



---

# **PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO)**

---

**Azienda Sanitaria Locale Teramo**

**2022-2024**



**ASL TERAMO**



## Indice

<b>SEZIONE 1: PREMESSA</b> .....	<b>3</b>
<b>SEZIONE 2: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1 CHI SIAMO</b> .....	<b>7</b>
<b>2.2 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO AZIENDALE</b> .....	<b>8</b>
<b>2.3 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO AZIENDALE</b> .....	<b>12</b>
<b>SEZIONE 3: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1 VALORE PUBBLICO</b> .....	<b>19</b>
3.1.1 L'accessibilità digitale .....	21
3.1.2 L'accessibilità fisica .....	23
3.1.3 Le procedure da reingegnerizzare e semplificare .....	24
3.1.4 Obiettivi di benessere equo sostenibile .....	25
<b>3.2 PERFORMANCE</b> .....	<b>26</b>
3.2.1 Introduzione .....	26
3.2.2 Mandato istituzionale e Mission .....	34
3.2.3 Le aree strategiche .....	35
3.2.4 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi .....	38
3.2.5 Cruscotto di monitoraggio e obiettivi.....	40
3.2.6 Performance organizzativa e obiettivi di budget .....	52
3.2.7 Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione della performance .....	54
3.2.8 Allegati tecnici .....	56
Scheda 1 – Analisi del contesto esterno ed interno (analisi SWOT).....	56
Scheda 2 - Descrizione gruppo di lavoro .....	57
3.2.9 Pari opportunità e equilibrio di genere .....	58
<b>3.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA</b> .....	<b>59</b>
3.3.1 Introduzione .....	59
3.3.2 Oggetto e finalità .....	60
3.3.3 Attuazione PTPCT anno 2021 .....	62
3.3.4 Elaborazione / aggiornamento ed adozione del PTPCT .....	66
3.3.5 Gestione del rischio .....	67
3.3.6 Sezione trasparenza.....	71
Allegato 1 - VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER AREA E PROCESSO .....	72



Allegato 2 - PIANO DELLE MISURE TRASVERSALI .....	75
Allegato 3 - PIANO DEI PROCESSI, DEI RISCHI E DELLE MISURE DI PREVENZIONE SPECIFICHE.....	78
Allegato 4 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE .....	105
<b>SEZIONE 4 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....</b>	<b>124</b>
<b>4.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....</b>	<b>124</b>
4.1.1 Articolazione a livello centrale e territoriale .....	124
4.1.2 Modalità di identificazione dei dipartimenti e relative aggregazioni.....	124
<b>4.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....</b>	<b>139</b>
4.2.1 Premessa .....	139
4.2.2 Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile .....	140
4.2.3 Modalità attuative .....	142
4.2.4 Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile.....	146
4.2.5 Programma di sviluppo del lavoro agile .....	148
<b>4.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE.....</b>	<b>151</b>
<b>4.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE .....</b>	<b>152</b>
4.4.1 Introduzione .....	152
4.4.2 Obiettivi .....	154
<b>SEZIONE 5 MONITORAGGI .....</b>	<b>155</b>
<b>5.1 MONITORAGGIO DEL VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE.....</b>	<b>155</b>
<b>5.2 MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....</b>	<b>155</b>
<b>5.3 MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....</b>	<b>156</b>



## SEZIONE 1: PREMESSA

Il Decreto Legge del 9 giugno 2021, n. 80, convertito in Legge n. 113 del 6 agosto 2021, ha introdotto nel nostro ordinamento il “Piano integrato di attività e organizzazione” (PIAO), che deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti (escluse le scuole) e va presentato entro il 31 gennaio di ogni anno. Ha durata triennale e definisce 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”, con l’obiettivo di 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, nel rispetto del D.Lgs. 150/2009 e della Legge 190/2012.

Il PIAO ricomprende e declina in modo integrato e coordinato:

- a) il Piano della Performance, che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance di questa Asl stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), che è finalizzato alla piena trasparenza dei risultati dell’attività e dell’organizzazione amministrativa nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall’ANAC con il Piano nazionale anticorruzione;
- c) il Piano Operativo del Lavoro Agile (POLA), che stabilisce le modalità di svolgimento dello *smart working* quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, ed in particolare 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;
- d) il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) che, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, definisce 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, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- e) il Piano della Formazione, che individua 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;

f) Il Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP), che dà attuazione alle disposizioni contenute nel D.Lgs. 11 aprile 2006 n. 198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della L. 28 novembre 2005, n. 246";

Il PIAO inoltre contiene:

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

Il PIAO definisce anche le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi.

Il PIAO deve essere pubblicato ogni anno sul sito della Asl e inviato al Dipartimento della funzione pubblica.

Il PIAO, quindi, semplifica gli adempimenti dell'amministrazione e consente, in una logica integrata, di ricondurre ad un unico documento le scelte operative di sviluppo strategico di questa Azienda Sanitaria, in perfetta linea con il percorso di transizione amministrativa avviato con il PNRR.

Il percorso procedurale di adozione del PIAO, disciplinato dal D.L. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, inizialmente prevedeva che entro centoventi giorni dalla sua entrata in vigore:

1. con uno o più D.P.R., sarebbero stati individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti nel PIAO;
2. sarebbe stato adottato, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, un "PIAO tipo", quale strumento di supporto per le P.A.

Il successivo D.L. del 30 dicembre 2021, n. 228 - Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi (c.d. Milleproroghe) – ha modificato il predetto percorso, disponendo che:

- ✓ limitatamente all'anno 2022, il termine di adozione del PIAO, fissato al 31 gennaio, fosse prorogato al **30 aprile 2022**;

- ✓ fossero differiti al 31 marzo 2022 i termini previsti per l’emanazione di uno o più decreti del Presidente della Repubblica per individuare e abrogare gli adempimenti relativi ai piani assorbiti da quello di cui al D.L. 80/2021 e per l’adozione, con Decreto Ministeriale, del “PIAO tipo”;
- ✓ fino al termine del 30 aprile 2022 è stata esclusa l’applicazione delle sanzioni previste dalle seguenti disposizioni:
  - ❖ articolo 10, comma 5, del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance);
  - ❖ articolo 14, comma 1, della Legge 7 agosto 2015, n. 124 (Piano organizzativo del lavoro agile);
  - ❖ articolo 6, comma 6, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 (Piano del fabbisogno del personale).

Successivamente, il Decreto Legge n. 36 del 30 aprile 2022 *“Ulteriori misure urgenti per l’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)”* (cosiddetto Decreto PNRR 2), convertito con modificazione dalla Legge n. 79 del 29 giugno 2022, ha ulteriormente modificato l’articolo 6 del Decreto Legge n. 80/2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 113/2021, per il tramite dell’art. 7, comma 1, lettera a), numeri 1 e 2.

Il Decreto “PNRR 2” ha, in buona sostanza, differito il termine ultimo di adozione del PIAO al **30 giugno 2022** ed ha, altresì, innovato l’art. 6 del Decreto Reclutamento, introducendo il comma 7 bis, secondo cui *“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”*.

Con riferimento specifico, poi, al Piano anticorruzione-trasparenza, il Consiglio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), con Delibera n. 1 del 12 gennaio 2022, ha differito al 30 aprile 2022 il termine di cui all’art. 1, comma 8 Legge 190/2012 per la presentazione del Piano 2022-2024 e, successivamente, con comunicato del Presidente ANAC del 2 maggio 2022, a seguito dell’approvazione del Decreto legge n. 36 del 30 aprile 2022, che ha ulteriormente differito al 30 giugno 2022 il termine ultimo di adozione del PIAO da parte delle pubbliche amministrazioni, ha statuito che *“in un’ottica di semplificazione e futura integrazione, le amministrazioni tenute alla adozione del PIAO che non abbiano ancora approvato il Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022/2024, potranno deliberare la proroga della durata del PTPCT 2021/2023 qualora ritengano le previsioni ivi contenute ancora attuali ed efficaci, anche tenuto conto dell’eventuale impegno in progetti legati all’attuazione del PNRR. Fermo restando che, anche al fine di adeguare la programmazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza agli altri piani destinati a confluire nel PIAO, le amministrazioni potranno procedere a tali adattamenti anche quando saranno predisposti i piani ulteriori che confluiranno nel PIAO”*.

Tali disposizioni trovano fondamento nella necessità che le scadenze in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione siano coerenti con il sistema che il legislatore ha, da ultimo, inteso delineare in merito ai termini di adozione del PIAO.

