riordino del modello organizzativo aziendale, si sono definiti anche nuovi modelli gestionali, che devono trovare adeguato riscontro e rispondenza anche dal punto di vista delle risorse umane impiegate, tenuto conto della vigente normativa in materia di orario di lavoro, di riposo e del piano aziendale per assicurare le emergenze, fermo restando il rispetto dei vincoli di spesa di cui alla legislazione vigente; ovvero una "dotazione" di spesa potenziale contenuta nel limite fissato ai sensi dell'art. 2, comma 71, della L. n. 191/2009 e s.m.i. (spesa sostenuta nell'anno 2004 -1,4%).

La programmazione del Fabbisogno di personale aziendale per il triennio 2022-2024 prosegue nel processo di acquisizione di unità di personale con contratto di lavoro a tempo indeterminato e, per l'effetto, di riduzione del ricorso ai rapporti di lavoro flessibile, per effetto del riavvio e della conclusione di molte procedure concorsuali/mobilità, nonché della definizione di procedure di stabilizzazione sia in applicazione della c.d. Legge Madia e sia della Legge di Bilancio 2022.

Il P.T.F. è stato definito secondo le indicazioni operative di cui alla D.G.R.A. n. 37 del 25 gennaio 2019, le quali per la determinazione del fabbisogno di personale sanitario ospedaliero, hanno individuato specifici criteri per l'individuazione del fabbisogno minimo di personale, prendendo a riferimento il parametro F.T.E. (numero ore lavorate per Full Time Equivalent) ed individuando un "range" rappresentato nell'intervallo tra un numero minimo ed un numero massimo di unità, tenuto conto del "fabbisogno di funzionamento", ovvero della dotazione di personale minima

indispensabile per garantire la possibilità di “rendere disponibile” il servizio, così come previsto nella programmazione regionale della rete.

Pur essendo identificato il F.T.E. sulla base delle ore lavorabili a tempo pieno al netto di ore di assenze a vario titolo e, dunque, non corrispondendo concettualmente alla nozione di unità lavorativa in senso fisico, il fabbisogno di personale sanitario ospedaliero è stato comunque predisposto tenendo conto del “posto” di ciascun profilo professionale quale singola unità lavorativa (per teste).

Lo stesso fabbisogno di personale sanitario ospedaliero è complessivo e ricomprende anche i posti destinati al personale universitario convenzionato, rispetto al quale, ai fini del calcolo dell’organico di personale medico delle relative Unità Operative, tiene conto del minor apporto in termini di orario settimanale reso (numero ore lavorate pari a 20 settimanali).

Il Piano dei Fabbisogni è stato predisposto in maniera prospettica per il triennio a riferimento, nel senso che l’Azienda, nell’applicazione della metodologia indicata, ha previsto uno sviluppo delle dinamiche del personale tale da garantire, a regime, alla fine dell’anno 2024, un assetto idoneo all’erogazione delle attività delle strutture quali previste nell’attuale modello organizzativo aziendale, nelle more delle determinazioni che saranno assunte dalla Regione per la reingegnerizzazione della *governance* sanitaria ed, in particolare, della rete ospedaliera in attuazione del Decreto Ministeriale 02/04/2015, n. 70 (D.G.R.A. n. 462/C in data 20/07/2021), nonché della rete territoriale in attuazione del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77.

La richiamata D.G.R.A. n 772 del 13.12.2022 con la quale sono stati approvati i Piani Triennali dei Fabbisogni delle Aziende Sanitarie del SSR e, tra questi, il Piano dei Fabbisogni del Personale - PTFP per il triennio 2022/2024 della ASL Lanciano-Vasto-Chieti dà atto che gli stessi Piani risultano coerenti e compatibili con i vincoli in materia di contenimento del costo del personale stabiliti dall’art.3, comma 71, della Legge n.191/2009 in quanto garantiscono il rispetto del complessivo tetto regionale pari ad € 706.068.000,00.

Ai fini dell’aggiornamento del Piano Triennale del fabbisogno del personale per il triennio 2023-25, nel rispetto delle disposizioni contenute nell’art. 11 del Decreto Legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, modificato da ultimo dall’art. 1, comma 269 della L. n. 234/2022 (Legge di Bilancio 2022), con nota prot. nr. 0129996/23 del 23.03.2023, acquisita a prot. n. 30507/2023 del 24.03.2023, il Dipartimento Sanità della Regione Abruzzo ha comunicato l’incremento del tetto regionale per l’Abruzzo, già fissato in € 706.068.000,00, di €. 7.862.828,00 complessivi per le Aziende Regionali.

Con la richiamata nota prot. nr. 0129996/23 del 23.03.2023, tenuto conto delle maggiori quote fissate per ciascuna Azienda ad incremento del valore di riferimento della spesa fissato per l’anno 2022, si dà mandato alle Aziende regionali di predisporre un aggiornamento del P.T.F.P. per il triennio di riferimento, in fase di definizione.

Il documento aggiornato, all’esito dell’approvazione da parte della Regione Abruzzo, costituirà aggiornamento del presente P.I.A.O. 2023-25.

### 3.4 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

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.98/106
---	-------------------------	--	------------

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 lo scopo di garantire parità e pari opportunità tra i generi, la rimozione di ogni forma di discriminazione diretta ed indiretta nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale e nella sicurezza sul lavoro.

Il Comitato persegue gli obiettivi generali riferiti a:

- garanzia del rispetto delle pari opportunità;
- benessere organizzativo;
- ottimizzazione della produttività del lavoro.

In particolare, il CUG persegue l'obiettivo di garantire un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo, a realizzare un'ottimale utilizzazione delle risorse umane disponibili attraverso la formazione e lo sviluppo professionale dei dipendenti ed a migliorare l'efficienza delle prestazioni. Il CUG opera allo scopo di rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di discriminazione e di violenza morale o psichica.

Il CUG aziendale è stato costituito con deliberazione n. 551 del 18/5/2016 ed integrato successivamente con deliberazioni n. 997 del 18/8/2016 e n. 438 del 19/4/2017.

Il relativo funzionamento è disciplinato dal Regolamento allegato alla richiamata deliberazione n. 997/2016.

Il CUG aziendale è di prossima ricostituzione, al fine di procedere all'adozione/aggiornamento del **Piano delle Azioni Positive**, quale specifico allegato al Piano della Performance, per lo sviluppo dei temi del benessere organizzativo, delle pari opportunità e della conciliazione dei tempi di vita e lavoro e per contenere e reprimere i fenomeni del mobbing e dello stress lavoro correlato.

Per azioni positive si intendono le misure temporanee, specifiche e speciali che -in deroga al principio di uguaglianza formale- sono assunte al fine della rimozione degli ostacoli che impediscono la realizzazione della piena ed effettiva parità di opportunità tra individui, per ragioni connesse a caratteristiche di genere, di età, fisiche, culturali, familiari, etniche, linguistiche o ideologiche.

Altro organismo che riveste un ruolo di primaria importanza in termini di condivisione delle modalità di promozione e sviluppo delle tematiche delle pari opportunità e di bilancio di genere è l'**Organismo Paritetico per l'innovazione**, previsto e disciplinato all'art. 8 del CCNL 02.11.2022 (già art. 7 del CCNL 21.05.2018) per il personale del Comparto Sanità, all'art. 6 bis del CCNL 19.12.2019 della Dirigenza Area Sanità e all'art. 6 del CCNL 17.12.2020 della Dirigenza dell'Area delle Funzioni Locali.

Detto Organismo, invero, realizza una modalità relazionale finalizzata al coinvolgimento partecipativo delle organizzazioni sindacali su tutto ciò che abbia una dimensione progettuale, complessa e sperimentale, di carattere organizzativo per l'Azienda. In tale sede si attivano stabilmente relazioni aperte e collaborative su progetti di organizzazione e innovazione, miglioramento dei servizi, promozione della legalità, della qualità del lavoro e del benessere organizzativo, anche con riferimento alle politiche e ai piani di formazione, al lavoro agile, alla conciliazione dei tempi di vita e lavoro, sulle misure di prevenzione dello stress lavoro correlato e di fenomeni di *burn-out* e per la gestione delle assenze improvvise.

La promozione e la pianificazione del benessere organizzativo, delle pari opportunità e della conciliazione dei tempi di vita e lavoro avvengono attraverso:

- analisi del contesto aziendale;
- analisi dei dati di genere del personale dipendente e del relativo inquadramento professionale;
- analisi dei dati per età e per titolo di studio;

- analisi dei dati di assenza per particolari tipologie di permessi e congedi;
- analisi delle differenze retributive.

Le iniziative che l'Azienda assume sono rivolte a:

- favorire una formazione specifica in materia di pari opportunità, per affermare una cultura organizzativa orientata alla parità di genere;
- favorire percorsi formativi e di riqualificazione professionale;
- promuovere l'accesso al lavoro agile e ad altre forme di lavoro flessibile, quali strumenti essenziali per un cambiamento culturale ed organizzativo, anche avvalendosi dell'uso delle tecnologie;
- favorire l'inclusività;
- promuovere la tutela della salute, sia individuale che collettiva, anche sui luoghi di lavoro;
- promuovere iniziative utili a contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica sui luoghi di lavoro, anche mediante la redazione di un codice di condotta per la prevenzione e il contrasto delle molestie sessuali, del mobbing e delle discriminazioni, a tutela dell'integrità e della dignità delle persone, e attraverso l'attivazione di specifici canali di ascolto;
- promuovere il benessere organizzativo e la prevenzione dei rischi trasversali.

Di seguito si riporta un prospetto descrittivo dei dati di 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

A fini di monitoraggio e verifica, l'Azienda, per il tramite del CUG, intende procedere ad un monitoraggio del tasso di assenza di tutto il personale ed, in particolare, dell'utilizzo dei permessi e congedi di cui all'art. 33, comma 3, della Legge n. 104/1992 e dell'art. 42 di cui al D.Lgs. n. 151/2001 per l'assistenza a familiari in condizione di disabilità, nonché dell'utilizzo degli istituti a tutela della genitorialità e dei congedi parentali.

L'Azienda intende monitorare altresì, attraverso una disamina dei dati di assenza del personale autorizzato al lavoro agile e del personale con rapporto di lavoro a tempo parziale (*part time*), se l'utilizzo di concrete misure di tutela delle situazioni di disabilità psico-fisica e/o di conciliazione dei tempi famiglia-lavoro possa effettivamente ridurre il ricorso all'utilizzo di permessi e congedi a vario titolo.

Peraltro, sin dal corrente anno 2023 l'Azienda intende somministrare, sempre per il tramite del CUG, ai dipendenti della ASL in forma anonima specifico questionario sui temi del lavoro agile e del *work-life balance* o conciliazione dei tempi di vita e lavoro.

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.100/10 6
---	-------------------------	--	-----------------

### 3.5 FORMAZIONE

La formazione costituisce per la Asl2 Lanciano Vasto Chieti, accreditata come Provider Standard con ID 4 , un asset strategico fondamentale, in quanto costituisce la principale opportunità per lo sviluppo e la crescita professionale del proprio personale.

Attraverso il Piano Formativo Aziendale (PFA), questo Provider si impegna da sempre a consolidare, rafforzare e migliorare, le competenze interne necessarie ad innalzare le performance e gli standard qualitativi erogati, e pone sempre maggiore attenzione alla gestione e allo sviluppo delle competenze.

Con delibera del Direttore Generale n. 1691 del 28/11/2022 sono state pianificate per l'anno 2023 le attività formative e sviluppo delle competenze rivolte sia al personale sanitario, che tecnico amministrativo attraverso le diverse modalità ( RES, FSC) , con l'obiettivo di implementare in futuro, in particolare l'utilizzo della formazione a distanza (sia nella modalità sincrona che asincrona) sulla scorta delle problematiche organizzative che si sono rilevate durante il periodo pandemico che hanno portato nell'ultimo biennio alla cancellazione di numerosi corsi accreditati.

Per la stesura del Piano Formativo Aziendale, l'Ufficio Formazione Aziendale effettua la raccolta dei bisogni formativi coinvolgendo le singole strutture aziendali (area sanitaria e area PTA) prevedendo le adeguate metodologie erogative diversificate e definendo in quali delle tre aree previste dalla normativa ECM di riferimento ( tecnico- professionale, di sistema, di processo) rientrino gli obiettivi formativi dei singoli eventi al fine di orientare l'integrazione degli obiettivi formativi e migliorare i risultati attesi.

Le attività previste nel Piano Formativo Aziendale sono sviluppate dall'Ufficio Formazione, che opera in stretta collaborazione con le singole strutture aziendali, di volta in volta interessate al progetto formativo di cui trattasi.

L'autorevolezza delle interlocuzioni viene conferita dal Comitato Scientifico, i cui membri sono nominati con atto del Direttore Generale, che interviene nel corso dell'anno sul merito della qualità della formazione da erogare.

Sono inoltre obiettivi strategici obbligatori i corsi di formazione previsti da disposizioni di legge quali:

- D. lgs 81/2008 inerente la sicurezza sul lavoro
- il Regolamento Privacy Europeo 679/16 (GDPR)
- Legge n. 190 del 06/11/2012 in materia di Prevenzione e Repressione della Corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione.

In uno scenario in continua evoluzione, dove i professionisti e le organizzazioni sono chiamate a fronteggiare nuove esigenze e nuove realtà organizzative e clinico assistenziali, diviene necessario lo sviluppo di nuove competenze, nel rispetto delle normative in materia di formazione continua e degli obiettivi imposti dal PNRR, che ci pone di fronte a nuove sfide e di conseguenza la formazione diventa un momento cruciale per garantire la formazione giusta per il personale.

Il D.M. 23/05/2022 n. 77 ci pone due nuovi obiettivi:

1) PNRR missione 6 - C2- 2.2 Salute Digital Health tecnologia per curare i pazienti per raccogliere e condividere le informazioni sulla loro salute (telemedicina, cartelle cliniche elettroniche, ricette elettroniche, fascicolo sanitario elettronico, ecc);

2)PNRR Missione 6 - C2- 2.2 la nuova sanità di prossimità che prevede una rete territoriale di prossimità con esigenze formative diversificate secondo la mappa di seguito riportata:



Rispetto al punto 1 emerge quindi l’esigenza espressa di formarsi sulle nuove tecnologie, in coerenza con le sfide organizzative “imposte dal PNRR” , rispetto al punto 2 si necessita di una progettazione mirata per diffondere la cultura connessa alla sanità di prossimità e a ciò che ne deriva dal rapporto organizzazione- utente/paziente.

Questi obiettivi impongono di sviluppare percorsi formativi mirati rivolti al rafforzamento delle competenze digitali dei dipendenti.

Si evidenzia che, all’interno della Missione 6 il ministero dell’Economia e delle Finanze ha inviato alla Commissione europea, la fornitura dei corsi di formazione in infezioni ospedaliere, rivolta ai dipendenti del SSN operanti nelle strutture ospedaliere.

La Regione Abruzzo ha investito i Provider delle Aziende Sanitarie regionali, come soggetti attuatori del programma di formazione in infezione ospedaliera, trasferendo alla ASL 2 Lanciano Vasto Chieti risorse finanziarie finalizzate e previste dal PNRR per un importo pari € 721.948,37 per la formazione di 2.647 partecipanti, tale obiettivo dovrà essere raggiunto entro il 30/06/2026.

Inoltre, nel PNRR è prevista la realizzazione all’interno della ASL Lanciano Vasto Chieti del numero unico delle cure non urgenti “116- 117” nella quale l’Azienda è capofila ed avrà come obiettivo la formazione di tutti gli operatori regionali coinvolti nel progetto.

## SEZIONE 4 - MONITORAGGIO

### 4.1 STRUMENTI E MODALITA' DI MONITORAGGIO DELLA SODDISFAZIONE

Il tema del miglioramento delle performance e della qualità dei servizi pubblici è da tempo centrale nei programmi di riforma del sistema pubblico. A partire dalle linee programmatiche per la riforma delle Amministrazioni Pubbliche (Piano Industriale – maggio 2008), si è posto infatti l'accento sulla necessità di migliorare la qualità dei servizi pubblici promuovendo una gestione orientata al miglioramento continuo delle performance e alla soddisfazione dei clienti dei servizi pubblici e degli stakeholder. Tali obiettivi sono diventati strategici con il D.Lgs. n. 150/2009 e più recentemente con i decreti delegati della Legge n. 124/2015 e dell'intervenuto DPCM n.132 del 30 giugno 2022. Complessivamente l'indirizzo delle norme in questa direzione mira a rafforzare la capacità delle Amministrazioni di porre in essere politiche più efficaci e servizi pubblici migliori e definisce tra gli ambiti di misurazione e valutazione della performance organizzativa “la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive”, “la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi”, “lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione, nonché “la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati. Secondo il modello proposto dalle riforme di questi anni, il cittadino e la sua capacità di “voice” sono dunque al centro del sistema di misurazione e valutazione delle performance, perché sono “la sua soddisfazione e la sua partecipazione al processo di creazione del valore il vero motore per definire i percorsi di miglioramento gestionale da intraprendere”. Il presente documento mira a fornire agli stakeholders un senso più chiaro dei principali obiettivi perseguiti nonché dei potenziali impatti ambientali, sociali ed economici delle politiche poste in essere dalla ASL Lanciano – Vasto- Chieti, aumentando la percezione del valore economico/sociale della stessa. L'adozione del presente documento consente ai cittadini:

- di evincere il modo in cui l'Ente gestisce le risorse, evidenziando l'approccio utilizzato per integrare risorse, decisioni e azioni con risultati e impatti attesi;
- di avere contezza dell'agire più sostenibile della ASL.

Al fine della creazione e del mantenimento del Valore Pubblico, risulta fondamentale monitorare la percezione e la soddisfazione dei cittadini e degli stakeholders rispetto alla qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari erogati dall'Azienda. La ASL 02 conduce da anni un'analisi sulla qualità percepita da parte dei cittadini che usufruiscono dei servizi aziendali. Questa non rappresenta un semplice sondaggio di opinioni, ma si realizza come un'occasione in cui è possibile ascoltare e comprendere fino in fondo i bisogni del cittadino, ponendo attenzione al suo giudizio, sviluppando e migliorando la capacità di dialogo e di relazione, costruendo un modello di relazione basato sulla fiducia.