In data 2 dicembre 2021 è stata acquisita l’intesa della Conferenza Unificata sullo schema di Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione, corredato del Piano-Tipo e delle Linee guida per la



compilazione, ai sensi dell'articolo 6, comma 6, del decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, mentre, in data 9 febbraio 2022, è stata acquisita l'intesa della Conferenza Unificata sullo schema di Decreto del Presidente della Repubblica recante "Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione ai sensi dell'articolo 6, comma 5, della medesimo decreto.

Allo stato attuale i provvedimenti di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 6 del D.L. 80/2021, convertito con modificazione dalla Legge n. 113/2021, non sono stati formalmente adottati, pur rimanendo fermo il termine di adozione del PIAO entro la data del 30 giugno 2022.

### **FASE TRANSITORIA**

La Asl di Teramo, nelle more della compiuta definizione delle modalità di esecuzione della citata normativa, è tenuta comunque a dotarsi del PIAO, predisposto in applicazione delle disposizioni attualmente vigenti, in quanto documento strategico fondamentale per la gestione delle attività dell'Azienda, indispensabile per l'organizzazione e la realizzazione in tempi congrui delle attività previste per l'anno 2022.

Questa Azienda provvederà ad integrare e/o modificare il presente documento a seguito delle future ulteriori disposizioni normative e direttive nazionali e regionali che interverranno in materia e, inoltre, l'Azienda procederà ad integrare e/o modificare, con specifico separato provvedimento, il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale contenuto nella Sezione 4.3 del PIAO, in quanto soggetto all'approvazione della Regione, all'esito della quale, in sede di monitoraggio, avrà cura di introdurre nella medesima Sezione le eventuali modifiche ed integrazioni necessarie.



## SEZIONE 2: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

### 2.1 CHI SIAMO

L'Azienda Sanitaria Locale di Teramo è una azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale che disciplina il proprio funzionamento attraverso Atto Aziendale, adottato con deliberazione n. 553 del 19/04/2018, così come modificato e integrato con deliberazione n. 1318 del 27.08.2018 e deliberazione n. 1336 del 31.08.2018.

L'Azienda è dotata di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica; è Ente Strumentale della Regione Abruzzo; ha il compito di garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza.

In particolare è dotata di autonomia nell'organizzazione dei servizi e nella gestione di tutti i fattori della produzione, nel rispetto dei principi stabiliti dalla Regione Abruzzo; agisce secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità ed è tenuta al rispetto dei vincoli di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, in funzione del pubblico interesse costituito dalla garanzia della tutela della salute della popolazione nell'ambito dei livelli di assistenza. L'Azienda adotta l'organizzazione delle attività in forma dipartimentale come fattore ordinario di organizzazione.

### SCHEDA ANAGRAFICA

**Denominazione Ente:** "Azienda USL Teramo 4 (AUSL\_TE 4)"

**Indirizzo/Sede legale:** Circonvallazione Ragusa n. 1 - Teramo

**P.I. e C.F.:** 00 11 5590671

**Codice Ufficio:** UFPL0H

**PEC:** [aslteramo@raccomandata.eu](mailto:aslteramo@raccomandata.eu)

**Sito web aziendale:** [www.aslteramo.it](http://www.aslteramo.it)

**Pagina Facebook:** help\_desk\_aslteramo

**Account Instagram:** help\_desk\_aslteramo





## 2.2 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO AZIENDALE

La Asl di Teramo agisce su un territorio di 1.949 Km<sup>2</sup> di superficie che coincide con l'area della Provincia di Teramo.

Dal punto di vista morfologico deve servire un territorio vasto e soprattutto vario che si estende dal litorale (tra l'altro ricco di afflusso turistico nella stagione estiva) alla montagna. L'Azienda è collocata in una zona di confine, aspetto questo che incide sui flussi di mobilità. La legge del bilancio 2021 prevede che la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale.

Questa disposizione dovrebbe aprire la strada ad un accordo che se ben gestito può meglio regolare i flussi di mobilità passiva e ridurre l'impatto economico.

Come era prevedibile, la pandemia di Covid-19 ha modificato profondamente le prospettive dell'economia per l'anno in corso e per gli anni a venire rispetto a quanto ci si poteva attendere sulla base degli andamenti del 2019.

La rapidità del recupero dell'economia dipenderà dai tempi dell'emergenza sanitaria e dalla continuità della risposta delle politiche economiche, che è stata finora in tutti i paesi di portata eccezionale. Tutti gli scenari indicano che le conseguenze della pandemia sull'economia mondiale saranno comunque rilevanti e si estenderanno oltre il breve periodo.

Va comunque sottolineato che nel corso del 2021 il quadro congiunturale in Abruzzo è nettamente migliorato, beneficiando dei progressi nella campagna di vaccinazione e dell'allentamento delle misure di contrasto alla pandemia.

Il sondaggio della Banca d'Italia condotto tra la fine di settembre e l'inizio di ottobre su un campione di imprese manifatturiere abruzzesi ha mostrato una diffusa ripresa delle vendite nel complesso dei primi nove mesi dell'anno, con aspettative di un ulteriore incremento nel semestre successivo. Nel corso dell'anno sono tuttavia emerse difficoltà di approvvigionamento di input produttivi. I programmi di investimento, che all'inizio del 2021 indicavano un recupero dell'accumulazione di capitale, sono stati confermati. Nell'industria in senso stretto, risultati lievemente migliori della media si sono registrati per le imprese esportatrici, che hanno beneficiato della robusta ripresa della domanda proveniente sia dai paesi dell'Unione europea sia dall'area extra UE. Le vendite all'estero, trainate dal comparto dei mezzi di trasporto, si sono collocate al di sopra dei livelli registrati prima della pandemia.

Nell'ambito del terziario si è registrato un significativo incremento delle presenze turistiche, trainato dal buon andamento della stagione estiva. La ripresa degli arrivi di visitatori dall'estero ha inoltre contribuito al parziale recupero dei transiti di passeggeri presso lo scalo aeroportuale di Pescara. Con il graduale allentamento delle restrizioni alla mobilità, i consumi di carburanti sono tornati a

collocarsi sui livelli pre-pandemia. Il commercio ha beneficiato dei progressi registrati nel turismo, sebbene il comparto risenta del recupero ancora incompleto dei consumi delle famiglie residenti.

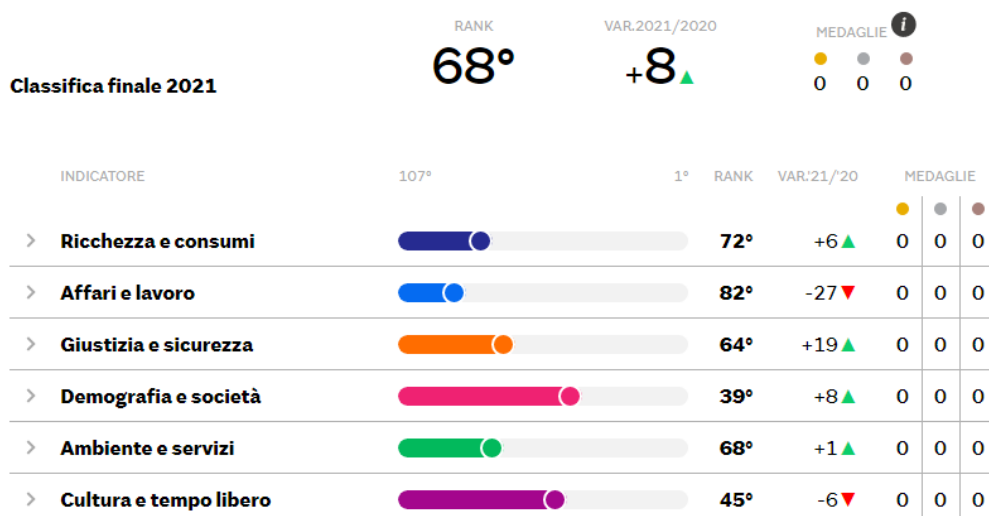
Nel mercato del lavoro il quadro occupazionale è migliorato, in particolare nel secondo trimestre, a seguito della ripresa dei livelli di attività; è rimasto tuttavia ampio il ricorso agli strumenti di integrazione salariale. Nei primi otto mesi dell'anno le posizioni lavorative nel settore privato non agricolo sono aumentate, soprattutto nel comparto dei servizi e nelle modalità contrattuali a tempo determinato. Il progressivo allentamento delle misure restrittive introdotte per il contenimento dei contagi ha sostenuto il recupero della partecipazione al mercato del lavoro. Il clima di fiducia dei consumatori è migliorato, favorendo una parziale ripresa della spesa delle famiglie. Ha continuato a essere ampio l'accesso alle misure di sostegno del reddito.

Una indagine curata dal quotidiano 'Il sole 24 ore' misura annualmente la Qualità della vita nelle Regioni e nelle Province italiane su diverse aree tematiche di analisi con 90 indicatori raggruppati nelle seguenti aree: Ricchezza e consumi, Demografia e salute, Affari e lavoro, Ambiente e servizi, Giustizia e sicurezza, Cultura e tempo libero.

In particolare per l'anno 2021 per misurare l'emergenza sanitaria in corso è stato inserito tra i parametri l'indice dei casi Covid rilevati ogni mille abitanti, per testimoniare come la diffusione dei contagi ha esercitato una pressione differente sui sistemi sanitari, sulle vite e sulla quotidianità delle persone.

Tale indagine posiziona a differenza dell'anno precedente Teramo ultima tra le quattro province abruzzesi con un miglioramento di 8 posizioni rispetto all'anno precedente nella classifica nazionale raggiungendo il 68 esimo posto.

Di interesse nel dettaglio degli indicatori riportati di seguito si segnala l'indice di criminalità anno 2021 che colloca la provincia di Teramo al 5° posto su 107 province analizzate.



## Demografia e società

### Tasso di natalità

Ogni mille abitanti  
(Istat)

VARIAZIONE 2021/2020

+4,7%▲

### Indice di vecchiaia

Numero di anziani ogni 100  
giovani  
(Istat)

VARIAZIONE 2021/2020

-2,5%▼

### Spazio abitativo

Superficie media abitazioni (mq)  
per componenti medi per  
famiglia  
(Scenari Immobiliari su dati Istat e agenzia  
delle Entrate)

VARIAZIONE 2021/2020

-86,6%▼

## Giustizia e sicurezza

Posizione  
classifica generale  
indice della  
criminalità 2021

5°  
SU 107 PROVINCE

L'indice peggiore

6° in classifica

Usura

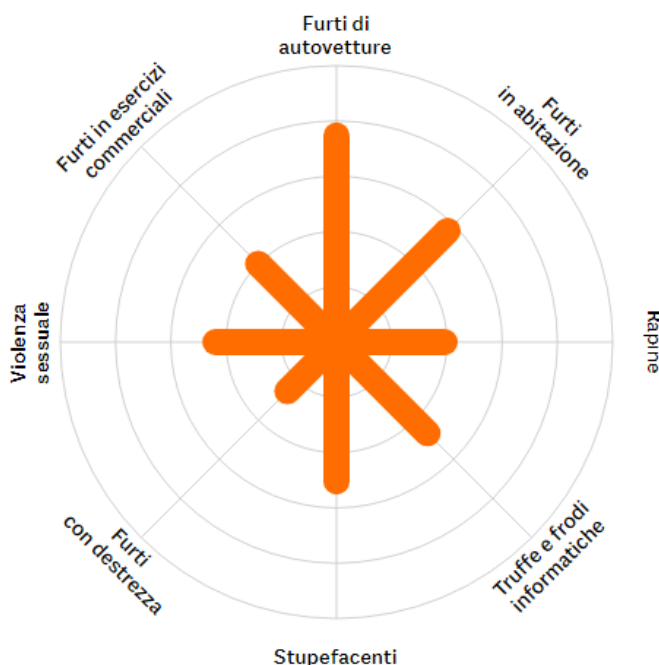
1,6

Denunce ogni 100mila  
abitanti



- Media 0,4

• Gorizia 2,9



Inoltre l'attuale situazione geopolitica con l'invasione dell'Ucraina da parte della Russia sta comportando ulteriori contrazioni economiche con aumenti dei prezzi, scarsità di materie prime e aumento dell'inflazione con potenziale aumento del rischio di corruzione.

Per quanto riguarda l'ambiente tecnologico, per trasformare la sanità in un sistema più efficiente, capace di erogare servizi migliori e centrato sul paziente, partecipe e consapevole nelle scelte riguardanti la sua salute, l'obiettivo è la sanità digitale; questo, ovviamente, senza perdere di vista l'insostituibile rapporto tra medico e paziente. In questo contesto sono evidenti le possibilità di sviluppo in termini di telemedicina, digitalizzazione, nuove tecnologie e intelligenza artificiale che darebbero sicuramente effetti positivi nel medio-lungo termine, tuttavia la limitazione delle risorse disponibili e la mancanza di un approccio sistemico rendono necessario, nell'immediato, ponderare opportunamente le possibilità di investimento.



Con Deliberazione Aziendale n. 1396 del 24 settembre 2020 la ASL di Teramo ha acquistato una Risonanza Magnetica 3,0 Tesla, che rappresenta un importante investimento che contribuirà da un lato a migliorare notevolmente la qualità della diagnostica per immagini e dall'altro a ridurre le liste di attesa nonché, seppur in parte residuale, alla riduzione della mobilità sanitaria passiva. Nello specifico, l'utilizzo dell'apparecchiatura RM a 3 Tesla risponde alle esigenze di varie specialità quali neurochirurgia, neurologia, neuroradiologia, otorinolaringoiatria, cardiologia, chirurgia, oltre a garantire un buon campo d'azione nell'ambito della prevenzione. Inoltre la Azienda ha acquistato una PET, una RM a 1,5 tesla e una TAC 312 strati.

Considerando come componente ambientale anche il livello istituzionale, si segnala che con Deliberazione n.1318 del 27/08/2018 è stato approvato l'Atto Aziendale sul quale la GRA con deliberazione n. 722 del 28/09/2018 ha espresso il parere di conformità. Inoltre con Deliberazione n. 2086 del 28/12/2018 si è dato esecuzione dell'atto aziendale sopra citato. Il nuovo assetto consentirà di perseguire con maggiore efficacia le prospettive di miglioramento dei servizi offerti all'utenza e della gestione complessiva.

L'ASL di Teramo persegue una politica di valorizzazione dei portatori di interessi (stakeholder), a prescindere dalla capacità di influenzare o meno le scelte aziendali, gestendo in modo chiaro la comunicazione e i rapporti con il pubblico, aprendo con essi tavoli di confronto, puntando soprattutto su trasparenza e accessibilità globale e migliorando la comunicazione delle strategie aziendali per rendere evidente e comprensibile la finalità di soddisfare i bisogni dell'utenza. A tal riguardo, con Deliberazione aziendale n.1100 del 16/06/2021, successivamente integrata con Deliberazione n. 1219 del 08/07/2021, la Direzione strategica della ASL di Teramo ha istituito il c.d. Tavolo di partecipazione civica, al fine di attivare forme di consultazione e partecipazione di tutela e rappresentanza dei diritti dei cittadini/utenti, di associazioni di pazienti e familiari in un'ottica comune di miglioramento dei servizi sanitari.

Per l'anno 2022 questa politica sarà portata avanti attraverso l'attivazione di specifici tavoli di confronto con gli stakeholder esterni sui temi del presente Piano.

Gli stakeholders di riferimento della ASL Teramo sono:

- I cittadini/utenti e le loro associazioni;
- Le università del territorio;
- I sindacati;
- Gli ordini professionali;
- I fornitori di beni, di servizi e di lavori dell'azienda per il tramite delle loro associazioni di categoria;
- I fornitori di tecnologia (beni durevoli) dell'azienda per il tramite delle loro associazioni di categoria;
- Le amministrazioni comunali.

## 2.3 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO AZIENDALE

La popolazione residente in provincia di Teramo a gennaio 2021 (tenendo ben presente che i dati ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2020 tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione e che pertanto, al momento, i dati non sono confrontabili con le serie storiche precedenti (2012-2018) ammonta a 301.104 unità, in diminuzione dello -0,92% rispetto all'anno precedente, a conferma di un trend negativo iniziato nel 2015.

### Popolazione Provincia di Teramo

DEMOGRAFIA - ANNI 2020 e 2021	1° gennaio 2020	1° gennaio 2021
N. residenti	303.900	301.104
Tasso di natalità per 1000 residenti	6,8	/
% cittadini stranieri residenti	7,5%	7,4%
Popolazione < 18 aa/popolazione residente	45.603	45.174
Popolazione 65+ aa/popolazione residente	71.352	75.836
Popolazione 70+ aa/popolazione residente	53.322	53.777
Indice di vecchiaia	191,17	195,2

I 47 comuni del territorio della ASL Teramo sono organizzati, per quanto riguarda l'assistenza territoriale, in 2 Aree Distrettuali:

**Area Distrettuale 1 Gran Sasso - Laga** con sede a Teramo (alla quale afferiscono gli ambiti territoriali del Distretto sanitario di Teramo: Basciano, Campi, Canzano, Castellalto, Cortina, Penna Sant'Andrea, Teramo, Rocca Santa Maria, Torricella Sicura, Valle Castellana e del Distretto sanitario di Montorio al Vomano: Castel Castagna, Castelli, Colledara, Crognaleto, Fano Adriano, Isola del Gran Sasso, Montorio al Vomano, Pietracamela e Tossicia);

**Area Distrettuale 2 Adriatico** con sede a Roseto degli Abruzzi (al quale afferiscono gli ambiti territoriali del Distretto sanitario di Roseto: Bellante, Giulianova, Morro d'oro, Mosciano S. Angelo, Notaresco, Roseto degli Abruzzi; del Distretto sanitario di Atri: Atri, Arsita, Bisenti, Castiglione Messer Raimondo, Castilenti, Cellino Attanasio, Cermignano, Montefino, Pineto, Silvi e del Distretto sanitario Val Vibrata: Alba Adriatica, Ancarano, Civitella del Tronto, Colonnella, Controguerra, Corropoli, Martinsicuro, Nereto, S. Egidio alla Vibrata, S. Omero, Torano Nuovo e Tortoreto).