La gestione e monitoraggio della qualità percepita degli utenti rappresenta un'opportunità di crescita per la ASL 02 che amplia le sue capacità di ascolto, di coinvolgimento e di miglioramento qualitative utile ad identificare le criticità dell'organizzazione, correggere e programmare interventi di miglioramento finalizzati a una maggiore efficienza e qualità dei servizi a beneficio di chi usufruisce del Servizio Sanitario Nazionale. La rilevazione annuale della customer satisfaction sarà implementata gradualmente nel corso delle diverse annualità di vigenza del presente Piano anche in

coerenza con eventuali indirizzi normativi, raccomandazioni e/o indicazioni regionali, anche mediante l'implementazione di soluzioni tecnologiche per l'analisi della soddisfazione dei pazienti.

A partire dal 2023 la ASL intende implementare l'attività di comunicazione rivolta ai cittadini attraverso spazi dedicati sul sito web aziendale, concepito gestito e utilizzato come uno fra principali strumenti di informazione e comunicazione istituzionale esterna ed interna per garantire la massima trasparenza dell'attività amministrativa al servizio del cittadino. Sarà cura dell'Ufficio Stampa della ASL redigere i comunicati stampa sull'attività dell'Azienda Sanitaria e gestire la sezione dedicata sul sito internet. In particolar modo si intende portare a conoscenza alla cittadinanza le azioni di valore pubblico programmate e realizzate.

Nella stessa annualità si intende inoltre censire, per il tramite della UOSD URP e Privacy, le associazioni dei pazienti, dei gruppi di auto mutuo aiuto (GAMA) e di volontariato, che operano nella Provincia di Chieti, al fine di:

- raccogliere suggerimenti per migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese;
- evidenziare eventuali procedure da semplificare e processi da rendere più efficienti anche in materia di diritto di accesso;
- raccogliere proposte in merito a modalità e azioni utili a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, da parte dei cittadini.

I risultati attesi a seguito dell'attuazione dei suddetti interventi riguardano l'incremento del grado di qualità percepita dal cittadino e della conformità comportamentale alle procedure nello svolgimento dei processi da parte degli operatori. Nelle annualità successive saranno predisposti dalla UOC Qualità, Accreditamento e Risk Management sistemi di ascolto del cittadino con consultazione degli utenti potenziali in fase di progettazione del servizio. La rilevazione coinvolgerà in prima istanza i MMG e PLS e successivamente le associazioni dei pazienti, di mutuo auto aiuto e di volontariato censite.

AZIONI	TEMPI	INDICATORI	RESPONSABILE
implementazione sito aziendale con contenuti informativi	dal 2023 e continuativo	N° comunicati/anno sulle azioni di valore pubblico programmate sul sito aziendale (target > 4)	Ufficio Stampa Aziendale
Censimento delle associazioni dei pazienti, dei gruppi di auto mutuo aiuto (GAMA) e di volontariato	2023	N° di associazioni contattate/ N° di associazioni censite (target >90%)	UOSD URP e Privacy
Rilevazione della customer satisfaction degli utenti sulla qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari	Ogni anno	Predisposizione relazione e piano di miglioramento	UOC Qualità, accreditamento e risk management

#### 4.2- MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

Il monitoraggio delle sottosezioni 2.1 "Valore Pubblico" e 2.2 "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

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025	Rev. 00 del 30032023		Pag.104/10 6
---	----------------------	--	-----------------

valutazione della performance (SMVP). Si rimanda al riguardo al paragrafo 2.2.9 “Misurazione e valutazione della performance” e seguenti.

#### 4.3- MONITORAGGIO SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Il monitoraggio della sezione 2.3.7 “Rischi corruttivi e trasparenza” avverrà secondo le indicazioni ANAC, come descritto del paragrafo “Il monitoraggio delle misure”.

#### 4.4- MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE CAPITALE UMANO

Per la valutazione complessiva dello stato di attuazione del P.I.A.O., 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) - ALLEGATO 1 ALLA SEZ.2.2

Allegato B) - ALLEGATO 1 ALLA SEZ. 2.3

Allegato C) - ALLEGATO 2 ALLA SEZ. 2.3

Allegato D) - ALLEGATO 3 ALLA SEZ. 2.3

**FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI**

	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>peso obiettivo</b>	<b>SOTTO OBIETTIVI</b>	<b>PESO DEL SOTTO-OBIETTIVO</b>
1	Attuazione degli interventi connessi alla riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera	Rispetto dei parametri dimensionali relativi ai posti letto per UOC secondo i criteri e le modalità definite nel DCA 79/2016 e s.m.e.i. anche in sede di redazione degli atti aziendali	Peso ponderato pari a 4		
2	Risorse umane	Si compone di due sotto-obiettivi	Peso ponderato pari a 5	Rispetto, nell'ambito della spesa del personale, dello specifico limite di spesa per il personale con rapporto di lavoro flessibile secondo quanto previsto DL 78/2010 art.9 comma 28 Rispetto del cronoprogramma degli interventi indicati nella DGR n.211 del 23/04/2019	Peso ponderato pari a 3     Peso ponderato pari a 2
3	Spesa farmaceutica	Contenimento della spesa farmaceutica convenzionata e della spesa farmaceutica per acquisti diretti	Peso ponderato pari a 15	Tetto spesa convenzionata (7,96% del FSR)	Peso ponderato pari a 5
				Tetto per spesa ospedaliera (6,89% del FSR)	Peso ponderato pari a 5
				Aumento percentuale di prescrizione farmaci equivalenti	Peso ponderato pari a 2,5
				L'impiego del farmaco biologico a brevetto scaduto (biosimilare o originator)	Peso ponderato pari a 2,5
				Razionalizzazione della spesa per Beni e servizi e prodotti farmaceutici	Peso ponderato pari a 10
4	Spesa per l'acquisizione di Beni e Servizi e Prodotti Farmaceutici	Razionalizzazione della spesa per beni e servizi e prodotti farmaceutici specificatamente per prodotti farmaceutici ed emoderivati - altri beni sanitari e non sanitari- servizi	Peso ponderato pari a 15	Razionalizzazione della spesa per Dispositivi medici	Peso ponderato pari a 5
5	Tempi medi di pagamento	Conseguimento dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti D.Lgs n.33 del 14/03/2013	Peso ponderato pari a 5	Conseguimento dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti (di cui alla art.33 del D.Lgs.14/03/2013, n.33)	
6	Flussi informativi	Gestione dei flussi informativi secondo le disposizioni nazionali e regionali ed alla valutazione sulla copertura, completezza e qualità dei dati trasmessi	Peso ponderato pari a 15	Copertura (completezza della rilevazione)Qualità (nei dati inviati - nell'integrazione di eventuali scarti - nella correzione delle anomalie e di errori)Tempistica dell'invio (rispetto delle scadenze)	
7	Sanità digitale CT	Realizzazione degli adempimenti di competenza aziendale inerenti i seguenti interventi -azioni	Peso ponderato pari a 5	Dematerializzazione della ricetta medica cartacea sia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale che per le prescrizioni farmaceutiche	Peso ponderato pari a 3

ALL 1 - 52222

6



SALUTE		DESCRIZIONE		OBIETTIVO		peso obiettivo		SOTTO OBIETTIVI		PESO DEL SOTTO-OBIETTIVO	
1	Controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie	Pre-disposizione ed attuazione del piano dei controlli in conformità a quanto previsto nei protocolli ispettivi approvati con decreto del Commissario ad Acta n.64/2021 con specifico riferimento alle necessità che la ASL assicura:	Peso ponderato pari a 7	Controllo casuale di almeno il 10% delle cartelle cliniche per ogni erogatore pubblico e privato Il controllo dei ricoveri a rischio di inappropriatezza non inferiore al 2,5% del totale delle cartelle cliniche ai sensi e per gli effetti del DM10/12/2009 La rendicontazione tramite gli schemi appositamente predisposti dal Servizio Ispettivo Controllo Qualità della Regione attestante le risultanze delle attività ispettive esperiate dai NOC La razione delle unità ispettive NOC Il monitoraggio dei ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza per U.O. dei PROO pubblici con il supporto delle Direzioni Mediche di PO Aumento di efficacia dei controlli effettuati presso le strutture per l'assistenza a non autosufficienti e disabili	Peso ponderato pari a 18	Peso ponderato pari a 3	Peso ponderato pari a 5	Peso ponderato pari a 18	Peso ponderato pari a 3	Peso ponderato pari a 5	Peso ponderato pari a 18
2	Mobilità sanitaria	Miglioramento del saldo della mobilità sanitaria	Peso ponderato pari a 8	Correttezza dei dati anagrafici dei principali flussi informativi utilizzati per la mobilità sanitaria (file ASDO/SDOxmi e SPAC) Riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri in mobilità passiva Rispetto dei tempi massimi di attesa delle prestazioni sanitarie individuate dal vigente PRGLA Attivazione entro i termini previsti dal vigente PRGLA delle agende dedicate (CUP il livello ) delle prestazioni successive al primo accesso	Peso ponderato pari a 28	Peso ponderato pari a 5	Peso ponderato pari a 5	Peso ponderato pari a 5	Peso ponderato pari a 5	Peso ponderato pari a 5	Peso ponderato pari a 5
3	Contenimento delle liste di attesa	Rispetto degli adempimenti inerenti il Piano Regionale per il Governo delle liste di attesa approvato con DGR 265/2019	Peso ponderato pari a 15	Pre-disposizione e realizzazione della completa prenotabilità dell'intera offerta sanitaria sia specialistica che ospedaliera afferente ai privati accreditati ed alle strutture pubbliche attraverso il gestionale CUP aziendale (valutazione effettuata dall'ASL)	Peso ponderato pari a 3	Peso ponderato pari a 3	Peso ponderato pari a 3	Peso ponderato pari a 3	Peso ponderato pari a 3	Peso ponderato pari a 3	Peso ponderato pari a 3
4	Realizzazione del piano Regionale di Prevenzione	Realizzazione degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) Piano Regionale Prevenzione Vaccinale(PRPV) Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMORC) Piano regionale Gioco D'Azardo Patologico	Peso ponderato pari a 15	Prevenzione malattie attraverso gli screening oncologici Prevenzione attraverso la vaccinazione antinfluenzale popolazione >65 anni Prevenzione attraverso la vaccinazione contro la varicella per una dose bambini a 24 mesi Implementazione azione previste dal PNEMORC con riferimento al valore soglia dell'indicatore LEA Implementazione azione previste dal PNEMORC con riferimento alla prevenzione contro il morbillo Prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro (almeno il 5% delle imprese attive sul territorio controllate)	Peso ponderato pari a 3,6	Peso ponderato pari a 1,4	Peso ponderato pari a 1	Peso ponderato pari a 2	Peso ponderato pari a 1	Peso ponderato pari a 1	Peso ponderato pari a 1
5	Appropriatezza prescrittiva farmaci	Implementazione di interventi per promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci	Peso ponderato pari a 5	Realizzazione controlli ufficiali secondo le modalità previste dal REACH in base al regolamento CE 1907/2006 Realizzazione delle attività previste dal Piano Regionale GAP (Gioco d'Azardo Patologico)	Peso ponderato pari a 1	Peso ponderato pari a 1	Peso ponderato pari a 1	Peso ponderato pari a 1	Peso ponderato pari a 1	Peso ponderato pari a 1	Peso ponderato pari a 1
6	Sicurezza e Rischio Clinico	Declinato in 8 adempimenti	Peso ponderato pari a 2	Riduzione delle prescrizioni di antibiotici Miglioramento del sistema di farmacovigilanza Monitoraggio dei piani di miglioramento attuati dalla ASL a seguito di eventi sentinella Monitoraggio ed implementazione delle raccomandazioni ministeriali Piano di formazione aziendale degli operatori per la sicurezza dei pazienti (Root Cause Analysis Audio Clinico)	Peso ponderato pari a 2	Peso ponderato pari a 2	Peso ponderato pari a 2	Peso ponderato pari a 2	Peso ponderato pari a 2	Peso ponderato pari a 2	Peso ponderato pari a 2

			<p>Monitoraggio sistematico dell'uso delle check list in Sala Operatoria</p> <p>Prevenzione delle cadute</p> <p>Verifica periodica della qualità percepita degli utenti del SSR</p> <p>Applicazione della Legge 24 dell'8/09/2017</p> <p>Evasione di tutti i ricorsi segnalazioni esposti ecc. presentati dai cittadini / utenti associazioni a tutela, aventi diritto, dalle richieste del NAS, Regione Ministero ECC</p>
7	<p>fare cure palliative</p>	<p>Incremento del 10% nell'anno di riferimento degli accessi domiciliari ai malati terminali rispetto all'anno precedente</p>	<p>Peso ponderato pari a 5</p>
8	<p>Sanità veterinaria e sicurezza alimentare</p>	<p>Raggiungimento delle attività indicate nel Piano Pluriennale Regionale dei Controlli Integrati</p>	<p>Peso ponderato pari a 10</p>
9	<p>Mantenimento erogazione LEA</p>	<p>Adempimento sintetico sul mantenimento dell'erogazione dei LEA di una selezione di 11 indicatori dalla griglia del LEA</p>	<p>Peso ponderato pari a 20</p> <p>1.1) Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (adosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse/Hib)</p> <p>1.2) Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro il morbillo, parotite rosolia</p> <p>1.3) Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (&gt;=65 anni)</p> <p>2) Proporzioni di persone che ha effettuato il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervicite uterina, mammella e colon retto</p> <p>3) Tasso di ospedalizzazione (per 100.000 ab.) in età adulta (&gt;=18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine per diabete) PFCO e scompenso cardiaco da strutture regionali per residenti</p> <p>4) Percentuale di anziani &gt;=65 anni trattati in ADI</p> <p>5) Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti</p> <p>6) Percentuale parti cesarei primari</p> <p>7) Percentuale di parti fortemente pretermine avvenuti in punti nascita senza UTN</p> <p>8) Percentuale di pazienti (età &gt;=65) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro due giornate in regime ordinario</p> <p>9) Intervallo di allarme - target dei mezzi di soccorso (minuti)</p>

TRASPARENZA					
	DESCRIZIONE	OGGETTIVO	peso obiettivo	SOTTO OBIETTIVI	PESO DEL SOTTO-OBIETTIVO
1	Pubblicazione sul sito istituzionale in forma integrata ed analitica delle spese previste nel bilancio	Pubblicazione sul sito istituzionale dei dati relativi alle spese indicate nel bilancio a qualsiasi titolo erogate sia in forma analitica che in forma aggregata	Peso ponderato pari a 3		
2	Pubblicazione sul sito istituzionale in forma integrata ed analitica delle spese di personale	Pubblicazione sul sito istituzionale dei dati relativi alle spese per personale a qualsiasi titolo sostenute sia in forma analitica che in forma aggregata	Peso ponderato pari a 2		

ca



**Allegato n.1**

La tabella riporta, per ciascuna area di attività, l'area di rischio, intesa come raggruppamento omogeneo di processi, i singoli processi individuati a rischio di corruzione, nonché le misure specifiche correlate al processo con relativa tempistica della cui realizzazione è responsabile il Dirigente della Unità Operativa mappata

A sinistra in particolare sono state individuate le principali "aree di rischio" individuate ed elencate nella tabella 3 dell'allegato 1 al PVA 2019. La rappresentazione della mappatura dei processi tiene tuttavia conto dell'articolazione aziendale responsabile ed è pertanto trasversale e ulteriore rispetto alle singole aree considerate.

URP & PRIVACY									
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI		
	Gestione reclami	Trasmissione reclamo alla U.O. di competenza	Mancata o alterata trasmissione del reclamo	Basso	Accessibilità informazioni processo Controllo rapporto reclami ricevuti/riscontri effettuati	costante Semestrale	accessibilità totale Controllo sinu00%		
		Riconto reclami	Occuparsi del reclamo occultando al cittadino notizie sfavorevoli alle UU.OO. interessate	Basso	Accessibilità informazioni processo Controllo rapporto reclami ricevuti/riscontri effettuati	Costante Semestrale	accessibilità totale Controllo sinu00%		
		Ricezione della segnalazione istruttoria	Omissione di aspetti determinanti sull'accaduto favorendo la UO in cui si è verificato il caso segnalato	Basso	Applicazione della procedura Controlli sulle segnalazioni ricevute	Costante Semestrale	Controlli su 100% delle istanze allegare Numero partecipanti su n° soggetti interessati		
		Gestione della segnalazione (Data Breach)	Minimizzare la segnalazione pervenuta al fine di favorire la UO interessata dalla segnalazione	Basso	Applicazione della procedura Controlli sulle segnalazioni ricevute Attivazione corso di formazione per tutti i dipendenti	Costante Semestrale Annuale	Controlli su 100% delle segnalazioni Numero partecipanti su n° soggetti interessati		
<b>GESTIONE ACCORDI CONTRATTUALI CON EROGATORI PRIVATI</b>									
ARVA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	Livello di rischio	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI		
					<p>Qualora non adeguatamente verificati i requisiti per la fornitura di ausili, rischio di mancato rispetto delle direttive regionali e nazionali in materia, sia rispetto alla tipologia/quantità consentita che al budget stanziato</p> <p>Regione anche a causa di prescrizioni incomplete o non appropriate al bisogno.</p>	Basso	<p>Verifica di secondo livello su tutte le forniture autorizzate/condizioni di avvenute diritto/quantitativi max fornitori, congruità del mix di presidi)</p> <p>Pubblicazione della procedura interna sul sito aziendale e delle eventuali revisioni</p> <p>Corsi per Medici di base e specialisti prescrittori per migliorare l'appropriatezza prescrittiva</p>	<p>Trimestrale</p> <p>Annuale</p> <p>Annuale</p>	<p>100% delle forniture autorizzate</p> <p>Presenza o meno di un determinato atto/dato/formazione oggetto di pubblicazione</p> <p>n° partecipanti ai corsi</p>
					<p>La mancata verifica della congruità della fornitura con l'autorizzazione/respecto dei requisiti e dei limiti di spesa)oppure la mancata tempestività nell'aggiornamento del data base dei beneficiari delle forniture sono comportamenti connessi al rischio di liquidare una fornitura in misura superiore al dovuto.</p>	Medio	<p>Informizzazione del data base degli utenti ed delle forniture per controllo incrociato autorizzazione/dolla consegna/fattura</p>	<p>Trimestrale</p>	<p>Monitoraggio 100%</p>
					<p>Fenomeni di fatturazione extra budget a fronte dei quali gravano costi non previsti sul Bilancio aziendale</p>	Medio	<p>L'attività viene verificata con l'UOC Bilancio e Contabilità a doppio check nell'ambito delle elaborazioni del Conto economico</p>	<p>Annuale</p>	<p>Report (allegato al Bilancio consuntivo)</p>
	Liquidazioni prestazioni da privato accreditato	Verifica del rispetto dei tetti di spesa				Annuale	n° di incarichi/pratiche notati sul totale		

ALL 1-  
SEE 2.3

INGEGNERIA CLINICA								
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI	
FARMACEUTICA,DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE	Gestione contabilità	Liquidazione fatture	Liquidazione fatture senza un preventivo controllo	Medio	Rafforzamento delle misure di controllo con particolare riferimento ai canoni AEM. Checklist di verifica presenza e manutenzione AEM nelle varie UO/O	Semestrale	n° controlli effettuati su n° di pratiche/provvedimenti	
			Individuazione del fabbisogno AEM in noleggio che non siano veramente necessari a vantaggio di specifici operatori economici	Favorire l'approvvigionamento di AEM in noleggio che non siano veramente necessari a vantaggio di specifici operatori economici	Medio	Richiesta di feedback dai reparti utilizzatori delle AEM in noleggio sull'effettivo utilizzo e fabbisogno di AEM per la programmazione annuale Predispozione checklist di riscontro per UO/O sugli effettivi fabbisogni delle AEM in noleggio per l'anno successivo	Annuale	Controllo a campione su n° 3 UO/O in cui sono in essere contratti di noleggio
			Controllo procedura di visione apparecchiature elettromedicali	Favorire l'approvvigionamento di AEM da parte di specifici operatori economici senza subire regolari procedure di gara	Medio	Controllo del rispetto della procedura autorizzativa e durata del tempo di visione previsto Invio mail di sensibilizzazione alle UO/O allo scopo della visione/prova delle AEM e al rispetto dei tempi procedurali	Semestrale	n° visioni AEM che si trasformano in acquisto/visite AEM in visione
			Cessione del ciclo di vita delle AEM				Semestrale	n° iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti
<b>INFORMATICA E RETI</b>								
CONTRATTI PUBBLICI	Affidamento di fornitura di beni e servizi	Scelta del contraente	Sovradimensionamento del reale fabbisogno o impropria determinazione di requisiti del prodotto/servizio	Medio	report annuale riepilogativo per UOC dei beni acquisiti ed assegnati nell'anno solare Ad ogni procedura acquisizione della dichiarazione di non incompatibilità	Annuale	100%	
			Valutazione utilitaristica delle offerte tecniche	Medio	Raccolta "attestazioni di conoscenza del PT/PCR" e dichiarazione dei rapporti di parentela	Ad ogni gara Annuale	Controllo 100% gare 100% del personale afferente a qualsiasi titolo alla UOC	
			Modalità di selezione dei concorrenti: determinazione capacità organizzative, requisiti minimi e griglia di valutazione	Valutazione utilitaristica delle offerte tecniche	Medio	Modifica al regolamento che fissi una soglia annuale economica 4/6 un numero di procedure per commissario/componente	Annuale	Verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
			Gestione amministrativa e contabile	Liquidazione fatture	Attestazione impropria di esigibilità del credito	Medio	Commissione giudicatrice completamente distinta dal Collegio tecnico - Collegio tecnico nominato con Deliberazione del D.G. Verifica a campione della completezza della documentazione probatoria relativa provvedimenti di liquidazione	Semestrale

**AFFARI GENERALI, GESTIONE DOCUMENTALE E CONVENZIONI**

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASE	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE I	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
AFFARI GENERALI E CONTENZIOSO	Gestione del procedimento sanzionatorio per le violazioni di norme in materia igienico sanitaria	Recepimento istanza apertura fascicolo istruttoria e studio della pratica (fase istruttoria)	Discrezionalità nella decisione in ordine all'archiviazione e/o riduzione della sanzione erogata dagli organi accertatori o ispettivi interni e/o interni alla ASL, rapporto diretto con i trasgressori e/o obbligati in solido.	Basso	Perfezionamento procedure operative aziendali	Annuale	Verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
		Emissione ordinanza ingiunzione di pagamento o di archiviazione con notifica del provvedimento all'interessato (fase decisoria)					
AFFARI GENERALI E CONTENZIOSO	Gestione richieste risarcimento danni derivanti da sinistri per responsabilità civile (esclusa la colpa medica)	Recepimento istanza (fase istruttoria)	Discrezionalità nella definizione trasmessi a delle istanze risarcitorie	Basso	Organizzazione di incontri periodici con il personale coinvolto	Semestrale	n° incontri o comunicazioni effettuate
		Fase liquidatoria	Discrezionalità nella definizione trasmessi a delle istanze risarcitorie. Rapporto diretto con i soggetti		Perfezionamento procedure operative aziendali	Annuale	Verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
	Gestione procedimenti disciplinari	Presenza dato della segnalazione - apertura fascicolo, notifica della contestazione, acquisizione memorie e/o giustificazioni, studio della pratica (fase istruttoria)	Possibile discrezionalità in ordine all'archiviazione del procedimento rapporto diretto con i dipendenti sottoposti a procedimento disciplinare, eventuale abuso nella irrogazione o meno della sanzione finale	Basso	Organizzazione di incontri periodici con il personale coinvolto	Annuale	n° incontri o comunicazioni effettuate
			Discrezionalità e/o abuso nella emissione del provvedimento finale di conclusione del procedimento amministrativo: rapporto diretto con i trasgressori	Basso	Perfezionamento procedure operative aziendali	Annuale	Verifica adozione di un determinato regolamento/procedura

GOVERNO ASSISTENZA DI BASE E SPECIALISTICA

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASE	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLI DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Reclutamento medici a tempo determinato per attività in regime di convenzione USCA/Servizio COVID 19/Servizio trattamento contatti	Verifica requisiti e predisposizione graduatoria	Errore attribuzione punteggio e posizione in graduatoria per favorire interessi economici del medico	Basso	Controllo in fase istruttoria dei documenti attestanti i criteri di priorità prima della predisposizione della graduatoria e del successivo conferimento dell'incarico	Annuale	N° 2 controlli prima della graduatoria definitiva. Ulteriore controllo della posizione in graduatoria regionale e dei documenti attestanti i criteri di priorità
				Basso	Convocazione medici/telefonata causa COVID 19) in posizione utile nella graduatoria aziendale	Annuale	n° 2 controlli prima della convocazione telefonata
				Basso	Verifica ore incarico prestate inserimento dati variabili e assenze nel Sistema Informativo Regionale IASI	Controllo effettuato per unità di personale dei documenti riaplogativi SIOI all'atto dell' inserimento dei dati e dopo in fase riaplogativa	Mensile
GESTIONE ENTRATE, SPESE E PATRIMONIO	Liquidazione competenze medici e professionisti convenzionati	Verifica e controllo elaborazione codellini provvisori	Mancata rilevazione errori di inserimento per favorire interessi economici del medico/professionista	Basso	Controllo in fase riaplogativa dei documenti finali di pagamento(codellini) prima dell'effettiva liquidazione dei compensi	Mensile	n° 2 controlli prima dei codellini definitivi
				Basso	Verifiche favorevoli da più operatori	Trimestrale	n° pratiche ruotati sul totale
				Basso	Accesso, in ogni momento, al data base informatizzato a tutti gli operatori che partecipano alla procedura di recupero	Annuale	n° controlli effettuati su n° di pratiche/provvedimenti
SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	Verifica esenzioni per reddito compartecipazione alla spesa sanitaria; recupero somme non pagate	Attivazione procedure di recupero bonario delle somme non pagate	Non iniziare di proprio una richiesta di pagamento a nominativo in elenco di cui si è parente, amico o conoscente, attribuendo loro vantaggi economici	Basso	Controllo a campione da parte del Direttore della UOC	Annuale	Controllo 2/3 volte su 400/500 pratiche istruite
				Favoreite parenti amici e conoscenti attivando ed annullando pratiche di pagamento dovute	Misure di controllo	Annuale	Verifica a campione
					Completezza dell'atto	Annuale	Presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di
					Promozione dell'etica con comunicazioni e incontri	Annuale	n° incontri o comunicazioni effettuate
					Rotazione trasferimento pratiche per conflitto d'interessi o assenza di personale	Annuale	n° di incarichi/pratiche ruotati sul totale
					segnalazione del conflitto di interessi ove ricorra	Annuale	Specifiche previsioni sui casi particolari di conflitto di interessi
					Misure di controllo	Annuale	Verifica a campione
					Completezza dell'atto	Annuale	Presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di
					Promozione dell'etica con comunicazioni e incontri	Annuale	n° incontri o comunicazioni effettuate
					Rotazione trasferimento pratiche per conflitto d'interessi o assenza di personale	Annuale	n° di incarichi/pratiche ruotati sul totale
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Controllo ufficiale degli operatori	Ispezioni nelle scritture del settore alimentare	Non rilevazione delle carenze di requisiti obbligatori per legge	medio/ Basso			
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO	Registrazione delle imprese alimentari	Valutazione documentazione	Ommissione nella verifica del rispetto delle norme	medio/ Basso			
					Misure di controllo	Annuale	Specifiche previsioni sui casi particolari di conflitto di interessi
					Completezza dell'atto	Annuale	Verifica a campione
					Promozione dell'etica con comunicazioni e incontri	Annuale	n° incontri o comunicazioni effettuate
					Rotazione trasferimento pratiche per conflitto d'interessi o assenza di personale	Annuale	n° di incarichi/pratiche ruotati sul totale
					segnalazione del conflitto di interessi ove ricorra	Annuale	Specifiche previsioni sui casi particolari di conflitto di interessi

**SANITÀ ANIMALE**

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
<b>CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI</b>					<p>Predisposizione Piano Annuale Attività con indicazione precisa dei compiti e dei ruoli di ciascun attore nel processo. Rispetto della tempistica assegnata dalle norme vigenti e dai protocolli operativi. Indicazione delle competenze del Responsabile UOS profilassi ed Epidemiologia delle Malattie Infettive</p>	<p>Annuale</p>	<p>n° Report e audit interni</p>
	Gestione focchiaio di malattia infettiva a carattere zoonotico	Valutazione analisi campioni per malattia infettiva	Omessa o falsa dichiarazione di conformità alla normativa vigente in materia; omessa o falsa esecuzione o ripetizione delle prove diagnostiche sui capi sospetti positivi	Medio	<p>Elaborazione e revisione di procedure operative; intercambiabilità e rotazione del personale, controllo delle attività mediante report e audit interni; sensibilizzazione e formazione degli utenti circa i loro compiti per la salvaguardia della Sanità Pubblica Veterinaria e per la garanzia della sicurezza alimentare nella produzione primaria.</p>	<p>Annuale</p>	<p>n° Report e audit interni</p>
	Movimentazione internazionale verso Paesi membri della CEE e verso stati terzi	Ispezioni/Rilascio certificato internazionale/Rilascio passaporto	Omessa o falsa dichiarazione di conformità alla normativa vigente in materia; False dichiarazioni di status sanitario degli animali oggetto di movimentazioni	Medio	<p>Predisposizione Piano Annuale Attività con indicazione precisa dei compiti e dei ruoli di ciascun attore nel processo. Rispetto della tempistica assegnata dalle norme vigenti e dai protocolli operativi. Indicazione delle competenze del Responsabile IASP Randagismo ed Igiene Urbana Veterinaria</p> <p>Elaborazione e revisione di procedure operative; intercambiabilità e rotazione del personale, controllo delle attività mediante report e audit interni; sensibilizzazione e formazione degli utenti circa le misure da adottare. Ampia comunicazione istituzionale sul sito aziendale</p>	<p>Annuale</p>	<p>n° Report e audit interni</p>

IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE IN ATTO	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI		Esame documentale e visita ante e post mortem	Omessa o falsa attestazione di idoneità degli animali alla macellazione e delle carni al consumo umano	Alto	Analisi dei report informatici sulle attività dei Controlli Ufficiali, schede di verifica del controllo Ufficiale in corso di Audit	Semestrale	Controllo su 5% dell'attività inserita nei Data base dei sistemi informativi SIVRA2-SINVA-BDN
				Medio	Comunicazione tendenti a promuovere e stimolare comportamenti eticamente corretti	Annuale	n° comunicazioni effettuate
				Medio	Adozione procedure relative a linee di attività non ancora proceduralizzate e revisione delle procedure esistenti	Annuale	Verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
				Basso	Principio dell'alternanza tra i veterinari nell'esecuzione dei controlli. Principio applicato in sede di programmazione	Annuale	n° di incarichi/particelle ruotati sul totale
					Acquisizione delle dichiarazioni di assenza dei conflitti di interesse ad inizio anno per le attività oggetto di programmazione ed eventuale segnalazione di conflitti durante l'anno	Annuale	Dichiarazioni da parte di tutto il personale addetto ai controlli

IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LEVEL DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Controllo ufficiale sulle attività riconosciute e registrate di esecuzione, preparazione, commercializzazione e trasporto di alimenti di origine animale	Esecuzione Audit, verifica, ispezione, vigilanza, controllo e prelievo campioni	Omessa o falsa verifica della risoluzione di non conformità alla normativa. Mancata applicazione di ulteriori provvedimenti restrittivi o sanzionatori	Alto	Analisi dei report informativi sulle attività dei Controlli Ufficiali. Schede di verifica del controllo Ufficiale in corso di Audit	Semestrale	Verifica report 5% dell'attività inserita nei Data Base dei sistemi informativi SIVRA2-SINUSA-BDN
					Adozione procedure relative a linee di attività non ancora proceduralizzate e revisione delle procedure esistenti	Annuale	Verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
					Principio dell'alternanza tra i veterinari nell'esecuzione dei controlli. Principio applicato in sede di programmazione	Annuale	n° di incarichi/pratiche ruotati sul totale
					Acquisizione delle dichiarazioni di assenza dei conflitti di interesse ad inizio anno. Per le attività oggetto di programmazione ed eventuale segnalazione di conflitti durante l'anno	Annuale	Dichiarazioni da parte di tutto il personale addetto ai controlli
	Certificazioni per l'export di alimenti di origine animale	Richiesta e mantenimento iscrizione liste export	Omessa o falsa verifica/validazione/attestazione del possesso o mantenimento dei requisiti strutturali, funzionali e gestionali degli stabilimenti che richiedono e mantengono l'iscrizione nelle liste degli stabilimenti per l'export di A.o.A.	Alto	Analisi dei report informativi sulle attività dei Controlli Ufficiali. Schede di verifica del controllo Ufficiale in corso di Audit	Semestrale	Verifica report 5% dell'attività inserita nei Data Base dei sistemi informativi SIVRA2-SINUSA-BDN
					Comunicazione tendenti a promuovere e stimolare comportamenti eticamente corretti	Annuale	n° comunicazioni effettuate
					Adozione procedure relative a linee di attività non ancora proceduralizzate e revisione delle procedure esistenti	Annuale	Verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
					Principio dell'alternanza tra i veterinari nell'esecuzione dei controlli. Principio applicato in sede di programmazione	Annuale	n° di incarichi/pratiche ruotati sul totale
			Acquisizione delle dichiarazioni di assenza dei conflitti di interesse ad inizio anno per le attività oggetto di programmazione ed eventuale segnalazione di conflitti durante l'anno		Annuale	Dichiarazioni da parte di tutto il personale addetto ai controlli	



SISSP									
AREALI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLI DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI		
CONTROLLI, VERIF., ISPEZ. E SANZ.	Controlli e vigilanza su strutture sanitarie e socio-assistenziali private e pubbliche	Richiesta pareri per il rilascio delle autorizzazioni, esposti e/o richieste di verifica da soggetti pubblici o privati	Controllo effettuato volontariamente in modo negligente non segnalando eventuali anomalie riscontrate	Medio	Controlli, elaborazione di istruzioni operative, e rotazione del personale	Semestrale	n° 5% controlli effettuati su n° di pratiche/provvedimenti		
								Tutela della salute dai fattori di rischio presenti negli ambienti di vita (amianto, inquinanti chimici ecc.)	
SFSAL									
AREALI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLI DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI		
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Attività relativa al controllo e alla verifica dei luoghi di lavoro e rispetto dei protocolli ANTICOVID	Sopralluogo	Azioni di verifica plurime e non motivate	Medio	Rotazione territoriale del personale	Annuale	n° 20 pratiche sul totale		
								Attività relativa all'esame del ricorso avverso il giudizio del Medico Competente aziendale	
TUTELA DELLA SALUTE NELLE ATTIVITÀ SPORTIVE									
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI SENZA EFFETTO ECONOMICO	Rilascio certificazione per idoneità sportiva	Rilascio di un provvedimento finale	Provvedimento conclusivo immotivatamente favorevole al ricorrere o alla controparte	Basso	Rotazione territoriale del personale.	Annuale	n° 2 incarichi/pratiche ruotati sul totale		
								Rilascio certificato di idoneità senza acquisizione degli esami richiesti per legge	
Rilascio certificazione per idoneità sportiva		Rilascio certificato di idoneità senza acquisizione degli esami richiesti per legge	Discrezionalità nel rilascio della idoneità sportiva ad utenti con patologie	Basso	Misure di educazione sanitaria all'utenza	Annuale	n° iniziative svolte		

**DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE**

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI																							
RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI	Inserimenti riabilitativi e/o strutture residenziali e/o semi residenziali	Verifiche presso le strutture	Controlli sull'adeguatezza delle prestazioni con beneficio economico per la struttura	Basso	<p>Controllo nel collegamento ordine-bolla-fattura e assoluta inoppugnabilità in caso di mancanza di attestazione del DEC</p> <p>Il Dirigente/Funzionario diverso dal soggetto che richiama/autorizza la fattura verifica a campione che la fattura liquidata sia corretta, tra l'altro, della dichiarazione di regolarità rilasciata dal DEC; Evidenza della verifica svolta con apposizione firma e data in calce ai documenti verificati e redazione verbale sintetico conservato negli archivi</p> <p>Verifica dei dati riportati nella documentazione inviata dalla Ditta mediante l'uso del sito <a href="http://www.viamichelin.it">www.viamichelin.it</a></p>	<p>Annuale</p> <p>Annuale</p> <p>Semestrale</p> <p>Annuale</p> <p>Semestrale</p>	<p>n° controlli effettuati su n° pratiche/provvedimenti</p> <p>Controlli sul 10 %</p> <p>n° controlli effettuati su n° utenti inseriti/autorizzati in provvoga (target 100%)</p>																							
								PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI CON EFFETTO ECONOMICO	Concessione di contributi, sussidi all'utenza psichiatrica	<p>Individuazione utenti beneficiari di borsa lavoro</p> <p>Rendicontazione ore di borsa lavoro svolte dall'utente</p>	<p>Favorire un utente a discapito di un altro (non rispettando i requisiti richiesti)</p> <p>Attribuzione compensi superiori alle ore effettivamente rese</p>	Basso	<p>Controllo sul rispetto delle Linee guida e delle procedure specifiche dell'UOC per l'assegnazione del contributo</p> <p>Riunioni di equipe multidisciplinari</p> <p>Verifiche amministrative da parte del Direttore U.O.</p>	<p>Annuale</p> <p>Annuale</p> <p>Annuale</p> <p>Mensile</p> <p>Semestrale</p> <p>Semestrale</p>	<p>Controlli /100%</p> <p>Controlli /100%</p> <p>Controlli /100%</p> <p>Controlli /100%</p> <p>n° controlli effettuati su n° utenti inseriti/autorizzati in provvoga (target 100%)</p>															
																CONTRATTI PUBBLICI	Liquidazione fatture servizio di trasporto sanitario	<p>Verifica della effettività e della correttezza formale della prestazione in riferimento al chilometraggio (tutti i servizi di trasporto) e alle richieste (per i soli servizi di corriere)</p>	<p>Liquidazione in base al parametro chilometrico per quantità non dovute o eccedenti il dovuto</p>	Medio	<p>Il Dirigente/Funzionario (diverso dal soggetto che effettua l'istruttoria della liquidazione), verifica a campione l'attività svolta con apposita firma e data in calce ai documenti verificati e viene redatto verbale sintetico conservato negli archivi</p>	<p>Annuale</p>	<p>n° controlli effettuati su n° pratiche/provvedimenti</p> <p>Controlli sul 10 %</p>							
																								Liquidazione servizi di manutenzione	<p>Verifica della congruità del preventivo rispetto al fatturato</p>	<p>Fatturazione pezzi di ricambio e/o tempi di lavorazione eccedenti quelli normalmente previsti dai fornitori</p>	Medio	<p>Verifica dei dati riportati nella documentazione inviata dalla Ditta mediante l'uso del sito informatici e tempistiche amministrative</p> <p>Il Dirigente/Funzionario (diverso dal soggetto che effettua l'istruttoria della liquidazione), verifica a campione l'attività svolta con apposita firma e data in calce ai documenti verificati e viene redatto verbale sintetico conservato negli archivi</p>	<p>Annuale</p>	<p>n° controlli effettuati su n° pratiche/provvedimenti</p> <p>Controlli sul 10 %</p>

**SERVIZI ECONOMICI E LOGISTICI**

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
ACQUISIZIONE E GESTIONE PERSONALE	Gestione interna delle risorse assegnate al servizio	Assegnazione delle risorse professionali nell'ambito della mobilità aziendale.	Favoritismo di tipo clientelare	Basso	Report mobilità	annuale	n° 12 controlli su n° 12 pratiche /provvedimenti
<b>AREA DISTRETTUALE N° 3 VASTO</b>							
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI SENZA EFFETTO ECONOMICO	Attività UVM	Fase autorizzativa - 1° accesso	Ammissione ADI, residenzialità e riabilitazione in mancanza dei Medici/Basso prescritti requisiti	Medio/Basso	Misure di controllo di secondo livello	annuale	Controllo 100% degli accessi
CONTRATTI PUBBLICI	Gestione operativa contratti aziendali di servizi esternalizzati (trasporto, ADI, tritoli, lavaggio, farmaci e materiale sanitario, materiale economico, informatico, ecc.)	Fase del riscontro	Erogazione non rispondente alla richiesta. Inadeguato controllo sul servizio erogato	Basso	Aggiornamento delle procedure	annuale	Verifica adozione del regolamento
<b>AREA DISTRETTUALE N° 2 LANCIANO</b>							
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI SENZA EFFETTO ECONOMICO	Attività UVM.	Autorizzazione	Discrezionalità nella fase di valutazione con rischio di errata valutazione	Medio-Basso	Rotazione personale sulla fase di proroga	annuale	Sul 60%
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI CON EFFETTO ECONOMICO	Assistenza primaria	Verifica della congruità della richiesta rispetto al bisogno	Discrezionalità nella fase di verifica del diritto con il rischio di indebita attribuzione dei benefici	Basso	verifiche di secondo livello sulle prestazioni autorizzate	annuale	Controllo sul 30% delle prestazioni
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI CON EFFETTO ECONOMICO	Assistenza primaria	Autorizzazione	Erronea valutazione della richiesta con rischio di indebita attribuzione di benefici	Basso	Rotazione del Dirigente incaricato relativamente al suo periodo di assenza per ferie o malattia	annuale	10% delle pratiche

PTA GISSI							
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
	Prendazione visita specialistica	Contatto con il CUP	Lista di attesa lunga e invito dell'utente direttamente allo specialista	Medio	Controllo incrociato delle liste di attesa e delle prestazioni effettuate	Trimestrale	n° controlli effettuati su n° di pratiche/provvedimenti
	Richiesta esenzione ticket per patologia	Contatto con il funzionario addetto	Emissione della tessera di esenzione in assenza delle dovute certificazioni	Medio	Controllo e supervisione del Dirigente Controllo incrociato delle tessere rilasciate e delle relative certificazioni	Trimestrale	n° controlli effettuati su n° di pratiche/provvedimenti
PTA CASOLI							
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
	Ricovero presso ospedale di comunità	accettazione e validazione della richiesta Proroga del ricovero o dimissioni	Valutazione discrezionale del bisogno di salute e dell'appropriatezza del ricovero Valutazione discrezionale del bisogno di salute e dell'appropriatezza del ricovero o dimissione	Basso	Verifica condizioni di salute del paziente Sensibilizzazione del personale all'umanizzazione delle cure	Annuale Annuale	n° controlli effettuati su n° ricoveri n° incontri effettuati ed evidenza dei contributi raccolti
AREA DISTRETTUALE 1 (NOVI CHIETI-FRANCAVILLA-ORTONA)							
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
	Assistenza protesica	Esame richiesta proponente e validazione della richiesta	Discrezionalità nella fase di autorizzazione ovvero disomogeneità nella valutazione dello stato di "avente diritto"	Basso	Controllo a campione delle autorizzazioni Pubblicazione monitoraggio dei tempi procedurali Incontri dirigenti e responsabili per standardizzare le procedure Verifica della completezza documentale nel fascicolo Assegnazione di nuovo personale previo periodo di affiancamento per formazione Predispozione punti di raccolta di segnalazioni anche in forma anonima Attenzione del personale coinvolto in caso di conflitto di interessi	Semestrale Semestrale Annuale Semestrale Semestrale Annuale Semestrale	n°20 richieste Presenza o meno del monitoraggio n° incontri /comunicazioni n° verifiche effettuate sul totale pratiche n° incarichi ruotati sul totale Report sulle segnalazioni n° di pratiche assegnate ad altro ufficio dell'area distrettuale n°20 autorizzazioni
		Esame richiesta proponente e validazione della richiesta	Discrezionalità nella fase di valutazione con conseguente rischio di ritardo di autorizzazioni non rispondenti ai criteri normativi di riferimento	Basso	Controllo a campione delle autorizzazioni UVM Pubblicazione monitoraggio dei tempi procedurali Incontri dirigenti e responsabili per standardizzare le procedure Rispetto delle normative regionali e delle disposizioni aziendali Predispozione punti di raccolta di segnalazioni anche in forma anonima Attenzione del personale coinvolto in caso di conflitto di interessi	Annuale Semestrale Annuale Semestrale	n° incontri /comunicazioni n. monitoraggio effettuati Report sulle segnalazioni
		Adozione provvedimento di autorizzazione/diniego, rilascio del provvedimento stesso al richiedente	Rischio di rilascio di autorizzazioni autorizzazione/diniego, rilascio del provvedimento stesso al richiedente	Basso	Attenzione del personale coinvolto in caso di conflitto di interessi	Semestrale	n° di pratiche assegnate ad altro ufficio dell'area distrettuale
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI SENZA EFFETTO ECONOMICO							
	Attività U.V.M.: ex art.26 - Strutture Semiresidenziali e Residenziali - Riabilitazione Psichiatrica, ADI.						

**PTA GUARDIAGREZZE**

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LEVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI									
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI CON EFFETTO ECONOMICO	Assistenza integrativa e protesta	Autorizzazione	Discrezionalità nell'autorizzazione e nella scelta dei presidi. Abuso nell'indirizzare l'utente verso particolare ditta autorizzata alla fornitura	Medio-basso	Controlli a campione	Annuale	Controllo sul 20% delle richieste autorizzate									
					Rotazione del personale	Semestrale	n° incarichi ruotati sul totale									
					Controlli a campione delle richieste autorizzate	Annuale	Controllo sul 20% delle richieste autorizzate									
					Controlli a campione	Annuale	Controllo sul 20% delle richieste autorizzate									
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI CON EFFETTO	Rilascio esenzione ticket per patologia	Autorizzazione	Attribuzione di benefici in mancanza dei prescritti requisiti	Medio-basso	Rotazione del personale	Semestrale	n° incarichi ruotati sul totale									
					Controlli a campione	Annuale	Controllo sul 20% delle richieste autorizzate									
					Controlli a campione	Annuale	Controllo sul 20% delle richieste autorizzate									
					Rotazione del personale	Semestrale	n° incarichi ruotati sul totale									
<b>DIREZIONI MEDICHE PP.OO. Aziende:</b>																
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LEVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI									
								Richiesta e rilascio cartella clinica (DMO Lanciano)	Acquisizione e accettazione richiesta	Richiesta incompleta, avanzata da non aventi diritto, mancato pagamento costi di riproduzione	Basso	pubblicazione del numero delle richieste	semestrale	controlli sul 5% delle pratiche		
											Copia della cartella clinica in archivio presso il reparto o ditta esterna	Copia incompleta/non leggibile, presenza di documenti estranei, ritardi	Medio	verifica pratiche da parte della DMO nel rispetto del Regolamento rilascio referti	trimestrale	controlli sul 5% delle pratiche
													Rilascio copia o spedizione	Consegna a persona non legittimata o spedizione a persona diversa	Medio	verifica pratica da parte della DMO nel rispetto del Regolamento rilascio referti
Rilascio autorizzazione raccolta e trasporto sangue cordonale per uso autologo(DMO VASTO)	Autorizzazione preventiva alla raccolta e trasporto in banca estera del sangue cordonale	Rilascio autorizzazione previa verifica requisiti sanitari	Basso	Controllo di tutta la documentazione e firma di entrambi i genitori	Costante	controlli sul 100% delle pratiche										
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Gestione salma e camere camera mortuaria	Gestione decesso in reparto	Segnalazione da parte del personale ai parenti di una specifica impresa;	Medio	Procedura aziendale	Annuale	Numero dei corsi									
					contatti impropri con imprese funerari; richiesta o accettazione di compensi o altre utilità	Costante	Adozione regolamento									
					Procedura aziendale	Annuale	n° 2 incontri									
					verifica deleghe, controllo accessi e monitoraggio degli affidamenti alle imprese	Costante										

SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLI DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Formazione in house	Gestione corsi di formazione per i lavoratori della ASL	L'operatore del S.P.P. potrebbe agire in modo irregolare nello svolgimento della propria attività istituzionale	Basso	Audit interni per confronti sulle modalità operative adottate	Trimestrali	Numero dei corsi
					Formazione ed aggiornamento per tutti i dipendenti	annuale	Numero di partecipanti al corso di formazione
Tutele della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	Redazione dei DUVRI previsto dall'art. 26 del D.Lgs. 81/2008	Controlli in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro all'interno della ASL e tutti i compiti previsti dall'art. 33 del D.Lgs. 81/2008 e smi	L'operatore del S.P.P. potrebbe agire in modo irregolare nel corso dell'attività istituzionale, trascurando che l'attività deve essere sempre svolta nel rispetto delle leggi vigenti in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e della legalità.	Basso	Audit interni trimestrali per confronti sulle modalità operative adottate	Trimestrali	N° di audit
					Formazione ed aggiornamento annuale in materia di prevenzione della corruzione per gli operatori S.P.P.	annuale	Numero di partecipanti al corso di formazione
<b>GOVERNO DELLE ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b>							
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLI DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
Liquidazione competenze economiche dei Medici esenti delle Commissioni Medicina Legale	Procedura di attribuzione della qualifica di UPG ai Tecnici della Prevenzione	Corrispondenza tra emolumenti richiesti ed importi liquidati	Liquidazione superiore alle evidenze documentali	Medio/Basso	Controllo prima dell'emissione del mandato di pagamento da parte di alta UOC		100% delle pratiche
					Incontri per promozione dell'etica	Annuale	n° incontri
Ornata acquisizione di dichiarazione sostitutiva di assenza di condanne. Attribuzione di qualifica e concessi benefici economici a soggetti non legittimati	Verifica/valutazione del possesso dei requisiti per l'attribuzione della qualifica di UPG da parte del Prefetto			Medio/Basso	regolamento delibera 189/2012 UOC Medicina Legale	Costante	
					Misure di rotazione	Annuale	100% delle pratiche
					Controllo sulle auto-dichiarazioni	Annuale	100%
					Incontri per promozione dell'etica	Annuale	n° incontri
					Incontri di formazione per promozione dell'etica e formazione antirackettamento	Annuale	n° partecipanti sul totale soggetti interessati

ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
CONTRATTI PUBBLICI	Programmazione delle gare ex art. 21 delgs. 50/2016	Programmazione della gara prima della scadenza dei contratti	Proroghe immotivate	Alto	Controllo di gare in scadenza mediante verifica sulle gare di importo superiore a € 214.000,00 Invio reportistica RPCT	Annuale	n° controlli effettuati sul n° gare
		Stato di attuazione della programmazione	Proroghe immotivate	Medio	Invio reportistica RPCT Sviluppo di reportistica recante lo stato delle gare programmate in scadenza di importo superiore ad €214.000,00. Invio reportistica a RPCT	Semestrale	Presenza o meno del report
	Varianti quantitative ai sensi dell'art.106 del D. lgs n°50/2016 e s.m.i. nei contratti ad alta intensità di manodopera	Comunicazione dei fabbisogni sopravvenuti e non inclusi nell'appalto originale	Fabbisogni non corrispondenti alle necessità	Alto	Individuazione e formalizzazione dei fabbisogni sopravvenuti da parte del DBC Invio reportistica a RPCT	Annuale	n° controlli effettuati sul n° gare
		Adozione di provvedimento autorizzatorio della variante, al ricorrere dei presupposti di legge	Comportamenti non conformi ai principi di legalità e possibile pregiudizio nella fase esecutiva dell'interesse pubblico sotteso all'affidamento	Medio	Potenziamento dei controlli preliminari; all'adozione Invio reportistica al RPCT	Annuale	n° controlli effettuati sul n° richieste
						Annuale	Presenza o meno del report

AMMINISTRAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	Livello di RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Reclutamento del personale per concorso pubblico e pubbliche selezioni	Indizione concorso	Condizionamento delle scelte organizzative relativamente dai posti da coprire	Medio	Monitoraggio relativo a tutte le figure professionali da assumere - predisposizione piano dei fabbisogni	Annuale	n° assunzioni fuori della programmazione
		Svolgimento concorso	Inosservanza delle regole procedurali		Pubblicazione atti inerenti la nomina delle Commissioni Esaminatrici, criteri di valutazione dei titoli ecc. Predisposizione chiara e trasparente delle modalità di espletamento della procedura e dei criteri di valutazione; massima diffusione dello stato dell'arte del concorso sul sito aziendale Pubblicazione dei provvedimenti sulla procedura concorsuale quale la nomina delle commissioni e pubblicazione dei criteri di valutazione dei titoli e dei criteri adottati nelle prove di esame	Costante	Pubblicazione dati
INCARICHI E NOMINE	Attribuzione di incarichi dirigenziali	Proposte di conferimento: valutazione e controllo di incarichi: adozione atto deliberativo	Attribuire progressioni di carriera motivando in maniera generica al fine di favorire specifici candidati.	Basso	Predispensione chiara e trasparente delle modalità di espletamento delle procedure;	Costante	n° controlli effettuati sul n° pratiche
					Adozione di regolamenti aziendali che disciplinano le modalità di espletamento delle relative procedure	Annuale	Verifica adozione regolamento
					Più figure nella gestione del procedimento/istruttore-Responsabile del procedimento-Direttore U.O.]	Costante	n° controlli effettuati sul n° pratiche