L'Area Distrettuale Gran Sasso Laga interessa le zone interne il cui territorio è prevalentemente a carattere collinare o montano e comprende quindi il Distretto di Teramo e il Distretto di Montorio, mentre la restante area interessa tutti i Comuni che si affacciano sulla costa adriatica.

Nell'area territoriale, caratterizzata da un'organizzazione a matrice, con collegamenti funzionali alla rete assistenziale ospedaliera ed ai Dipartimenti Territoriali, oltre ai distretti sanitari, sono presenti:

- n. 4 UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) collocate a Martinsicuro, Montorio al V., Sant'Egidio alla V. e Teramo;
- la Centrale Operativa Emergenza 118;
- RSA anziani/disabili psichici presso Castilenti e Contrada Casalena a Teramo;
- Centri Residenziali e semiresidenziali per malati di mente variamente distribuiti sul territorio;
- Il Dipartimento di Prevenzione.

L'ASL di Teramo è una realtà di confine, i residenti in alcuni comuni, per ragioni culturali, storiche e di viabilità, gravitano sulla vicina Regione Marche, contribuendo in parte a generare un flusso di mobilità passiva di prestazioni sanitarie che risulta di difficile governo.

La popolazione nei distretti è così distribuita:

#### ASL Teramo \_ popolazione per distretto al 1° gennaio 2021

Distretto	Maschi	Femmine	Totale
ATRI	24.985	25.760	50.745
MONTORIO	9.283	9.285	18.568
ROSETO-GIULIANOVA	36.342	38.520	74.862
TERAMO	37.580	39.271	76.851
VAL VIBRATA	39.158	40.920	80.078
<b>Totale</b>	<b>147.348</b>	<b>153.756</b>	<b>301.104</b>

L'andamento demografico<sup>1</sup> negli ultimi dieci anni è caratterizzato soprattutto dall'aumento della popolazione ultrasettantacinquenne, mentre si assiste ad una progressiva riduzione del numero dei giovani. Lo stato di salute della popolazione è in linea con il trend nazionale che vede, a fronte dell'aumento medio dell'aspettativa di vita, un incremento delle patologie croniche correlate.

#### ASL Teramo - Distribuzione della popolazione per fasce d'età al 1° gennaio 2020/2021

Popolazione per fasce di età	2020	2021
0-14	12,3%	12,2%
15-24	9,5%	9,5%
25-39	17,3%	16,8%
40-64	37,5%	37,6%
over 65	23,5%	23,9%
<b>totale popolazione</b>	<b>303.900</b>	<b>301.104</b>

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, la ASL di Teramo organizza le attività in forma dipartimentale. Per la macro articolazione il modello ordinario di organizzazione prevede la strutturazione in hub & spoke. Il Presidio Ospedaliero HUB è quello di Teramo, presidio principale

<sup>1</sup> Fonte: dati Istat

ad alto tasso di specializzazione, il quale dispone di un maggior numero di posti letto. I Presidi Ospedalieri “spoke” sono tre: Atri, Giulianova e Sant’Omero.

I PP.OO. sono caratterizzati da diversa tipologia di intensità di cure: acuzie, riabilitazione, cronicizzazione. La distanza massima tra un presidio e l’altro è di Km 47, che si percorrono in 50 minuti circa.

Collocazione geografica dei Presidi Ospedalieri nella ASL Teramo



Con riferimento alla dotazione complessiva di Posti Letto medi mensili nella ASL Teramo la situazione ante Covid da modello ministeriale HSP 22-bis a febbraio 2020 risulta essere la seguente:

- 430 nel Presidio Ospedaliero di Teramo
- 126 nel Presidio Ospedaliero di Atri
- 130 nel Presidio Ospedaliero di Giulianova
- 134 Presidio Ospedaliero di Sant’Omero.

Anche nell'anno 2021 la ASL di Teramo ha rimodulato le proprie strutture ospedaliere in funzione delle curve dei contagi da Covid tramite appositi reparti Covid con Posti letto dedicati già creati nell'anno precedente ovvero accorpando o chiudendo o rimodulando l'attività di alcuni reparti ospedalieri (a seconda del volume di attività erogabile e dell'interruzione delle attività ordinarie/ambulatoriali) ovvero tramite appositi percorsi per pazienti Covid ai fini del ricovero.

Di seguito è rappresentata la situazione dei PL medi mensili della ASL di Teramo dell'anno 2021 a seguito di una rilevazione interna condotta dal Controllo di gestione allineata al modello ministeriale Hsp-22bis.

Si precisa che i totali di colonna potrebbero essere difformi dalla somma dei singoli addendi in quanto sono presenti numeri con decimali i quali, trattandosi di posti letto, sono stati opportunamente arrotondati.

	PL COVID	PL NON COVID	TOTALE
Atri	21	96	117
Giulianova	19	90	109
S. Omero	0	128	128
Teramo	52	360	412
<b>Totale complessivo</b>	<b>92</b>	<b>675</b>	<b>767</b>

L'attività prodotta dai quattro Presidi, per l'anno 2021 in termini di ricoveri risulta complessivamente pari a 32.891 e quasi la metà dell'attività totale viene prodotta dal presidio di Teramo, come riportato nella tabella seguente.

#### Attività ospedaliera 2021

Regime	ATRI	GIULIANOVA	S. OMERO	TERAMO	Totale
Ordinario	3.429	2.877	5.291	12.198	<b>23.795</b>
Diurno	1.500	409	1.047	2.176	<b>5.132</b>
SDAC	1.642	214	108	2.000	<b>3.964</b>
<b>Totale</b>	<b>6.571</b>	<b>3.500</b>	<b>6.446</b>	<b>16.374</b>	<b>32.891</b>

Si registra nell'anno 2021 una generale ripresa dell'attività dei ricoveri (SDO e SDAC) di oltre 2.700 unità rispetto all'anno precedente, largamente imputabile sia alla minore incidenza dell'emergenza Covid beneficiaria dei progressi nella campagna di vaccinazione, sia alla migliore capacità di gestione dell'emergenza stessa.

Anche in relazione alla gestione delle risorse umane si è proceduto ad alla revisione e alla razionalizzazione dell'utilizzo del personale a disposizione. A partire da fine 2020 e nel corso del 2021 sono state effettuate ingenti manovre di reclutamento, in particolare per co.co.co e tempi determinati per le figure di infermieri, OSS, medici, psicologi, biologi e farmacisti (oltre a tecnici di





laboratorio, tecnici di radiologia e ostetriche in minor parte) per una spesa annua complessiva 2021 di circa 18 mln di euro.

Al 31 dicembre 2021, il personale in servizio presso la ASL di Teramo risulta complessivamente pari a 3.542 dipendenti.

#### ASL Teramo, personale in servizio al 31.12.2021

<b>Personale</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Sanitario	2.536	2.554
Non sanitario	967	988
<b>Totale complessivo</b>	<b>3.503</b>	<b>3.542</b>

Rispetto al 2020 si evidenzia un incremento in termini di unità di personale, in parte imputabile all'emergenza Covid.

Altro dato significativo (fig. 09) è quello relativo all'età media del personale: risulta evidente la necessità di impostare le basi per un ricambio generazionale senza il quale, tra qualche anno, l'azienda potrebbe trovarsi in grande difficoltà.

#### ASL Teramo, età media personale

<b>Indicatore</b>	<b>Valore</b>
Età media del personale (anni)	47,49
Età media dei dirigenti medici	50,81
Età media dei dirigenti non medici (sanitari e non) *	53,98

*\*il dato è riferito al dirigente amministrativo, analista, fisico, ingegnere, sociologo, statistico e dirigente delle professioni sanitarie, etc...*

Le assunzioni di personale a tempo indeterminato avvenute nel corso del 2021 hanno determinato un abbassamento dell'età media del personale sia sanitario che tecnico amministrativo che ha contribuito a rafforzare tutte le Unità Operative con positive ricadute sulle Aree ad alto rischio di corruzione.