CONTABILITÀ E BILANCIO							
AREA DI RIFERIMENTO	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
GESTIONE ENTRATE SPESE E PATRIMONIO	Ciclo passivo	Registrazione fatture passive e altre registrazioni contabili	Ritardo o mancata registrazione delle fatture e registrazioni contabili, omissione controlli e false/inesatte registrazioni contabili	Basso	Obbligo di segnalazione e di astensione in ogni caso in cui possa configurarsi un conflitto di interesse	Annuale	n° di astensioni
					Controlli a campione sulle attività di registrazione delle fatture e sulle registrazioni in prima nota	Semestrale	Controlli n° 5 fatture e n° 2 prime note al mese
					Formazione su anticorruzione e aggiornamenti normativi del sistema operativo AREAS	Annuale	100% personale
		Emissione del mandato di pagamento	Gli addetti alla predetta attività potrebbero accelerare o ritardare l'attività non rispettando l'ordine cronologico favorendo o ritardando l'emissione del mandato di pagamento	Medio-basso	Tracciabilità e pubblicazione su trasparenza dei dati sui pagamenti	Trimestrale	Controlli sui 10%
					Controlli a campione sui mandati emessi	Semestrale	
					Formazione su anticorruzione e aggiornamenti normativi del sistema operativo AREAS	Annuale	
		Predisposizione degli atti di bilancio (conto economico, stato patrimoniale e nota integrativa)	Omessa o diminuita rilevazione di crediti dell'ente nei confronti di terzi debitori	Medio	Astenzione dall'emissione del mandato in caso di parentela o di rapporto stretto	Costante	n° di astensioni
					Analisi ed esame del mastro contabile, verifica di utilizzo dei fondi rischi, controlli dell'organo revisore	Trimestrale	esito dell'audit Pac
					Pubblicazione su A.T. del bilancio consuntivo	Annuale	
					Formazione su anticorruzione e aggiornamenti normativi del sistema operativo AREAS	Annuale	100% personale
Assegnazione e monitoraggio budget di spesa	Assegnazione e ripartizione dei fondi non equa, favorendo una U.O. rispetto ad un'altra. Falso monitoraggio dei budget di spesa	Basso	Verifiche di utilizzo budget di spesa	Trimestrale	100% delle pratiche		
			Formazione su anticorruzione e aggiornamenti normativi del sistema operativo AREAS	Costante	% ritardati pagamenti		

SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE								
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI	
FARMACEUTICA	Vigilanza sulle farmacie convenzionate pubbliche e private e sui depositi farmaceutici e sulle parafarmacie	Programmazione ispezioni ordinarie e le ispezioni straordinarie immediate	Omettere di segnalare, in cambio di favori o di denaro, eventuali anomalie (farmaci scaduti o non più utilizzabili, fustelle staccate dalle relative confezioni ecc.)	Basso	Visite ispettive ordinarie e straordinarie Comunicazione alle farmacie di procedure e norme di nuova attuazione	Annuale Annuale	5 controlli/anno 2/3 comunicazioni	
	Controllo tecnico delle ricette di vendita sull'appropriatezza prescrittiva	Programmazione annuale dei farmaci oggetto del controllo e monitoraggio	Omettere di segnalare eventuali inappropriatazze prescrittive riscontrate	Basso	Controllo a campione di ricette	Annuale	20% ricette /anno	
	Controllo tecnico delle ricette di assistenza non residenti in Italia	Invio delle ricette agli uffici esenti controllo tecnico e valorizzazione della spesa generata	Omettere di segnalare eventuali inappropriatazze prescrittive riscontrate a carico del medico erogatore e/o della farmacia erogatrice	Basso	Controllo ricette GEE su appropriatezza prescrittiva e corretta compilazione	Semestrale	Controlli a campione su circa 800 ricette/anno	
<b>MEDICINA LEGALE</b>								
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI	
	Visite per accertamento della invalidità civile con utilizzo software dell'INPS	Visita, redazione del verbale e trasmissione all'INPS	Possibile conflitto di interessi non dichiarato	Basso	Controllo verbali redatti dalla CMI Intensificare la formazione degli operatori sulla cultura della "legalità"	Annuale Semestrale	Controllo a campione n° partecipanti sul totale soggetti interessati	

MEDICINA PENITENZIARIA

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI SENZA EFFETTO ECONOMICO	Relazione sanitaria richiesta dall'autorità giudiziaria per giudizio di incompatibilità del detenuto con il regime detentivo	Separazione di propria iniziativa da parte del Medico del PSP dello stato di salute di un detenuto	Inappropriatezza della richiesta per ottenere un beneficio non spettante	Basso	Supervisione delle attività da parte del Responsabile del PSP. Controlli e monitoraggio delle attività	Semestrale	AUDIT e Controllo sul 100% delle relazioni
		Redazione del verbale dopo visione della documentazione sanitaria e visita del detenuto	Favorire il detenuto	Medio	Corsi di formazione con i sanitari finalizzati al rispetto dell'etica professionale Corsi di formazione con i sanitari finalizzati al rispetto dell'etica professionale Supervisione delle attività da parte del Responsabile del PSP. Monitoraggio delle relazioni	Annuale	n° di incontri o comunicazioni effettuate
CONTRATTI PUBBLICI	Liquidazioni prestazioni odontoiatriche per protesti dentarie a favore dei detenuti	Predisposizione di un budget annuale per visite odontoiatriche	Sovrastimare discrezionalmente il budget destinato ai vari PSP	Medio	Distribuzione budget in base al numero di detenuti e loro condizioni sociali. Report riepilogativo dell'attività svolta	Annuale	Report attività
		Realizzazione da parte dello specialista del manufatto protesico e relativo impianto	Utilizzo di materiale inadeguato o scadente	Medio	Lo specialista odontoiatra è convenzionato con il SSN. Richiesta per ogni prestazione eseguita una certificazione ISO di qualità sul manufatto realizzato	Annuale	Controllo 100% delle certificazioni
<b>DIPENDENZE PATOLOGICHE - Ser.D.</b>							
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI	Rapporti contrattuali con i privati accreditati per la riabilitazione delle persone con dipendenze patologiche	Scelta del privato accreditato	Scelta inappropriata della struttura o scelta ripetuta della stessa struttura	Basso	Standardizzazione e rafforzamento procedure; coinvolgimento di almeno 2 operatori nella definizione del progetto Verifiche a campione degli inserimenti Verifica a campione delle provogge Verbalizzazione del progetto nelle riunioni di equipe Iniziativa per diffondere la cultura dell'appropriatezza e sostenibilità Visite eseguite esclusivamente in ambulatori Ser.D.	Trimestrale Trimestrale Annuale Annuale Costante	n° controlli effettuati su n° pratiche Report attività Report attività Report attività Totale visite
		Valutazione finale per conclusione o proroga del contratto	Provogge inappropriate	Basso	Negoziazione volumi di attività ALPI e al costo. Verifiche periodiche Controlli delle timbrature a campione Rotazione del personale e affidamento pratiche	Trimestrale Mensile Semestrale	Report delle verifiche Controllo 100% delle timbrature Report attività Quadrimestrale sul 40% delle certificazioni
ALPI	Attività libero professionale ai fini certificativi per idoneità alla guida alla Commissione Medica Locale (CML)	Erogazione della prestazione	Svolgimento della libera professione in orario di servizio	Basso	Verifiche a campione delle certificazioni prodotte	Semestrale	Report attività
		Rilascio certificazione	Trattamento più favorevole	Basso			

INVESTIMENTI PATRIMONIO E MANUTENZIONE							
AREALI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLI DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI
CONTRATTI PUBBLICI	Programmazione triennale LLPP ed annuale dei fabbisogni	Analisi e definizione del fabbisogno ex art.21 D.Lgs. 50/2016	Fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità emanato rispetto dei tempi di attuazione delle procedure	Medio-basso	Verifica del rispetto dei tempi e modalità di attuazione piani di investimento	Semestrale	Controlli sul 100%
					Incontri periodici di responsabilizzazione attività e programmi	Semestrale	n° incontri
					Incontri con la Direzione Generale prima di approvare gli strumenti programmatici	Annuale	n° incontri
					Incrementare a livello aziendale le attività di formazione	Semestrale	n° partecipanti su numero corsi
					Nuove figure dirigenziali, ulteriormente incrementate le misure di rotazione nel conferimento degli incarichi di RUP	Annuale	n° di incarichi ruotati sul totale
					Controlli sull'assegnazione degli incarichi	Semestrale	Controllo sul 100%
					Pubblicazione degli elementi e dati su affidamenti diretti	Semestrale	100%
					Incontri periodici di responsabilizzazione attività e programmi	Semestrale	n° incontri
					Attività di formazione in particolare ai RUP incaricati di funzioni tecniche	Semestrale	n° partecipanti sul totale soggetti interessati
					Nuove figure dirigenziali, ulteriormente incrementate le misure di rotazione nel conferimento degli incarichi di RUP	Annuale	n° di incarichi ruotati sul totale
Le fasi delle procedure sono indicate Art.32 D.Lgs.50/2016, Selezione del contraente	Affidamento del contratto in difformità a quanto previsto e nel rispetto degli strumenti di programmazione	Medio-basso	Controllo degli atti di gara predisposti per ogni singola procedura avviata	Semestrale	Controlli sul 50% delle gare		
			Incontri periodici di responsabilizzazione attività e programmi	Semestrale	n° incontri		
			Nuove figure dirigenziali, ulteriormente incrementate le misure di rotazione nel conferimento degli incarichi di RUP	Annuale	n° di incarichi ruotati sul totale		

INVESTIMENTI PATRIMONIO E MANUTENZIONE											
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI				
CONTRATTI PUBBLICI	Programmazione triennale LLP ed annuale dei fabbisogni	Selezione del contraente con affidamenti diretti sotto soglia minima ex art.36 D.Lgs.50/2016	Emissione delle regole minime di concorrenza. Abuso del ricorso agli affidamenti in economia al di fuori delle ipotesi previste dalla legge e dal regolamento aziendale	Medio	Publicazione sul profilo aziendale e su PERLA PA la natura l'importo e l'oggetto dell'incarico	Annuale	Verifica 100% trimestrale				
					Publicazione su profilo aziendale degli elementi e dati sugli affidamenti diretti	Semestrale	n° di pubblicazioni				
					Nuove figure dirigenziali, ulteriormente incrementate le misure di rotazione nel conferimento degli incarichi di RUP	Annuale	n° di incarichi notati sul totale				
		Fase della progettazione Affidamento incarichi intra Euro 40.000,00/136.000,00	Utilizzo di procedure idonee ad affidamenti volti a favorire un determinato professionista	Responsabili privi delle necessarie competenze	Basso	Corretto utilizzo dell'Albo e pubblicazione sul profilo aziendale e su PERLA PA la natura, l'importo e l'oggetto dell'incarico	Annuale	Controllo sul 100% degli incarichi			
		Rotazione degli incarichi di RUP				Costante	n° incarichi notati sul totale				
		Publicazione sul sito aziendale delle nomine				Annuale	presenza o meno del report				
		<b>INVESTIMENTI PATRIMONIO E MANUTENZIONE</b>									
		PROCESSO	Gestione fondi PNRR Mission 6 e PNC Mission 6	Fase esecutiva dell'opera	capacità garante o mancate e non rispondente alla normativa	Medio-alto	Publicazione sul sito aziendale della rendicontazione prevista	Costante	presenza o meno dell'atto/dato previsto		
							Incontri periodici di responsabilizzazione attività e programmi	Semestrale	n° incontri		
							Controlli a campione sullo stato di avanzamento della singola opera con il supporto del Direttore dei Lavori	Semestrale	n° controlli sul totale liquidazioni SAL (report)		
Controlli plurimi effettuati da soggetti diversi	Semestrale						controllo a campione sul 30% delle liquidazioni				
Liquidazione	Liquidazione di prestazioni erogate dai fornitori di beni e servizi ed esecutori lavori	Mancanza di controlli effettivi articolati su più livelli procedurali	Basso	incontri periodici di responsabilizzazione attività e programmi	Semestrale	n° incontri					
				Con la nomina formalizzata di nuove figure professionali tecniche dirigenziali è stato incrementato il principio di rotazione	Annuale	n° di incarichi notati sul totale					

QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E RISK MANAGEMENT

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
	Supporto alla Direzione Generale per la negoziazione e verifica degli obiettivi di budget	Definizione obiettivi alle UU.OO.	Scelta di obiettivi inappropriati per la struttura	Basso	Partecipazione delle U.O. alla definizione degli obiettivi di budget Presenza di più interlocutori nel processo Partecipazione di tutto il personale della U.O. alla valutazione degli obiettivi; analisi definitiva e attribuzione degli incentivi demandata a OIV	annuale	Evidenza delle schede di valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati alle diverse UU.OO.
	Redazione di procedure, protocolli ed istruzioni operative per migliorare l'appropriatezza delle attività sanitarie	Scelta del percorso a cui dare avvio Redazione del documento specifico	Stabire arbitrariamente una scala di priorità delle procedure a cui dare avvio senza rispettare le reali necessità Inserimento nel CdL di personale non qualificato	Basso	Analisi oggettiva del contesto di riferimento Individuazione da parte del Direttore di UO del personale da inserire nel CdL	annuale	Valutazione dei processi mediante l'analisi dei verbali/documenti da parte dei componenti del CdL Formalizzazione delle richieste ai Direttori di UO delle persone da individuare quali componenti del CdL.

PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
Gestione della raccolta, verifica formale e trasmissione dei flussi informativi aziendali secondo le previsioni di legge nazionali e regionali.	Gestione raccolta e verifica formale dei flussi	Acquisizione e diffusione dei dati sensibili per finalità diverse da quelle istituzionali Diffusione dati sensibili per finalità diverse da quelle istituzionali	Medio - basso	Individuazione e formazione dei soggetti designati al trattamento dei dati sensibili sul registro SAT come da regolamento UE 679/2016	Annuale	n° eventi formativi specifici su n° dipendenti assegnati all'attività di trasmissione flussi e inseriti nel registro SAT
Pre-disposizione schede di budget	Determinazione degli indicatori per misurare il raggiungimento degli obiettivi	Inserimento nella scheda di budget di una UO, di indicatori che consentono alla stessa un più agevole raggiungimento dell'obiettivo negoziato	Medio - basso	Standardizzazione degli indicatori standardizzazione degli indicatori	Annuale	n° di indicatori standardizzati sul totale indicatori

VALUTAZIONE APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI	Controlli appropriatazza, congruità e legittimità delle prestazioni sanitarie erogate dalle Case di cura private accreditate e dai presidi ospedalieri aziendali e territoriali	Estrazione di cartelle /impegnative di prodotto, che saranno oggetto di controllo Controllo della documentazione, presso la stessa Struttura, e relazione di verbale ispettivo	Esito favorevole alla struttura in caso di riscontro di mancata ottemperanza alla normativa vigente in materia Giudizio di esito favorevole alla struttura in caso di riscontro di mancata ottemperanza alla normativa vigente in materia	Alto	Collegialità delle attività ispettiva	bimestrali/trimestrali	n. controlli effettuati/ n. pratiche n. controlli effettuati/ n. pratiche

GOVERNO LISTE DI ATTESA																				
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI													
LISTE D'ATTESA	Attività libero professionale intramuraria	Allineamento tempi di prenotazione/erogazione attività istituzionale ai tempi medi ALPI	Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi 7 esercito prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	Basso	Controllo sistematico delle configurazioni di sistema  Rotazione di n° 2 addetti all'attività	Costante	n° controlli effettuati su n° di pratiche/provedimenti													
								Monitoraggi tempi d'attesa ( ex post, ex ante, interno)	Modifica del dato estratto dal sistema informativo	Basso	Controllo sistematico del rispetto delle procedure vigenti e verifiche ex post  Pubblicazione sul sito aziendale	Costante	verifica sistematica							
								Attivazione e gestione delle agende ambulatoriali (SSN-ALPI)	Possibile discrezionalità nella configurazione delle agende in ALPI	Basso	Controllo sistematico del rispetto delle procedure vigenti  Autorizzazione all'esercizio attività ALPI con determina, nel rispetto del regolamento ALPI aziendale  Rotazione degli operatori addetti al servizio	Trimestrale  Costante	aggiornamento agende  n° autorizzazioni							
								Liste d'attesa	Gestione disponibilità posti riservati classi di priorità non occupati	Possibile discrezionalità dell'operatore	Basso	Controllo sistematico del rispetto delle procedure vigenti e utilizzo di procedura informatizzata per il tracciamento di tutte le operazioni effettuate  Incontri periodici di audit	Costante	verifica sistematica						
															Verifiche sul pagamento dei ticket degli utenti che non si presentano a sostenere una prestazione prenotata	Possibile omissione del rilevamento del processo	Basso	Controllo sistematico del rispetto delle procedure vigenti e verifiche ex post	Costante	n° di incarichi notati sul totale
															Reportistica aziendale	Modifica del dato estratto dal sistema informativo	Basso	Controllo sistematico del rispetto delle procedure vigenti e controllo ex post rispetto ai dati ottenuti	Semestrale	Report attività
								<b>FARMACIA OSPEDALIERA</b>												
								AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI					
								FARMACEUTICA	Partecipazione ai corsi di formazione sponsorizzati dai membri di commissioni di gara/commissioni tecniche	controllo dei partecipanti ai corsi/congressi con sponsor	comportamenti favorevoli a ditta sponsor nell'aggiudicazione della gara in caso di valutazione di criteri di qualità/nella redazione del capitolato	Alto	Procedura di accesso alla formazione aziendale  Rotazione del personale incaricato nelle commissioni	annuale	n. dichiarazioni rese/ n. corsi autorizzati  n° di incarichi notati sul totale					