Nel corso del 2021 sono state portate a termine 345 assunzioni.

Un'altra importante criticità della ASL di Teramo è rappresentata dalla mobilità passiva extra-regionale.

#### ASL Teramo, mobilità passiva ospedaliera extrareg. - Anni 2019-2020

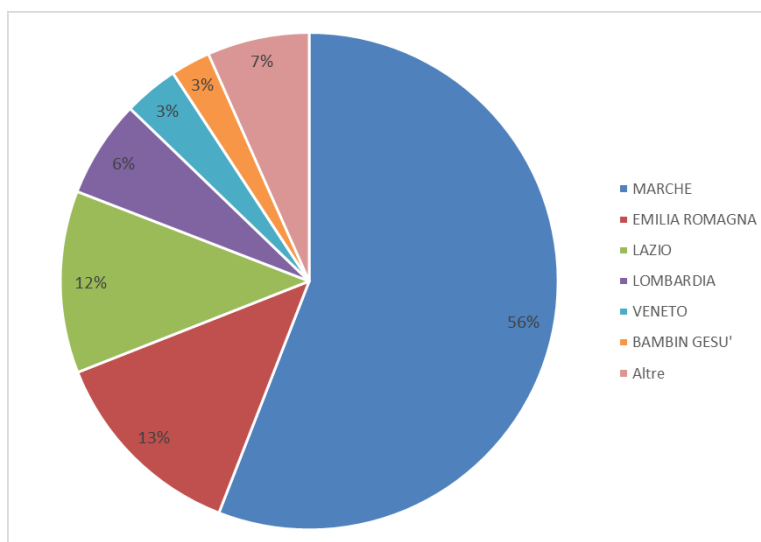
<b>tipo DRG</b>	<b>2019</b>		<b>2020</b>	
	importo (€/000)	n. episodi	importo (€/000)	n. episodi
Chirurgico	29.374	6.673	23.716.053	4.981
Medico	11.956	4.460	8.584.074	3.112
<b>Totale complessivo</b>	<b>41.330</b>	<b>11.133</b>	<b>32.300.127</b>	<b>8.093</b>

Nell'anno 2020 la mobilità passiva extra-regionale per ricoveri (escluso SDAC) ha fatto registrare un importo di oltre 32 milioni di euro in netta diminuzione rispetto all'anno precedente. Tale contrazione è imputabile prevalentemente all'incidenza della pandemia Covid e delle conseguenti restrizioni negli spostamenti.

Per motivi di vicinanza geografica e di capacità produttiva insufficiente, oltre a ragioni culturali, storiche e di viabilità, i residenti di alcuni comuni gravitano in particolare sulla vicina Regione Marche, contribuendo in parte a generare un flusso di mobilità passiva di prestazioni sanitarie che risulta di difficile governabilità.

La chiave di volta su questo punto è rappresentata proprio dalla possibilità di arrivare ad un accordo di confine con la Regione Marche. Il disegno di legge del bilancio 2021 prevede che la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale.

Questa disposizione dovrebbe aprire la strada ad un accordo che se ben gestito può meglio regolare i flussi di mobilità passiva e ridurre l'impatto economico.



#### ASL Teramo, mobilità passiva ospedaliera extra-reg. per regione-anno 2020

In una prospettiva più generale è opportuno segnalare come, l'attuale configurazione dei finanziamenti regionali non renda possibile il raggiungimento di un equilibrio per la ASL Teramo, per questo è stato chiesto ai competenti organi regionali il ritorno al finanziamento per quota capitaria pesata, l'assegnazione di specifici finanziamenti per investimenti e la copertura de costi Covid con fondi dedicati.

Il punto di partenza per l'elaborazione del Bilancio Economico Preventivo dell'anno 2022 è stato il CE III° trimestre 2021. Si è ipotizzato che gli effetti della pandemia cessassero a partire da aprile 2022.



Sono state previste una serie di manovre al fine di rispettare i vincoli economici posti dalla Regione, che fin da subito sono risultati essere troppo stringenti rispetto alla dinamica reale dei costi.

Ad ogni modo l'azienda sta lavorando per implementare nuovi servizi all'utenza e migliorare l'assistenza su settori critici: nella prima metà del 2020 è stata attivata l'RSA di Giulianova per l'assistenza ai pazienti Covid. Solo a partire da luglio 2022, sempre ipotizzando la fine della pandemia, verrà ripristinata alle sue funzioni originarie per consentire una migliore presa in carico dei pazienti anziani e cronici. Sono stati previsti importanti investimenti nell'area radiologica, con l'installazione di nuove attrezzature. Anche queste iniziative consentiranno un recupero della mobilità passiva.

Le strutture ospedaliere necessitano di ingenti investimenti per l'adeguamento alla normativa antisismica e antincendio; inoltre, bisogna considerare l'eventuale costo degli adeguamenti, di qualsiasi struttura sanitaria, ai criteri di cui alla legge regionale 32/2007, che assumerebbe livelli iperbolici assolutamente insostenibili per il fondo sanitario regionale.

In tal senso, l'azienda punta decisamente alla realizzazione di un nuovo Ospedale utilizzando anche i fondi messi a disposizione con Decreto del Ministro della Salute del 7 agosto 2019.

Questo consentirebbe di ridurre i costi di gestione e manutenzione delle strutture, con particolare riferimento agli adeguamenti sismici e antincendio, di razionalizzare la logistica, soprattutto, di riorganizzare l'attività sanitaria in modo da renderla più efficiente, efficace e attrattiva per l'utenza, con il fine ultimo di ridurre la mobilità extraregionale.

A tal fine risultano attualmente in fase di implementazione diverse soluzioni, anche innovative, per rendere possibile la realizzazione di questo ambizioso progetto; in particolare, l'adozione di forme di *project financing*.

La Asl ha infine implementato nuovi software di gestione contabile incidendo in settori a rischio critico come quello dei consumi dispositivi medici.

## SEZIONE 3: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 3.1 VALORE PUBBLICO

Il “Valore Pubblico” può essere definito come la capacità di gestire in maniera ottimizzata le risorse a disposizione, economiche e umane, al fine di soddisfare le esigenze sociali dei cittadini.

La prospettiva di azione è duplice: devono essere perseguite di pari passo sia l’efficacia, relativa agli impatti esterni prodotti dalle Pubbliche Amministrazioni, sia l’efficienza dell’allocazione delle risorse.

Creare Valore Pubblico significa quindi riuscire ad utilizzare le risorse a disposizione con efficienza, economicità ed efficacia, valorizzando il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale e del contesto aziendale. La fase di programmazione di ciascuna amministrazione, come confermato dal Dipartimento della Funzione Pubblica nelle Linee Guida 2/2017, *“serve ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest’ultima in funzione della creazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi”*.

Il Valore Pubblico, per essere tale, deve essere:

- ✓ **equo**, ovvero rivolto alla generalità dei cittadini e degli stakeholder e non solo agli utenti diretti;
- ✓ **sostenibile**, ovvero finalizzato a creare le condizioni per generare valore duraturo anche per il futuro. Per poter creare Valore, la Pubblica Amministrazione deve avere cura sia degli impatti interni (salute dell’ente) sia degli impatti esterni (benessere economico/sociale/ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi), conseguendo in tal modo un miglioramento coordinato ed equilibrato delle sue performance, che risultino superiori rispetto alle condizioni di partenza delle strategie politiche pubbliche e dei progetti di ottimizzazione e di evoluzione amministrativa (Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2017).

La creazione di Valore Pubblico è strettamente connessa alla mission dell’ASL di Teramo che si esplica nel soddisfacimento dei bisogni e delle aspettative di salute dei cittadini, assicurando livelli essenziali di assistenza, nel rispetto dei seguenti principi:

- ✓ dignità della persona-cittadino;
- ✓ tempestività e integrazione nella risposta ai bisogni della persona-cittadino;
- ✓ equità e libertà di scelta nell’accesso ai servizi;
- ✓ appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura;
- ✓ economicità ed efficienza nella gestione delle risorse;
- ✓ trasparenza e semplificazione dell’azione amministrativa;
- ✓ formazione continua del personale;



al fine di:

- ✓ indirizzare i programmi e le attività dell'Azienda a rispondere alla domanda di salute e a orientarla, garantendo prestazioni efficaci accessibili a tutti coloro che ne hanno bisogno nel momento in cui si rendono necessarie;
- ✓ porre il cittadino utente al centro dell'attività aziendale, orientando i Servizi e gli operatori al servizio all'utente a cui deve essere garantita continuità dei percorsi diagnostico assistenziali;
- ✓ raccordare le iniziative e le attività socio-sanitarie con le indicazioni regionali, in sintonia con gli Enti Locali e i loro organismi di rappresentanza.