ALPI									
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI		
ALPI	Accesso a prestazioni sanitarie in ALPI	Autorizzazioni ALPI e liquidazioni compensi	Errato/omesso controllo per favore alcuni professionisti	Medio/Basso	Rotazione del personale addetto ai controlli dei cartellini presenze assenze	annuale	rotazione per n. 2 liquidazioni/sul totale liquidazioni anno		
								Procedura di autorizzazione e di liquidazione	
<b>GOVERNO ATTIVITA' AMMINISTRATIVE PP.OO.</b>									
CONTRATTI PUBBLICI	Acquisti per contratti di articoli di modesta entità economica, non presenti sui contratti aperti	Scelta del contraente	Mancato rispetto delle procedure previste nel regolamento aziendale	Basso	Attivare ove possibile il principio di rotazione tra più ditte; utizzo canali informatici per comparazione offerte	annuale	Rotazione delle Ditte		
								MISURE	
CONTRATTI PUBBLICI	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI		
								FORMAZIONE	
CONTRATTI PUBBLICI	Formazione	Pianificazione, organizzazione attivazione dei corsi di formazione aziendali	Orientare la scelta verso alcune offerte	Basso	Adozione di un regolamento aziendale	2023/2024	Adozione regolamento		
								MISURE	
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI SENZA EFFETTO ECONOMICO		Autorizzazione personale dipendente a corsi esterni(master e/o corsi di perfezionamento)	Favorire discrezionalmente dei dipendenti piuttosto che altri	Basso	Adozione di un regolamento aziendale	2023/2024	Report annuale		
								MISURE	
<b>AFARI LEGALI</b>									
CONTENZIOSO	Attività Giudiziaria	Conferimenti incarichi ai Legali	Corruzione o Conoscenza	Alto	Modifica contratto con l'assicurazione vigente o inserimento dell'estensione del contratto sotto franchigia/SIR nel nuovo bando da pubblicare. Assunzione di un numero di avvocati da verificare seguendo le indicazioni della Direzione strategica (procedura concorsuale in itinere).	annuale	n. incarichi conferiti all'esterno/n. casi giudiziari		
								MISURE	
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI		

FISICA SANITARIA							
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURA	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
CONTRATTI PUBBLICI	Gare di appalto per acquisto apparecchiature/strumentazioni /servizi di natura tecnica	Redazione capitolato. Valutazione delle offerte delle ditte	Capitolato redatto in modo da favorire alcune ditte rispetto ad altre. Valutazioni opportuni/discorsionali	Medio - basso	Rotazione del personale che partecipa alla commissione tecnica;	Annuale	n° di mancati inviti sui locali
FARMACEUTICA	Fuori uso apparecchiature radiologiche	Controlli di qualità apparecchiature radiologiche.Report sugli esiti dei controlli effettuati	A seguito di controllo concordare con il Direttore di U.O. gli esiti di alcuni controlli al fine di far acquistare nuove apparecchiature. Redazione di report non verbali	Basso	Esecuzione controlli in base alla normativa vigente o in base ai protocolli tecnici interrazionali. Controlli tracciabili e conservati per stratati anni	Annuale	Report attività
<b>ADI</b>							
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURA	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI SENZA EFFETTO ECONOMICO	Valutazione del bisogno assistenziale predispensione assistenziale(PAI)Predispensione Piano Operativo (PO)	Predispensione del Piano Operativo (PO) con committenza pacchetti infermieristici	Predispensione di un Piano Operativo (PO) con committenza di pacchetti infermieristici di peso maggiore e/o più numerosi rispetto al reale fabbisogno del paziente	Medio	Controllo a campione della congruenza fra il Piano assistenziale (PAI) e il Piano Operativo (piano committenza pacchetti professionali)	Annuale	Controllo 100%
RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI		Predispensione del Piano Operativo (PO) con committenza "pacchetti" assistenziali riabilitativi	Predispensione di un piano Operativo (PO) con committenza di pacchetti riabilitativi di peso maggiore e/o più numerosi rispetto al reale fabbisogno del paziente	Medio	Controllo a campione della congruenza fra il Piano assistenziale (PAI) e il Piano Operativo (piano committenza pacchetti professionali)	Annuale	Controllo 100%

CURE PALIATIVE											
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHIO POTENZIALE	LIVELLO DI RISCHIO	MISURA	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI				
LISTE D'ATTESA	Ricovero in Hospice	Iscrizione del paziente in lista d'attesa	Familiartà con il paziente e/o paziente visitato in ALPI	Medio	Rispetto dei criteri specifici di ammissione del responsabile della UOC. Discussione in equipe dei casi in attesa	annuale	Controlli 100%				
								Controlli diretti del responsabile di ogni proposta di ricovero. Codificazione della giusta causa del ricovero			
DECESSO INTRAOSPEDALIERO	Decessi in Hospice	Comunicazione decesso ai familiari	Possibile presenza di terzi al momento della comunicazione	Alto	Controlli da parte del personale aptcali, medico ed infermieristico	annuale	Report comunicazioni/decessi				
								Richiesta da parte dei familiari di nominativo di impresa funebre	Familiartà di operatori con collaboratori di agenzia funebre	Alto	Report e n° di regolamenti
										Alto	n° partecipanti su n° corsi
										Alto	n° incontri
<b>SERVIZIO TRASFUNZIONALE AZIENDALE</b>											
FARMACEUTICA	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI				
								Acquisizione farmaci ad alto costo (antemortagici)	Prescrizione farmaci plasmaderivati o ricombinanti	Scelta del farmaco favorendo determinate ditte farmaceutiche	Basso
CONTRATTI PUBBLICI	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI				
								Utilizzo farmaci dispositivi medici	Prescrizione e utilizzo di farmaci e dispositivi medici	uso improprio o eccessivo di dispositivi monouso	Basso
<b>SERVIZIO TRASFUNZIONALE TERRITORIALE</b>											
CONTRATTI PUBBLICI	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI				
								Definizione del fabbisogno	Definizione del fabbisogno non rispondente alla reale necessità	Programmazione annuale dei fabbisogni	Medio-basso
CONTRATTI PUBBLICI	Gare per approvvigionamento beni e servizi	Redazione capitolato	Definizione dei requisiti di partecipazione al fine di favorire una specifica ditta	Medio-basso	Rotazione semestrale personale che partecipa alla stesura dei capitolati	annuale	Rotazione del personale per stesura appalti				
								Definizione del fabbisogno non rispondente alla reale necessità	Maggiore oggettività nella verifica dei requisiti	Medio-basso	Rotazione semestrale personale che partecipa alla stesura dei capitolati
<b>SERVIZIO TRASFUNZIONALE TERRITORIALE</b>											
CONTRATTI PUBBLICI	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI				
								Definizione del fabbisogno non rispondente alla reale necessità	Programmazione annuale dei fabbisogni	Medio-basso	Verifiche e controlli sulle richieste e sui consumi
CONTRATTI PUBBLICI	Gare per approvvigionamento beni e servizi	Redazione capitolato	Definizione dei requisiti di partecipazione al fine di favorire una specifica ditta	Medio-basso	Rotazione semestrale personale che partecipa alla stesura dei capitolati	annuale	Rotazione del personale per stesura appalti				
								Definizione del fabbisogno non rispondente alla reale necessità	Maggiore oggettività nella verifica dei requisiti	Medio-basso	Rotazione semestrale personale che partecipa alla stesura dei capitolati

**DIPARTIMENTO DEI SERVIZI**

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
LISTE D'ATTESA	Liste di attesa per esami radiologici/radioterapia	Inserimento nelle liste di attesa	Favorire determinati utenti non rispettando criteri di priorità clinica	Medio	Monitoraggio delle liste di attesa e comunicazione tempestiva di alterazione delle liste di attesa.	Trimestrale	controllo sul 100%
					Invio report al RCPT		
					Comunicazione preventiva dei tempi di attesa sulla base dei criteri di priorità (sportelli) senologici aziendali- Accertazione radiologia senologica - UOC Radioterapia Oncologica)	Trimestrale/semestrale	
					Controlli sull'appropriatezza dei criteri di priorità clinici e diagnostici per distinzione (esami U-B-D-P/Codici Rossi, Gialli e Verdi)	Semestrale	report attività

**DIPARTIMENTO MEDICO**

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
	Infusione di chemioterapia	Inizio trattamento	Favorire determinati pazienti senza rispettare i criteri di priorità	Medio	Dotare il reparto di un software che consenta di tracciare sia l'ordine di arrivo dei pazienti che la distribuzione della terapia sulla base della durata della terapia	Semestrale	Verifica implementazione software
					Confronto tra ordine di arrivo dei pazienti + durata dei trattamenti ed ordine di esecuzione degli stessi		
					Nomina del bed manager		
	Trasferimento paziente da un altro reparto	accettazione immediata del trasferimento	Favorire determinati utenti	Basso	Creazione liste di attesa	Trimestrale	report attività
	Creazione di fistola artero-venosa(FAV) a pazienti affetti da malattia renale cronica per il trattamento dialitico	Confezionamento di FAV in sala operatoria da parte del chirurgo vascolare	Indurre il paziente ad effettuare visita specialista privata per anticipare l'intervento	Medio	Controlli tra data stimata inizio dialisi /data effettiva di confezionamento FAV	Annuale	n° controlli effettuati sul totale trattamenti

**DIPARTIMENTO CUORE**

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI
	Riduzione liste di attesa (UTIC Chieli Ortona)	Definizione dei percorsi per la riduzione liste di attesa per impianti trascatetere della valvola aortica (TAVI)	Alterazione del percorso in base alla sollecitazione del cardiologo o del chirurgo referente	Medio	Corsi per la promozione dell'etica	Annuale	n° incontri
					Controllo e tracciabilità tramite sistema informatico delle liste di attesa		
	Monitoraggio e verifica utilizzo devices	Custodia dispositivi cardiaci impiantabili in conto deposito	Sottrazione impianti cardiaci e inappropriatezza prescrittiva	Medio	Tracciabilità in tempo reale dei dispositivi	costante	n° controlli effettuati su n° impianti
		Attività di elettrostimolazione	Scelta device non appropriato		Schede di appropriatezza per ogni singolo device impiantato	Annuale	n° controlli effettuati su n° impianti

DIPARTIMENTO DEA									
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI		
LISTE D'ATTESA	Ricovero programmato per degenza	Attribuzione criterio di priorità e/o inserimento nelle liste di attesa Terapia del dolore	Interessi di parte	Medio	Monitoraggio delle liste di attesa e comunicazione tempestiva di alterazione delle liste di attesa.	Annuale	n° casi segnalati sul totale ricoveri		
					Invio report al RCPT				
					Controllo accurato degli atti di inserimento in liste e tracciabilità informatica Definire percorsi prioritari per le classi A oncologiche			Semestrale	n° controlli effettuati su totale ricoveri
LISTE D'ATTESA	Dimissioni protette del paziente presso strutture riabilitative private accreditate	Attribuzione criterio di priorità e/o inserimento nelle liste di attesa chirurgiche	Percorso preferenziale per pazienti provenienti dalla attività libero professionale. Assenza di trasparenza riguardo lista di attesa ricovero riabilitativo	Medio	Controllo accurato delle dimissioni e tracciabilità del percorso per i ricoveri al ricovero in struttura riabilitativa convenzionata	Semestrali	n° controlli effettuati su totale ricoveri. Report sull'attività di controllo		
					Adozione regolamento				
DIPARTIMENTO MATERNO - INFANTILE									
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI		
FARMACEUTICA	Prescrizione latte per neonati e lattanti	Indicazioni e prescrizioni	Non promuovere l'allattamento al seno, favorire una o più ditte produttrici di latte formulato	Basso	Rotazione della ditta produttrici di latte formulato nel rispetto della procedura aziendale. Controlli a campione di secondo livello sulle lettere di dimissione	Quotidiana	Controllo 100%		
					Informazione al paziente sull'ampia disponibilità di prodotti; promuovere la corretta prescrizione e la rotazione dei diversi integratori				
					Report sui controlli a campione				
FARMACEUTICA	Prescrizione integratori vitaminici		Prescrizioni inappropriate. Favore ditte produttrici di vitamine	Basso	Rotazione dei medici nelle dimissioni	Trimestrale	Rotazione del personale		
					Indicare sulla lettera di dimissione solo il principio attivo				
					Controllo sul 100%				
LISTE D'ATTESA	Accesso diretto alle attività ambulatoriali pediatriche	Gestione degli accessi in relazione alle liste di attesa	Attribuzione di priorità		Monitoraggio degli accessi. Reportistica periodica da inviare al Direttore del Dipartimento	Semestrale	n° accessi diretti/su totale accessi		
DIPARTIMENTO CHIRURGICO									
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	FASI	RISCHI	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE	TEMPI DI ATTIVAZIONE	INDICATORI		
LISTE D'ATTESA	Ricoveri programmati	Chiamata dei pazienti seguendo le classi di priorità	Inserimento di un paziente dando la precedenza su un altro non considerando la classe di priorità	Medio	Registro gestito da coordinatrice e controllato dai Dirigenti Medici. Monitoraggio	Semestrale	controllo sul 90% delle liste di attesa		
					Adozione protocolli interni				
					Formazione personale dedicato				
FARMACI	Farmaci	Sottrazione farmaci ospedalieri	Assenza strumenti di controllo	Medio	Verifiche e controlli sulle richieste e sui consumi	Semestrale	Report dei consumi		

ALL 2 SE 23

Tabella riepilogativa delle misure di prevenzione della corruzione generali/obbligatorie e specifiche.

**Misure generali/obbligatorie di prevenzione**

Le presenti misure sono quelle indicate nella parte generale del presente piano che qui vengono riportate con i tempi di attuazione ed i relativi Responsabili \* Ove non diversamente indicato, per le UO sanitarie afferenti i Dipartimenti sanitari, il Direttore del Dipartimento coordina le attività e la rendicontazione

MISURE DI PREVENZIONE	AZIONI	SOGGETTI RESPONSABILI*	TEMPISTICA	INDICATORI
Prevenzione della corruzione e della trasparenza	Elaborazione e proposta della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO con i suoi aggiornamenti  Predisposizione della Relazione annuale del RPCT sull'attività svolta in materia di anticorruzione e trasparenza secondo format ANAC	Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Entro il 31/01 anno successivo o diverse indicazioni ANAC	Aggiornamento Sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO
			Annuale (secondo direttive ANAC)	Relazione
Formazione del personale in tema di anticorruzione	Predisporre i contenuti del piano formativo d'intesa con il Responsabile della Formazione	Il Responsabile della prevenzione della corruzione d'intesa con il Dirigente Responsabile della Formazione	Annuale	Attivazione dei corsi
Trasparenza	Assicurare il rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dal D. L. vo n. 33/2013, così come modificato e integrato dal d.lgs. 97/2016, in base a quanto previsto nell'allegato 3 della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO.	Dirigenti Responsabili di tutte le UOC sulla base di quanto previsto nell'allegato 3 della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO.	Tempistica come da normativa vigente	Pubblicazione dati e informazioni
Monitoraggio tempi procedurali	Notiziare il RPCT di reclami/segnalazioni dell'utenza o contestazioni giudiziali/stragiudiziali in materia  Relazionare al RPCT semestralmente sulle eventuali criticità riscontrate all'esito delle verifiche sul rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, da effettuarsi anche mediante le apposite funzionalità previste nel Sistema informatizzato di gestione documentale, e sui procedimenti per i quali si registra un ritardo, precisando se sono stati oggetto di reclami/segnalazioni dell'utenza o contestazioni giudiziali/stragiudiziali	UOSD Ufficio Legale UOSD URP e Privacy	In tempo reale	Invio report annuale al RPCT
		Dirigenti Responsabili di tutte le UO	Semestrale	n. procedimenti in cui si sono riscontrate criticità sul totale
Accessibilità alle informazioni sui procedimenti e provvedimenti amministrativi	Rendere accessibili, in ogni momento agli interessati, le informazioni relative ai provvedimenti e procedimenti amministrativi: stato della procedura, relativi tempi, specifico ufficio competente in ogni singola fase. I Direttori UOC/UOSD effettuano costante monitoraggio e producono report semestrale al RPCT sulle richieste/ regolarità riscontri	I responsabili del procedimento Dirigenti Responsabili di tutte le UO	In tempo reale	Invio report semestrale al RPCT

1  
A

**Tabella riepilogativa delle misure di prevenzione della corruzione generali/obbligatorie e specifiche.**

<p>Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile</p>	<p>Realizzazione di misure di sensibilizzazione della cittadinanza per la promozione e la cultura della legalità attraverso una efficace comunicazione e diffusione della strategia di prevenzione dei fenomeni corruttivi.                      Annualmente sarà organizzato un incontro per la Giornata della prevenzione della corruzione e della trasparenza per un confronto sulle tematiche con le Associazioni di volontariato e con gli altri portatori di interessi.</p> <p>I front-office dovranno essere dotati del PIAO al fine della consultazione da parte del cittadino/utente.</p>	<p>Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza</p> <p>Responsabile UOSD URP e Privacy</p>	<p>Annuale</p> <p>Costante attività informativa</p>	<p>Incontro annuale con associazioni di volontariato.</p> <p>Dotazione dei front-office del PIAO</p>
---	--	---	---	--

Tabella riepilogativa delle misure di prevenzione della corruzione generali/obbligatorie e specifiche.