In questa sezione la Asl di Teramo intende definire:

- ❖ i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati dall'amministrazione;
- ❖ le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale.
- ❖ l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare.

L'amministrazione, inoltre, esplicita come una selezione delle politiche dell'ente si traduca in termini di obiettivi di valore pubblico (outcome/impatti), anche con riferimento alle misure di benessere equo sostenibile.

Di seguito si riportano in formato tabellare le misure previste dall'Azienda.

### 3.1.1 L'accessibilità digitale

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	STAKEHOLDERS	INDICATORI	TEMPISTICA
Facilitare l'accesso alle informazioni ed ai servizi da parte dei cittadini/utenti	Revisione ed aggiornamento costante delle news e delle informazioni sul sito web aziendale	Utenti/Dipendenti	Verifica da parte dell'URP dell'effettivo aggiornamento dei banner (settimanale/bi-settimanale)	<b>Settimanale/bi-settimanale</b>
	Revisione ed aggiornamento dei contenuti inerenti all'accessibilità ai servizi aziendali. Migliorare la chiarezza delle informazioni. Rivisitazione dei contenuti con aggiornamento costante delle notizie e attendibilità delle stesse anche con link in siti istituzionali validati. Pubblicizzazione del Servizio online si scelta e revoca mmg e pls	Utenti/Dipendenti	Revisione ed aggiornamento del sito web aziendale con particolare riferimento alla sezione "come fare per..."	<b>30/06/2023</b>
Consentire l'accesso alle informazioni sanitarie personali, quali referti, certificati e prescrizioni diagnostiche o specialistiche e farmaceutiche, immagini diagnostiche in maniera rapida e immediata	Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) in modo da rendere le informazioni più complete anche attraverso la consultabilità di fascicoli sanitari extraregionali	Utenti/Dipendenti	Effettiva alimentazione del FSE con lettere di dimissioni, prestazioni di pronto soccorso e referti delle prestazioni ambulatoriali ed inserimento di un link diretto sul sito web aziendale alla Piattaforma FSE nazionale. Effettiva disponibilità di download di tutte le immagini radiografiche prodotte nei reparti di Radiologia e Medicina Nucleare durante le prestazioni diagnostiche	<b>31/12/2023</b> <b>31/12/2022</b>
Implementazione buoni spesa elettronici per gli utenti celiaci aventi diritto, attraverso un'APP dedicata	Attivazione della APP on line per la generazione e l'utilizzo di buoni per acquisto di prodotti celiaci	Utenti	Effettiva attivazione APP	<b>31/12/2022</b>
Favorire l'accesso alla consultazione dell'esito dei tamponi COVID effettuati presso le strutture regionali	Facilitazione e velocizzazione dell'accesso alle informazioni personali	Utenti/Dipendenti	Inserimento link diretto sul sito web aziendale alla Piattaforma regionale MIA	<b>31/12/2022</b>



OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	STAKEHOLDERS	INDICATORI	TEMPISTICA
Accessibilità ai pagamenti on line tramite il sistema Pago PA	Garantire il pieno utilizzo a tutti gli utenti del sistema Pago PA al fine di poter effettuare pagamenti on line	Utenti/Dipendenti	Completamento dell'attivazione di tutti gli sportelli e di tutte le tipologie di pagamenti accettate dalla ASL di Teramo, attraverso il sistema Pago PA	<b>31/12/2023</b>
Estensione della Ricetta dematerializzata, anche per Efficientamento verifica appropriatezza prescrittiva	Sviluppare e consolidare l'utilizzo diffuso della ricetta dematerializzata	Utenti	Numero prescrittori che usano la ricetta dematerializzata sul totale dei prescrittori, per anno	<b>Dicembre 2023/2024</b>
Sviluppo di servizi on line rivolti al personale sanitario	Implementazione software da parte della società informatica, per la Digitalizzazione compensi medici specialisti ambulatoriali convenzionati continuità assistenziale	Utenti	Implementazione e utilizzo software a regime	<b>Entro dicembre 2024</b>
Svolgimento audizioni sanzioni amministrative da remoto	inserimento dell'opzione di richiesta di audizione in videocollegamento nel verbale di accertamento	utenza	Redazione modello di verbale di accertamento delle UU.OO.CC Dip. Prevenzione	<b>31 dicembre 2022</b>



### 3.1.2 L'accessibilità fisica

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	STAKEHOLDERS	INDICATORI	TEMPISTICA
Garantire e agevolare l'accessibilità fisica degli spazi e dei servizi aziendali	Verificare annualmente il permanere delle condizioni di adeguata fruibilità dei servizi e degli spazi aziendali	Utenti/Dipendenti	Almeno 2 sopralluoghi annuali presso le strutture aziendali	<b>31/12/2022</b>
	Studio di fattibilità per rendere i percorsi sempre più chiari e intuitivi anche attraverso la revisione della cartellonistica	Utenti/Dipendenti	Studio di fattibilità	<b>31/12/2023</b>
Migliorare la comunicazione con persone disabili non udenti	Formazione a personale di front office	Disabili non udenti	Miglioramento accessibilità nella informazione anche ai non udenti	<b>Entro 31 dicembre 2022</b>





### 3.1.3 Le procedure da reingegnerizzare e semplificare

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	STAKEHOLDERS	INDICATORI	TEMPISTICA
Informatizzazione delle richieste dei Beni sanitari e non, da parte dei reparti dei Presidi Ospedalieri	Generazione esclusiva tramite sistema AREAS@AMC di tutte le richieste di Beni sanitari e non (da sempre gestite a mezzo carta e/o email)	Dipendenti	Estensione a tutte le UO interessate	<b>31/12/2022</b>
Processo informatizzato di liquidazione dei documenti passivi	Informatizzazione del processo di liquidazione dei documenti contabili	Dipendenti	Attivazione Numero Uffici liquidatori autonomi (almeno 5)	<b>Triennio 2022-2024</b>
Informatizzazione dei processi legati alla gestione delle risorse umane e degli atti amministrativi	Informatizzazione della gestione delle assenze e permessi dei dipendenti e di altri istituti contrattuali (quali: pianificazione turnazioni mensili dei reparti, gestione telematica delle prescrizioni del medico competente e del collegio medico) Digitalizzazione degli atti amministrativi (Delibere-ordinanze)	Dipendenti	Utilizzo applicativo gestionale	<b>31/12/2022</b>  <b>30/06/2023</b>
Gestione informatizzata dei processi di pianificazione, coordinamento e controllo delle azioni e attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP)	installazione e primo affiancamento utilizzatori	UOC Attività Amministrative del Dipartimento di Prevenzione, i Key Users delle UU.OO. Aziendali coinvolte nel PRP	Formazione di almeno 2 utilizzatori per tutti i programmi PRP	<b>31 dicembre 2022</b>
Informatizzazione dei processi relativi alla gestione delle attività del personale del Comparto afferente al Dipartimento di Prevenzione	Mappatura dei processi afferenti il comparto	Direzione del Dipartimento di Prevenzione, funzioni di coordinamento, personale del Comparto	100% di migrazione e <i>porting</i> dati e documenti	<b>31 dicembre 2023</b>
Informatizzazione della gestione dei processi di "clinical risk management"	installazione e primo affiancamento utilizzatori	Referenti e facilitatori delle singole UU.OO.	Formazione di almeno il 50% degli utilizzatori	<b>31 dicembre 2022</b>



### 3.1.4 Obiettivi di benessere equo sostenibile

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	STAKEHOLDERS	INDICATORI	TEMPISTICA
Implementazione del servizio dialitico domiciliare	Verifica pazienti ammissibili a dialisi domiciliare Attivazione del servizio per il maggior numero di pazienti dializzati con requisiti idonei	Utenti	Incremento dei pazienti in trattamento dialitico domiciliare	<b>Triennio 2022-2024</b>
Monitoraggio da remoto e/o con visite periodiche a domicilio di pazienti cronici ed anziani	Attivazione di una piattaforma di Telemedicina	Utenti	Effettiva attivazione della piattaforma di Telemedicina	<b>31/12/2022</b>
Promuovere la partecipazione del personale al miglioramento dei processi di lavoro aziendali	Attivare modalità di confronto con il personale	Dipendenti	Attivazione strumenti di partecipazione	<b>Entro 31 dicembre 2023</b>



## 3.2 PERFORMANCE

### 3.2.1 Introduzione

La sottosezione “Performance” è predisposta, in base a quanto stabilito dal citato Decreto Legge n. 80 del 2021 (cosiddetto “Decreto Reclutamento”) convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, ai sensi del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150 “Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” e ss.mm.ii., e delle direttive emanate dall’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). Essa rappresenta la sezione strategico programmatica con il quale la ASL di Teramo da avvio al Ciclo di gestione della performance definendo, in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi, gli indicatori e i target sui quali si è basata la misurazione e la conseguente valutazione e rendicontazione delle attività svolte.

La redazione del documento in oggetto è frutto di una accurata analisi interna nella quale si è doverosamente dovuto tener conto anche quest’anno dell’impatto della pandemia da Covid-19.

Sulla stregua dell’anno precedente il nostro Sistema Sanitario Nazionale ha dovuto continuare a trasformare e riorganizzare rapidamente il proprio assetto in seno ai repentini cambiamenti derivanti dalla pandemia che ha messo a dura prova la tenuta del SSN stesso.

A fine 2020 si iniziava a guardare con preoccupazione alla variante inglese del coronavirus. Nel corso del 2021 questa mutazione ha ceduto il posto prima a Delta e poi a Omicron, certificando la capacità di Sars-CoV-2 di cambiare con grande rapidità.

Al fine dicembre 2021 i nuovi casi di coronavirus in Italia erano oltre 50.000, il numero più alto da inizio pandemia. Il record precedente era stato il 13 novembre 2020, con 40.902 positivi in un giorno. Si fa riferimento ovviamente ai positivi scoperti dai test; è molto probabile che durante la prima ondata, quella di marzo 2020, i positivi reali fossero di più di quanti rilevati.

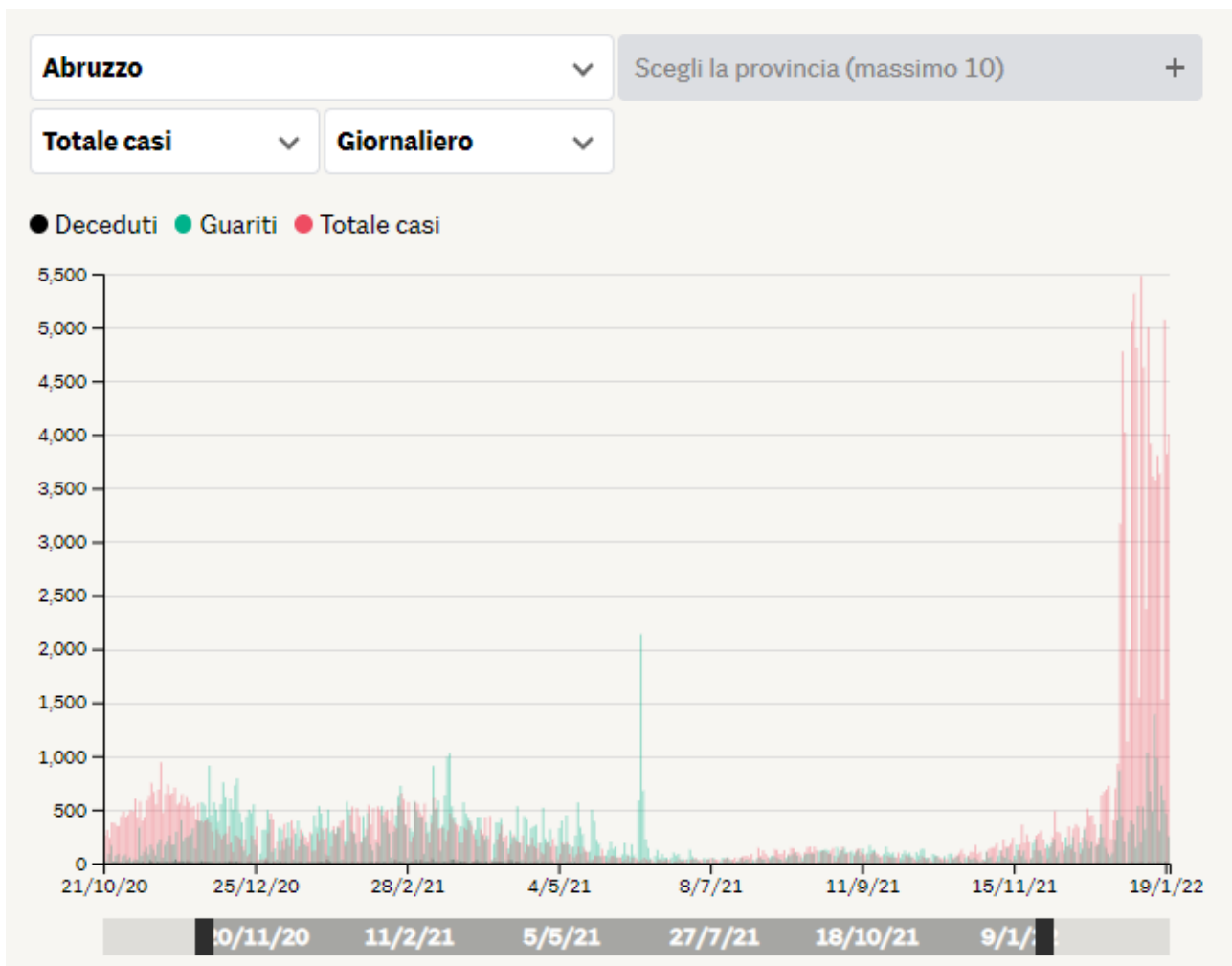
A ridimensionare il record interviene anche il tasso di positività ai tamponi. Nel 2021 ne sono stati fatti molti più che in passato, in larga parte antigenici rapidi.

La pandemia non sembra ancora vicina a una conclusione, ma i passi avanti compiuti sono stati numerosi. È evidente come l’effetto della vaccinazione di massa stia incidendo notevolmente nel ridurre la frequenza dell’evoluzione grave del virus. Oltre a prevenire lo sviluppo della malattia in forma severa, i vaccini hanno inciso significativamente anche sui ricoveri (a dicembre 2021 erano 8.381 quelli nei reparti ordinari e 1.012 nelle terapie intensive, mentre nel 2020 erano rispettivamente più alti di quasi tre volte e di oltre due volte e mezzo) e ancora di più sui decessi, come si evince dai dati riportati in tabella.

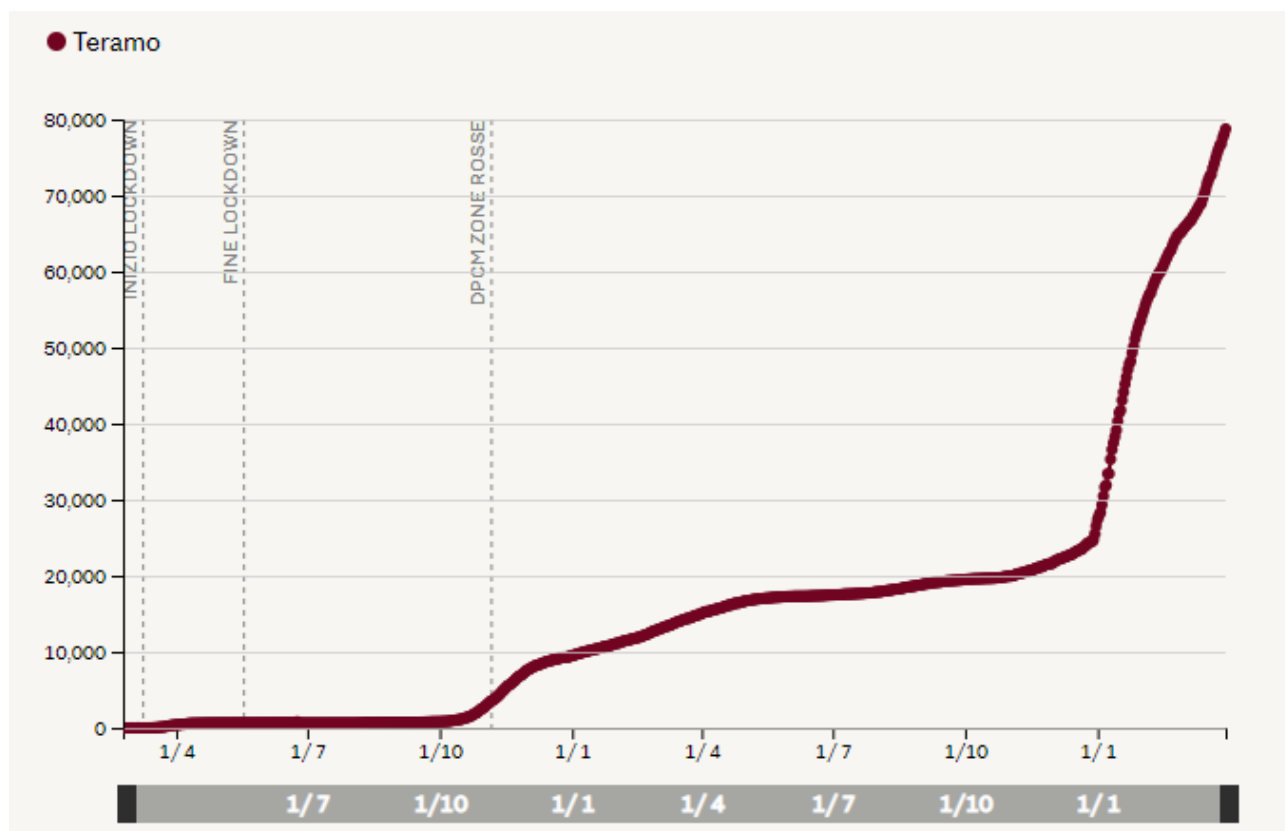
	21 DICEMBRE 2021	21 DICEMBRE 2020
NUOVI CASI	30.798	10.872
TAMPONI	851.865	87.889
MORTI	153	415
RICOVERI NEI REPARTI ORDINARI	8.381	25.145
TERAPIA INTENSIVA	1.012	2.731
ATTUALMENTE POSITIVI	384.144	613.582
TASSO POSITIVITA'	3,6%	12,3%