**Misure generali/obbligatorie di prevenzione**

Le presenti misure sono quelle indicate nella parte generale del presente piano che qui vengono riportate con i tempi di attuazione ed i relativi Responsabili

MISURE DI PREVENZIONE	AZIONI	SOGGETTI RESPONSABILI	TEMPISTICA	INDICATORI
Codice di comportamento	Svolgere adeguata attività informativa per la corretta conoscenza e applicazione del codice di comportamento adottato dall'azienda	UPD/RPCT	Entro il 2023	Adozione nuovo codice
		I Dirigenti Responsabili di U.O.	Costante attività informativa	Attività informativa al 100%(a tutti i dipendenti)
Confitto di interesse: obbligo di astensione	Astenersi in caso di conflitto di interesse dall' adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.	Il Dirigente UOC Risorse Umane	All'atto del conferimento dell'incarico	Ad ogni incarico
		Dipendenti e soggetti esterni	All'atto della rilevazione	Controllo al 100%
Risposta scritta alla segnalazione del conflitto di interesse e sua valutazione	Raccolta e conservazione delle dichiarazioni rese e dei relativi aggiornamenti sottoscritti dai dipendenti ai sensi del codice di comportamento (all'atto dell'assegnazione all'ufficio), per ciascun intervento finanziato con fondi PNRR e per ciascuna procedura di gara dai soggetti coinvolti (per ogni procedura: RUP, membro di commissione o altro incarico). Verifica dell'avvenuta dichiarazione anche per i soggetti esterni cui sono affidati incarichi in relazione ad uno specifico contratto. Massima vigilanza e controlli da parte dei Dirigenti Responsabili di UO, dei Referenti e dei responsabili del procedimento (RUP); audit di secondo livello a cura del gruppo di auditor	I Dirigenti Responsabili di UO e il responsabile del procedimento (RUP)	Costante	Report semestrale al RPCT delle verifiche effettuate
		In particolare per ciascuna procedura di gara: Per i soggetti esterni, il Responsabile dell'ufficio competente alla nomina e RUP Per i dipendenti coinvolti nelle procedure di gara, il responsabile dell'ufficio di appartenenza e il RUP		
Dichiarazioni di incompatibilità e incompatibilità degli incarichi di vertice	Valutare la segnalazione del conflitto di interesse con risposta scritta al dipendente	I Dirigenti Responsabili di UO	All'atto della rilevazione	Numero delle segnalazioni
Attività di incarichi extra istituzionali	Richiesta dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità e incompatibilità degli incarichi di vertice e sua pubblicazione sul sito aziendale	RPCT	Incompatibilità: Annuale Inconferibilità: Tempestivo	Pubblicazione sito aziendale
		Predisposizione regolamento per il conferimento e l'autorizzazione di incarichi	Entro il 2023	Regolamento aziendale

Tabella riepilogativa delle misure di prevenzione della corruzione generali/obbligatorie e specifiche.

<p>Inserimento nei contratti individuali di lavoro della clausola divieto prestazione lavorativa per i 3 anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage).</p>	<p>Inserimento nei contratti individuali di assunzione del personale e nei contratti di conferimento di incarichi dirigenziali della clausola di divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) 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 o mediante una dichiarazione sostitutiva di certificazioni rilasciate da parte degli interessati. Monitoraggi con controlli a campione</p>	<p>Il Dirigente Responsabile UOC Risorse Umane</p>	<p>Contestuale alla firma del contratto e alla cessazione dal servizio. Controlli a campione semestrali</p>	<p>Controllo sul 30% delle dichiarazioni</p>
<p>Dichiarazioni al momento della cessazione dal servizio e nel triennio successivo (Pantouflage).</p>	<p>Nei mesi precedenti alla cessazione dal servizio o dall'incarico, far sottoscrivere una dichiarazione con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage e a trasmettere annualmente allo stesso ufficio, nel triennio successivo alla cessazione, una dichiarazione che attesti l'assenza di violazione del divieto con l'impegno di aggiornarla in caso di variazioni intervenienti nel corso dell'anno. Monitoraggi con controlli a campione e relazione annuale sulle dichiarazioni pervenute nel triennio successivo alle cessazioni (report in formato tabellare).</p>	<p>Il Dirigente Responsabile UOC Risorse Umane</p>	<p>Report annuale in formato tabellare sulle dichiarazioni rese dagli ex dipendenti</p>	<p>n° dichiarazioni rese/n° cessazioni anno</p>
<p>Inserimento nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti o nelle convenzioni, della clausola di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi e richiamo esplicito alle sanzioni (Pantouflage).</p>	<p>Inserimento nei bandi di gara, avvisi e lettere di invito, nonché negli atti prodromici agli affidamenti anche mediante procedura negoziata della 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 dell'azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto. Raccolta e archiviazione delle dichiarazioni degli OOE; relazione annuale al RPCT (report in formato tabellare)</p>	<p>Il Dirigente Responsabile UOC : Acquisizione Beni e Servizi Investimento e Patrimonio GACEP Le UO Aziendali in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità</p>	<p>All'atto della Predisposizione del bando e degli affidamenti Controllo a campione semestrale</p>	<p>n° dichiarazioni rese/n° affidamenti</p>
<p>Inserimento nei contratti di consulenza della previsione di una dichiarazione da rendere all'inizio dell'incarico con cui l'interessato si impegna al rispetto del divieto di pantouflage</p>	<p>Inserimento nei contratti di consulenza della previsione di una dichiarazione da rendere all'inizio dell'incarico con cui l'interessato si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, raccolta e archiviazione delle dichiarazioni; relazione annuale al RPCT (report in formato tabellare).</p>	<p>Il Dirigente Responsabile UOC : Acquisizione Beni e Servizi Investimento e Patrimonio Ufficio Legale Le UO Aziendali in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità</p>	<p>All'atto del conferimento dell'incarico</p>	<p>n° dichiarazioni rese/n° incarichi conferiti anno</p>

**Misure generali/obbligatorie di prevenzione**

Le presenti misure sono quelle indicate nella parte generale del presente piano che qui vengono riportate con i tempi di attuazione ed i relativi Responsabili

MISURE DI PREVENZIONE	AZIONI	SOGGETTI RESPONSABILI	TEMPISTICA	INDICATORI
Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la PA	<p>Verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intende conferire incarichi nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- all'atto della formazione delle commissioni (anche con compiti di segreteria) di gare, di lavori, servizi e forniture e di commissioni di concorso;</li> <li>- formazione di commissioni per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere;</li> <li>- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali, agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato. All'esito della verifica se risultano precedenti penali si arresta la procedura di conferimento dell'incarico. Monitoraggi con controlli a campione</li> </ul>	<p>Il Dirigente Responsabile UOC :                      Acquisizione Beni e servizi                      Investimento e Patrimonio                      Risorse Umane                      Medicina Legale                      Le UO Aziendali in presenza di analoghi procedimenti</p>	<p>Per ogni procedura che prevede la nomina di commissioni. Controllo a campione semestrale</p>	<p>Controlli a campione</p>
Rotazione straordinaria dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari (art. 16, comma 1, lettera l - quater, del d.lgs. n. 165 del 2001)	<p>Avvio di procedimento disciplinare e valutazione dell'applicazione della rotazione straordinaria.</p>	<p>I Dirigenti Responsabili di tutte le UO</p>	<p>All'atto della conoscenza di eventuali procedimenti penali/disciplinari</p>	<p>Numero dei dipendenti coinvolti</p>
Programma di rotazione dipendenti aree ad alto rischio e incaricati di interventi PNRR	<p>Predisposizione di uno studio di fattibilità per la definizione di una specifica disciplina interna sulla rotazione, mediante individuazione dei Dipartimenti Aziendali, del personale (dirigenti - personale comparto) e delle Aree (clinica -</p>	<p>Gruppo di lavoro da costituire, coordinato dal RPCT</p>	<p>Annuale</p>	<p>Redazione della proposta di programmazione a regime</p>

## Tabella riepilogativa delle misure di prevenzione della corruzione generali/obbligatorie e specifiche.



	tecnico-amministrativa / altro personale professioni infermieristiche) per le quali è possibile applicare la misura della rotazione ordinaria tenuto conto dei fattori organizzativi/contrattuali e del numero dei dipendenti			
Tutela del whistleblower	Svolgere adeguata attività informativa per la corretta conoscenza del sistema informatico per la gestione delle segnalazioni di illeciti dei dipendenti con tutela dell'identità del segnalante	I Dirigenti Responsabili di U.O	Annuale	Attività informativa al 100%(a tutti i dipendenti)
Utilizzo protocollo di legalità	Inserimento clausole protocollo di legalità, attualmente in vigore, negli appalti pubblici	Il Dirigente Responsabile UOC : Acquisizione Beni e servizi Investimento e Patrimonio Le UO Aziendali in presenza di analoghi procedimenti	All'atto della predisposizione del bando e degli affidamenti	Report semestrale

**Misure specifiche**

Oltre a quelle riportate nell'allegato 1, in corrispondenza di ciascuna UO, con riferimento alle attività ed ai processi a rischio che sono stati analizzati, si riportano le sottoelencate misure specifiche

MISURE DI PREVENZIONE	AZIONI	SOGGETTI RESPONSABILI	TEMPISTICA	INDICATORI
Trasparenza	Trasmettere al RPCT il monitoraggio sulla pubblicazione dei dati per verificare lo stato dell'arte dei propri adempimenti	Dirigenti Responsabili di tutte le UOC sulla base di quanto previsto nell'allegato 3 della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del Piao.	Semestrale	Monitoraggio sul 100%
Attestazione della conoscenza della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO aziendale	Attestare di essere a conoscenza del Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza e provvedere all'esecuzione di quanto in esso previsto per le parti di rispettiva competenza	Il Dirigente Responsabile di tutte le UO mappate ed il Titolare di posizione organizzativa; per le aree ad alto rischio, tutti i dipendenti della UO.	Annuale e a seguito di ulteriori aggiornamenti del PIAO	Trasmissione attestazioni al RPCT
Relazione semestrale sul monitoraggio applicazione misure anticorruzione previste nel piano	Verificare l'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati: controllare e monitorare l'applicazione delle misure anticorruzione previste nel piano, relazionando al Responsabile anticorruzione	Dirigenti Responsabili di tutte le UO mappate sulla base di quanto previsto nella Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del Piao	Semestrale	Trasmissione relazioni al RPCT
Relazione annuale sulle attività anticorruzione e sulle misure attivate nell'ambito della U.O.C.	Relazionare al Responsabile Anticorruzione sulle attività poste in merito all'attuazione effettiva delle regole di legalità o integrità indicate nel Piano e sull'efficacia delle misure previste, nonché rendicontare sui risultati realizzati	Dirigenti Responsabili di tutte le UO mappate, sulla base di quanto previsto nella Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del Piao.	Annuale entro novembre di ogni anno	Trasmissione relazioni al RPCT
Relazione al RPCT sul monitoraggio attuazione del codice di comportamento e verifica stato di applicazione	Relazionare al RPCT sul monitoraggio dei procedimenti disciplinari avviati, con elaborazione di report di verifica/monitoraggio contenenti: numero delle violazioni segnalate e contestate, con indicazioni delle norme violate, della qualifica e della UO di appartenenza del dipendente; numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi con indicazione della sanzione applicata e delle archiviazioni disposte con le relative motivazioni	Dirigente Responsabile UOC Affari Generali, in qualità di Presidente U.P.D.	Semestrale	Report di verifica/monitoraggio
Programma delle forniture di beni, servizi, lavori da appaltare nell'anno successivo	Indicazione dei beni servizi e lavori da appaltare nei successivi dodici mesi con indicazione sui tempi di attivazione delle procedure in linea con la garanzia del miglior anticipo rispetto alla scadenza dei contratti in essere	Il Dirigente Responsabile UOC: Acquisizione Beni e servizi Investimento e Patrimonio Ingegneria Clinica	Annuale	Report lavori, beni e servizi da appaltare

**Tabella riepilogativa delle misure di prevenzione della corruzione generali/obbligatorie e specifiche.**

**Misure specifiche**

Oltre a quelle riportate nell'allegato 1, in corrispondenza di ciascuna UO, con riferimento alle attività ed ai processi a rischio che sono stati analizzati, si riportano le sottoelencate misure specifiche

MISURE DI PREVENZIONE	AZIONI	SOGGETTI RESPONSABILI	TEMPISTICA	INDICATORI
Rotazione componenti commissioni di gare e RUP	Effettuare la rotazione dei componenti delle commissioni di gara per lavori, servizi e forniture e dei RUP, dandone comunicazione, in caso di impossibilità, al Responsabile anticorruzione.	I Dirigenti Responsabili UOC Acquisizione Beni e servizi UOC Investimenti e Patrimonio Le UO Aziendali in presenza di analoghi procedimenti	All'atto della composizione della Commissione/ nomina RUP	numero di rotazioni effettuate in rapporto alle nomine (report in formato tabellare)
Relazione sui rapporti aventi maggior valore economico	Monitoraggio anche con controlli a campione tra i dipendenti adibiti ad attività ad alto rischio di corruzione, sui rapporti aventi maggior valore economico tra questi e gli amministratori, i soci e i dipendenti dei soggetti che con la stessa stipulano contratti, e che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando l'esistenza di rapporti di parentela o affinità tra gli amministratori, i titolari, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti ed i funzionari pubblici, da trasmettere al Responsabile anticorruzione	I Dirigenti Responsabili UOC Acquisizione Beni e servizi UOC Investimenti e Patrimonio Le UO Aziendali in presenza di analoghi procedimenti	Semestrale	Numero controlli attuati
Monitoraggio su affidamenti diretti o espletati con procedura informale, ivi inclusi quelli di importi di spesa minimi	Rispetto degli obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente e trasmissione al RPCT report in formato tabellare sugli affidamenti diretti di servizi, lavori e forniture con indicazione della ditta affidataria, dell'oggetto e dell'importo.	I Dirigenti Responsabili: UOC Acquisizione Beni e servizi UOC Investimenti e Patrimonio Le UO Aziendali in presenza di analoghi procedimenti	Semestrale	Report degli affidamenti Pubblicazioni in Amministrazione Trasparente
Monitoraggio proroghe rapporti contrattuali	Trasmettere al RPC report relativo alle proroghe dei rapporti contrattuali oltre l'originario tempo di scadenza, motivando il mancato espletamento della procedura di gara.	I Dirigenti Responsabili: UOC Acquisizione Beni e servizi UOC Ingegneria Clinica UOC Investimenti e Patrimonio Le UO Aziendali in presenza di analoghi procedimenti	Semestrale	Numero di concessioni di proroghe immotivate

**Misure specifiche**

Oltre a quelle riportate nell'allegato 1, in corrispondenza di ciascuna UO, con riferimento alle attività ed ai processi a rischio che sono stati analizzati, si riportano le sottoelencate misure specifiche

MISURE DI PREVENZIONE	AZIONI	SOGGETTI RESPONSABILI	TEMPISTICA	INDICATORI
Divieto di inserimento di clausole specifiche nei bandi di gara	Divieto di inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito di clausole che possano comportare il riconoscimento o il condizionamento dei partecipanti alla gara o clausole riferite a caratteristiche precise possedute in via esclusiva da specifici beni, servizi e forniture.	I Dirigenti Responsabili: UOC Acquisizione Beni e servizi UOC Investimenti e Patrimonio Le UO Aziendali in presenza di analoghi procedimenti	All'atto della predisposizione del bando	Controllo sul 20% dei bandi di gara
Controllo obblighi di pubblicazione dati Società Partecipata	Monitoraggio sulla pubblicazione/aggiornamento dei dati  Corretta applicazione del Regolamento	UOC Bilancio e Contabilità	Semestrale	Pubblicazione dati
Attività Libero Professionale intramoenia	Verifica della congruità tra le agende di prenotazione e l'erogazione/fatturazione delle prestazioni.	Il Dirigente Responsabile ALPI	Costante e ad ogni liquidazione	Verifica prenotazione/erogazione/fatturazione e
	Trasmissione al RPCT di una relazione contenente gli esiti delle verifiche effettuate sulla congruità tra le agende di prenotazioni e l'erogazione/fatturazione delle prestazioni		Annuale	Report esiti verifiche al RPCT

4

ALL.3 Sez.23

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento		
<b>Disposizioni generali</b>	<b>Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza</b>	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) / Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO) Art. 10, c. 8, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; art. 6, c. 4 d.lgs. n. 80/2021	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati. Le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (M.O.G. 231) ( <a href="#">link alla sottosezione Altn contenuti/Anticorruzione</a> )		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	Annuale		
		Riferimenti normativi su organizzazione e attività Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni		RESPONSABILE UOC AFFARI GENERALI	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Atti amministrativi generali Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse		RESPONSABILE UOC AFFARI GENERALI	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	<b>Atti generali</b>	Documenti di programmazione strategico-gestionale Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza			RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E RESPONSABILE UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Codice disciplinare e codice di condotta Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 169/2001	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento			RESPONSABILE UOC AFFARI GENERALI	Temporaneo	
		<b>Oneri informativi per cittadini e imprese</b>	Scadenza obblighi amministrativi Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenza con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013		<b>OBBLIGO NON DI COMPETENZA</b>		
	<b>Organizzazione</b>	<b>Articolazione degli uffici</b>	Articolazione degli uffici Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici		RESPONSABILE UOSP URP E PRIVACY	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Organigramma Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma) Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche		RESPONSABILE UOSP URP E PRIVACY	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		<b>Telefono e posta elettronica</b>	Telefono e posta elettronica Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali			RESPONSABILE UOSP URP E PRIVACY	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Telefono e posta elettronica Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici			RESPONSABILE UOSP URP E PRIVACY	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione 1 livello (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
			<p>Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato                      Art. 15, c. 2, dlgs n. 33/2013</p> <p><b>Per ciascun titolare di incarico:</b></p> <p>1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo                      Art. 15, c. 1, lett. b), dlgs. n. 33/2013</p> <p>2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali                      Art. 15, c. 1, lett. c), dlgs. n. 33/2013</p> <p>3) compensi comunicati denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato                      Art. 15, c. 1, lett. d), dlgs. n. 33/2013</p> <p>Tabella relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica) Art. 15, c. 2, dlgs. n. 33/2013                      Art. 53, c. 14, dlgs. n. 165/2001 Art. 53, c. 14, dlgs. n. 165/2001</p> <p>Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse                      Art. 53, c. 14, dlgs. n. 165/2001</p>		<p>RESPONSABILI: UOC                      RISORSE: IMANE                      -UOC                      INV.PATR.MANUTENZ                      -UOC A.B.S.-UOSD                      UFFICIO LEGALE</p> <p>RESPONSABILI: UOC                      RISORSE: IMANE                      -UOC                      INV.PATR.MANUTENZ                      -UOC A.B.S.-UOSD                      UFFICIO LEGALE</p> <p>RESPONSABILI: UOC                      RISORSE: IMANE                      -UOC                      INV.PATR.MANUTENZ                      -UOC A.B.S.-UOSD                      UFFICIO LEGALE</p> <p>RESPONSABILI: UOC                      RISORSE: IMANE                      -UOC                      INV.PATR.MANUTENZ                      -UOC A.B.S.-UOSD                      UFFICIO LEGALE</p> <p>RESPONSABILI:                      -UOC                      INV.PATR.MANUTENZ                      -UOC A.B.S.-UOSD                      UFFICIO LEGALE - altre                      eventuali UO che conferiscono                      incarichi</p>	<p>Temporaneo                      (ex art. 8, dlgs n. 33/2013)</p> <p>Temporaneo</p>
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)				

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione 2 livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Incarchi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:			
			Atto di conferimento, con indicazione della durata dell'incarico Art. 14, c. 1, lett a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo Art. 14, c. 1, lett b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Compensi di qualsiasi natura concessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato) Art. 14, c. 1, lett c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici Art. 14, c. 1, lett c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti Art. 14, c. 1, lett d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti Art. 14, c. 1, lett e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'ipotesi della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Obbligo sospeso (D.Lgs. 162 del 30.12.2019)		Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) (NB: e necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)] Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	Obbligo sospeso (D.Lgs. 162 del 30.12.2019)		Entro 3 mesi della nomina o del conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del
			3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	Obbligo sospeso (D.Lgs. 162 del 30.12.2019)		Annuale
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfetibilità dell'incarico Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	Annuale (non oltre il 30 marzo)			

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) (2)	Incarchi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuali discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico:			
			Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Art. 14, c. 1, lett. g) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Compensi di qualsiasi natura commessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Obbligo sospeso (D.Lgs. 162 del 30.12.2019)	RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato)		
		Obbligo sospeso (D.Lgs. 162 del 30.12.2019)	RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico		
		Obbligo sospeso (D.Lgs. 162 del 30.12.2019)	RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE	Annuale		

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Nascrafamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
Personale	Dirigenti cessati	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	<p>Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013</p> <p>Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013</p> <p>Ammonterare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013</p>	<p>Non pertinente</p> <p>Non pertinente</p>	<p>RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE</p> <p>RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE</p>	<p>Temporivo (art. 20 c. 1, d.lgs. n. 39/2013)</p> <p>Annuale (art. 20 c. 2, d.lgs. n. 39/2013)</p> <p>Annuale (non oltre il 30 marzo)</p>
			<p>Posti di funzione disponibili Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001</p> <p>Ruolo dirigenti Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004</p>	<p>Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta</p> <p>Ruolo dei dirigenti</p>	<p>RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE</p> <p>RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE</p>	<p>Temporivo</p> <p>Annuale</p>
			<p>Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013</p>	<p>Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo</p>	<p>RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE</p>	<p>Nessuno</p>
			<p>Curriculum vitae</p> <p>Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013</p>	<p>Curriculum vitae</p>	<p>RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE</p>	<p>Nessuno</p>
			<p>Compensi di qualsiasi natura commessi all'assunzione della carica Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013</p>	<p>Compensi di qualsiasi natura commessi all'assunzione della carica</p>	<p>RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE</p>	<p>Nessuno</p>
			<p>Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013</p>	<p>Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici</p>	<p>RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE</p>	<p>Nessuno</p>
			<p>Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013</p>	<p>Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti</p>	<p>RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE</p>	<p>Nessuno</p>
			<p>Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013</p>	<p>Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti</p>	<p>RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE</p>	<p>Nessuno</p>
			<p>1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982</p>	<p>1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982</p>	<p>Obbligo sospeso (D.Lgs. 162 del 30.12.2019)</p> <p>RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE</p>	<p>Obbligo sospeso (D.Lgs. 162 del 30.12.2019)</p> <p>Nessuno</p>
			<p>3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] Art. 14, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982</p>	<p>3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] Art. 14, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982</p>	<p>Obbligo sospeso (D.Lgs. 162 del 30.12.2019)</p> <p>RESPONSABILE UOOC RISORSE UMANE</p>	<p>Obbligo sospeso (D.Lgs. 162 del 30.12.2019)</p> <p>Nessuno (Va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dall'incarico)</p>

ALLEGATO 9) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione 1 livello (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Assiamento	
Personale	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui da diritto l'assunzione della carica		RESPONSABILE UOC RISORSE DM/ANNE	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Posizioni organizzative	Posizioni organizzative Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo		RESPONSABILE UOC RISORSE DM/ANNE	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Dotazione organica	Conto annuale del personale Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Conto complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico		RESPONSABILE UOC RISORSE DM/ANNE	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	Personale non a tempo indeterminato	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle) Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle) Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico		RESPONSABILE UOC RISORSE DM/ANNE	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Tassi di assenza	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle) Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale		RESPONSABILE UOC RISORSE DM/ANNE	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle) Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico			RESPONSABILE UOC RISORSE DM/ANNE	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Contrattazione collettiva	Contrattazione collettiva Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche			RESPONSABILE UOC RISORSE DM/ANNE	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Contrattazione integrativa	Contratti integrativi Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Costi contratti integrativi Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4 d.lgs. n. 150/2009	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle Finanze, che predispongono, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, dritta con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica		RESPONSABILE UOC RISORSE DM/ANNE UOC G.A.S.I.E.S.	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Triologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di concorso	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle) Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Nominativi Art. 10, c. 8, lett. c) d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Curricula Art. 10, c. 8, lett. c) d.lgs. n. 33/2013			Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Compensi Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013			Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte			Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)			Temporaneo
			Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)			Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)			Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Ammoniatore complessivo dei premi collegati alla performance stanziati			Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Ammoniatore dei premi effettivamente distribuiti			Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Ammoniatore complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle) Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013			Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio
Performance	Ammoniatore complessivo dei premi	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle) Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi		RESPONSABILE UOC RISORSE UMANE	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti			Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
						Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c.1, lettera a) c.2 e c.3, d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati		LA SUC NON HA POSIZIONE DI CONTROLLO IN ENTI PUBBLICI	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Società partecipate			Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)
			Per ciascuna delle società:		RESPONSABILE UOC	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione 1 livello (Macrofamiglia)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
Enti controllati	Società partecipate	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle) Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	1) ragione sociale		BILANCIO E CONTABILITÀ	Annuale (art. 22, c. 1 d.lgs. n. 33/2013)
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione			Annuale (art. 22, c. 1 d.lgs. n. 33/2013)
			3) durata dell'impegno			Annuale (art. 22, c. 1 d.lgs. n. 33/2013)
			4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione			Annuale (art. 22, c. 1 d.lgs. n. 33/2013)
			5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante			Annuale (art. 22, c. 1 d.lgs. n. 33/2013)
			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari			Annuale (art. 22, c. 1 d.lgs. n. 33/2013)
			7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo			Annuale (art. 22, c. 1 d.lgs. n. 33/2013)
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico ( <u>link al sito dell'ente</u> ) Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013			Temporaneo (art. 20, c. 1 d.lgs. n. 39/2013)
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <u>link al sito dell'ente</u> ) Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013			Annuale (art. 20, c. 2 d.lgs. n. 39/2013)
			Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013			Annuale (art. 22, c. 1 d.lgs. n. 33/2013)
			Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs. 1/5/2016)			Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate			Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento		Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
Enti di diritto privato controllati	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lettera c) e c.3, d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati		LA ASL NON HA POSIZIONE DI CONTROLLO IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO	LA ASL NON HA POSIZIONE DI CONTROLLO IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO
Rappresentazione grafica	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati		RESPONSABILE UOCC BILANCIO E CONTABILITÀ	Annuale (art. 22, c. 1 d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento:			
			1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili		U.U.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria		U.U.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale		U.U.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale		U.U.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano		U.U.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante		U.U.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione		U.U.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli		U.U.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione		U.U.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento		U.U.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale		U.U.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
<b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b>						
1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni				U.U.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale e a cui presentare le istanze				U.U.OO AZIENDALI RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti dell'ufficio responsabile Art. 35, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive		RESPONSABILE UOSD IURP E PRIVACY	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macroframiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
Provvedimenti	Provvedimenti organi di indirizzo politico	Provvedimenti organi di indirizzo politico Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi; anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche		RESPONSABILI: UOCC AFFARI GENERALI/GESTIONE DOCUMENTALE E CONVENZIONI	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Provvedimenti dirigenti amministrativi Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi; anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.		RESPONSABILI: UOCC/OSPD AZIENDALI	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure  (da pubblicare secondo le "specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartGIG, struttura proponente oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, importo di completamento dell'opera o fornitura, Art. 1, c. 33, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016  Tabella riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate) Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016			Temporaneo
		Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.M. MIT 14/2018, art.5, commi 8 e 10 e art.7, commi 4 e 10	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali. Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co 8 e art. 7, co.4). Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art.5, co.10 e art.7, co.10)		RESPONSABILI: UOCC, A.B.S., UOCC I.P.M., UOCC incaricati in presenza di analoghi procedimenti amministrativi inerenti alla loro responsabilità	Temporaneo
		Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni, compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art.5 del d.lgs. n. 50/2016. I dati si devono riferire a ciascuna procedura contrattabile in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione				
		Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; DPCM n. 76/2018	Progetti di fanthibilia relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1)			Temporaneo
			Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"			

Bandi di gara e contratti

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione 1 livello (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti distintamente per ogni procedura	Avvisi di preinformazione. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	SETTORI ORDINARI preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 SETTORI SPECIALI periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co.2, d.lgs. 50/2016	Avvisi di		Temporaneo
		Delibera a contrarre 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGGIA Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC) Determina ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b) SETTORI ORDINARI-SOPRASOGGIA Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 70, c. 2 e 3) Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4) Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153) Bando per il concorso di idee (art. 156) SETTORI SPECIALI Bandi e avvisi (art. 127, c. 1) Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3) Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1) Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3) SPONSORIZZAZIONI Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 19, c. 1)		RESPONSABILI: UOC A135, UOC I17M, Le UO Aziende in presenza di analoghi precedenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità	Temporaneo
Bandi di gara e contratti		Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art. 125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea			Temporaneo
		Commissione giudicatrice 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e curricula dei suoi componenti.		Temporaneo

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Avvisi relativi all'esito della procedura Art. 37, c. 1, lett. b) dlgs n. 33/2013 e art. 29, c. 1, dlgs n. 50/2016	<p><b>SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA</b></p> <p>Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2</p> <p>Publicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2</p> <p><b>SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA</b></p> <p>Avviso di appalto aggiudicato (art. 98)</p> <p>Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3)</p> <p>Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2)</p> <p><b>SETTORI SPECIALI</b></p> <p>Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130)</p> <p>Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3)</p> <p>Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141, c. 2)</p>		<p>RESPONSABILI:                      UOOC A.B.S.                      UOOC I.P.M.: UO Anzidali in presenza di analoghi procedimenti amministrativi asseriti alla loro responsabilità</p>	Temporaneo
			Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023) di l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	<p>Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro, pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)</p>		
		Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023) di l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	<p>Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro, pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziana e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati</p>			Temporaneo

ALLEGATO 9) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione 1 livello (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti distintamente per ogni procedura	Verballi delle commissioni di gara Art. 37, c. 1, lett b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verballi delle commissioni di gara (fare salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).			Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure
		Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006 alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti) (art. 47, c. 2, d.l. 77/2021)			Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure
		Contratti Art. 37 c. 1, lett b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi; ed interpretativi degli stessi (fare salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dai d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali)			Temporaneo
		Collegi consultivi tecnici D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti.			Temporaneo
		Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC Art. 47, c.2, 3, 3-bis, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)			Temporaneo
		Fase esecutiva Art. 37, c. 1, lett b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016,	Pubblicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel ritenuto antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)(art. 47, c. 3 bis e c. 9, d.l. 77/2021)			Temporaneo
			Fare salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- modifiche soggettive</li> <li>- varianti</li> <li>- proroghe</li> <li>- rinnovi.</li> </ul>			Temporaneo
			-quinto d'obbligo subappalti (in caso di assenza del provvedimento di autorizzazione, pubblicazione del nominativo del subappaltatore, dell'importo e dell'oggetto del contratto di subappalto). Certificato di collaudo o regolare esecuzione Accordi bonari e Transazioni Atti di nomina del direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissioni di collaudo			Temporaneo
			Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).			Temporaneo
			Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione.			Temporaneo

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento		
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti distintamente per ogni procedura	Concessioni e partenariato pubblico privato. Art. 37, c. 1, lett. b) dlgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, dlgs. n. 50/2016;	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, in quanto compatibili, ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del dlgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre:					
			Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del dlgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi )					
			Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3)					
				Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile. Art. 37, c. 1, lett. b) dlgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, dlgs. n. 50/2016	Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10)		RESPONSABILI: UO C.A.B.S.: UO C.I.P.M.: (UO Aziendali in presenza di analisti procedimenti amministrativi assenti alla loro responsabilità	Temporaneo
			Affidamenti in house. Art. 37, c. 1, lett. b) dlgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, dlgs. n. 50/2016;	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)				Temporaneo
			Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni. Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)				Temporaneo
			Progetti di investimento pubblico. Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, dl. n. 76/2020.	Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico. Elenco dei progetti finanziari, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale				Annuale

ALLEGATO 9) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione 1 livello (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
Atti di concessione	Criteri e modalità	Criteri e modalità Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati		RESPONSABILE UOC G.A.S.H.E.S.	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC G.A.S.H.E.S.	Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			Per ciascun atto:			
			1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013			Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			2) importo del vantaggio economico corrisposto Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			3) norma o titolo a base dell'attribuzione Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013			Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013			Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013			Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			6) link al progetto selezionato Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013			Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato Art. 27, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013			Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			(NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)			
			Bilancio preventivo e consuntivo	Bilancio preventivo	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011
Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo. Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016						Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
Bilanci	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	RESPONSABILE UOC BILANCIO E CONTABILITA'	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo. Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		RESPONSABILE UOC INV/PAR/MANUT.	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare Canoni di locazione o affitto	Patrimonio immobiliare Art. 30, d.lgs. n. 33/2013 Canoni di locazione o affitto Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Attestazione dell'IVO o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	RESPONSABILE UOC AFFARI GENERALI	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	Annuale e in relazione a delibere A.N.A.C.
			Documento dell'IVO di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)		RESPONSABILE UOC ORGANIZZAZIONE E CONTROLLI DI GESTIONE	Temporaneo
			Relazione dell'IVO sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)		RESPONSABILE UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLI DI GESTIONE	Temporaneo
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'iridicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	RESPONSABILE UOC BILANCIO E CONTABILITA'	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile Art. 31, d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOC AFFARI GENERALI SEGRETERIA D.G.	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio		RESPONSABILE UOC AFFARI GENERALI SEGRETERIA D.G.	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglia)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento	
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici		RESPONSABILE: UOSP E: PRIVACY	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 Sentenze di definizione del giudizio Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 Misure adottate in ottemperanza alla sentenza Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		RESPONSABILE: UOSP UFFICIO LEGALE	Temporaneo	
	Costi contabilizzati	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati degli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo			RESPONSABILE: UOC BILANCIO E CONTABILITA' RESPONSABILE: GOVERNO LISTE DI ATTESA	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)
		Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata			RESPONSABILE: UOC GOVERNO LISTE DI ATTESA	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Servizi in rete	Resultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Resultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete			RESPONSABILE: UOC INFORMATICA E RETI	Temporaneo
		Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari		RESPONSABILE: UOC BILANCIO E CONTABILITA'	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	Indicatori di tempestività dei pagamenti	Indicatori di tempestività dei pagamenti	Indicatori di tempestività dei pagamenti	Indicatori dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)		RESPONSABILE: UOC BILANCIO E CONTABILITA'	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici		RESPONSABILE: UOC BILANCIO E CONTABILITA'	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
	IBAN e pagamenti informatici	IBAN e pagamenti informatici Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento		RESPONSABILI E UOC BILANCIO E CONTABILITA'	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione 1 (Macrofaniglia)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche ("link" alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell' art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)		RESPONSABILE UOOC INV PATR MANUT.	Temporaneo (art. 8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
						Temporaneo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39 d.lgs. 33/2013	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o complete		RESPONSABILE UOOC INV PATR MANUT.	Temporaneo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
						Temporaneo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Informazioni ambientali		Art. 40 c.2 d.lgs.33/2013	Informazioni relative a costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o complete		RESPONSABILE UOOC INV PATR MANUT.	Temporaneo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
						Temporaneo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Strutture sanitarie private accreditate		Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle) Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate		RESPONSABILE UOOC GOVERNO ACCORDI CONTR. EROGATORI PRIVATI	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
						Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
Interventi straordinari e di emergenza		Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvledimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOOC GOVERNO ACCORDI CONTR. EROGATORI PRIVATI	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
						Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
Interventi straordinari e di emergenza		Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOOC INV PATR MANUT.	Temporaneo (art. 8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
						Temporaneo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Interventi straordinari e di emergenza		Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		RESPONSABILE UOOC BILANCIO E CONTABILITA'	Annuale
						Annuale

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza/ Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell' articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012. (MOG 231)		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	Annuale
		Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013; art. 6 c. 4 d.lgs. n. 80/2021				Temporale
		Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza			Temporale
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013				Temporale
		Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (addove adottati)			Temporale
		Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)			Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)
Altri contenuti	Accesso civico	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E RESPONSABILE UOC AFFARI GENERALI	Temporale
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012				Temporale
		Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013			Temporale
Altri contenuti	Accesso civico	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	Temporale
		Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90				Temporale
		Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale			Temporale
Altri contenuti	Accesso civico	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione		RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	Semestrale
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)				Temporale

ALLEGATO 3) TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione 1 livello (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo (1)	Note	Responsabile obblighi di pubblicazione	Aggiornamento
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Regolamenti Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria		RESPONSABILE UOC INFORMATICA E RETI	Annuale
		Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.) Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione			Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)
		Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 39/2013) Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. D), l. n. 190/2012	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate			.....
Altri contenuti	Dati ulteriori	Reclami	Report sui reclami pervenuti		RESPONSABILE UOSD DRP E PRIVACY	Semestrale