Fonte: Ministero della Salute

La Provincia di Teramo ha seguito un *trend* analogo a quello della Regione Abruzzo e a quello nazionale come si evince dai grafici sottostanti.



Fonte: lab24.ilsole24ore.com



Fonte: [lab24.ilsole24ore.com](http://lab24.ilsole24ore.com)

Anche nel 2021 gli effetti pandemici dovuti al Covid hanno provocato un'emergenza sanitaria a cui la ASL di Teramo ha dato risposta immediata con una serie di misure urgenti fin dalla dichiarazione dello stato di emergenza del 31 gennaio 2020.

Le decisioni circa l'assetto strutturale-organizzativo da adottare per fronteggiare l'emergenza Covid sia a livello ospedaliero che territoriale sono condivise e avallate - in ottemperanza all'Ordinanza n. 3 del 09/03/2020 del Presidente della Giunta Regionale d'Abruzzo - dalla c.d. Unità di crisi (istituita con Delibera Aziendale n. 401 dell'11 marzo 2020 e integrata con Delibera 575 del 10/04/2020).

Lo scenario pandemico 2021 è stato delineato con una maggiore consapevolezza delle strategie necessarie per preservare l'integrità dei reparti ospedalieri e attuare una migliore gestione derivante dall'esperienza dell'anno precedente.

La Rete ospedaliera che si è delineata ha previsto il ruolo centrale del PO di Teramo, diventato Ospedale Hub per il Covid III° lotto, sulla base di criteri tecnici e logistici condivisi in sede di riunione dell'Unità di Crisi, con posti letto di terapia sub intensiva.

Nello specifico sono stati approvati piani di razionalizzazione degli accessi, di rimodulazione degli spazi, dei percorsi, delle destinazioni d'uso e delle relative procedure finalizzate alla riorganizzazione del Presidio Ospedaliero anche al fine di riattivare in progress le attività routinarie "no Covid".



Anche in relazione alla gestione delle risorse umane si è proceduto alla revisione e alla razionalizzazione dell'utilizzo del personale a disposizione. Già a partire da fine 2020 e nel corso del 2021 sono stati effettuati enormi sforzi di reclutamento, in particolare per co.co.co e tempi determinati per le figure di infermieri, OSS, medici, psicologi, biologi e farmacisti (oltre a tecnici di laboratorio, tecnici di radiologia e ostetriche in minor parte) per una spesa annua complessiva 2021 di circa 18 mln di euro.

Sono stati adottati opportuni protocolli operativi per fronteggiare in maniera efficace ed appropriata l'emergenza al fine di fornire agli operatori le dovute indicazioni precauzionali uniformi, necessarie al contenimento ed alla prevenzione della trasmissione del virus.

Anche gli altri Ospedali hanno rivestito un ruolo cruciale nella Rete COVID ed in particolare:

- il PO di Atri ha avuto attivi i reparti Covid di medicina e di fisiopatologia della respirazione.
- nel PO di Giulianova per metà 2021 sono stati attivi i reparti di Medicina e Rianimazione Covid
- il Presidio di S. Omero è rimasto Covid-free.

Tutti i Presidi hanno avuto attivi il Pronto Soccorso Covid.

A livello territoriale le principali azioni intraprese hanno riguardato:

- ✓ attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) (Delibera Aziendale n. 566 del 08/04/2020), composte da team medici che si occupano di seguire i pazienti Covid nelle loro abitazioni, attraverso visite e consulti a distanza, evitando così il sovraffollamento nei reparti ospedalieri dedicati. Ne sono state attivate complessivamente 6 con sede a Teramo, Montorio, Bisenti, Silvi, Roseto e Tortoreto; è stata inoltre attivata 1 USCA dedicata a necessità di RSA e RA;
- ✓ adozione della Deliberazione Aziendale n 633 del 21/04/2020 con la quale è stata approvata la procedura con lo scopo di disciplinare le modalità operative del trattamento domiciliare dei pazienti affetti da SARS-COV-2, secondo un modello di integrazione assistenziale tra il livello territoriale e quello ospedaliero, cui sono seguiti diversi aggiornamenti;
- ✓ istituzione dell'Unità di Coordinamento dell'Assistenza Territoriale (UCAT) con Delibera Aziendale n. 696 del 06/05/2020;
- ✓ l'RSA Giulianova ha continuato ad avere anche nel 2021 la funzione di struttura territoriale Covid.
- ✓ Continuazione dell'attività dei punti drive-through che hanno provveduto all'effettuazione dei tamponi con riduzione dei tempi di attesa per l'esecuzione;

- ✓ Potenziamento delle visite domiciliari delle USCA attraverso il rafforzamento delle unità mediche;
- ✓ Attivazione di tre USPED (Unità Speciali di Pediatria Distrettuale);

Altro aspetto di fondamentale importanza riveste la massiva campagna vaccinale, già iniziata a dicembre 2020 con la vaccinazione di 120 sanitari provenienti da tutto Abruzzo.

Durante tutto il 2021 la rete vaccinale è stata costruita su un modello ramificato Hub e Spoke e nello specifico:

- i centri vaccinali Hub sono stati strutturati a Teramo, Tortoreto, Giulianova, Montefino ed Atri;
- i centri vaccinali Spoke fissi sono stati istituiti presso i Comuni con il coinvolgimento dei Sindaci;
- i centri vaccinali Spoke mobili hanno avuto il ruolo di vaccinare presso le abitazioni e in particolare sono stati rivolti a pazienti allettati.

Si riportano di seguito alcuni dati relativi alla campagna vaccinale 2021 distinti per totali di dosi somministrate e suddivise per fasce d'età e per categorie.

#### Dosi somministrate per fasi

FASE SOMMINISTRAZIONE	SOMMINISTRAZIONI
I somministrazione	246.437
Richiamo	229.869
Terza Dose	98.970
<b>TOTALE</b>	<b>575.276</b>

#### Dosi somministrate per categoria

CATEGORIA	I° somministrazione	Richiamo	Terza Dose
31 - Soggetto vulnerabile per patologia	43.409	43.518	30.386
04 - Operatore scolastico	9.120	8.776	4.279
02 - Operatore Sanitario	7.092	6.341	5.836
20 - Convivente di soggetto ad alto rischio	5.007	4.359	2.142
(06/a) Operatori non Sanitari	3.493	3.111	1.052
<i>Altre categorie</i>	178.316	163.764	55.275
<b>TOTALE</b>	<b>246.437</b>	<b>229.869</b>	<b>98.970</b>

## Dosi somministrate per fascia di età

FASCIA DI ETA'	I somministrazione	Richiamo	Terza Dose
0-15	9.571	6.908	32
16-19	10.154	9.302	1.305
20-29	27.426	25.282	5.977
30-39	30.225	27.737	7.503
40-49	37.627	34.715	13.022
50-59	44.098	40.871	18.953
60-69	36.005	34.696	19.120
70-79	28.609	28.005	17.106
80-89	18.467	18.140	13.260
90-99	4.170	4.129	2.642
100+	85	84	50
<b>TOTALE</b>	<b>246.437</b>	<b>229.869</b>	<b>98.970</b>

A partire da metà anno circa 2021 è stata internalizzata la diagnostica relativa ai tamponi Covid, non ricorrendo più ad istituti provati esterni, con notevole risparmio dei costi.

In base a quanto sopra premesso, la ASL di Teramo intende garantire una programmazione coerente e attuabile stante il mutevole scenario di contesto e nella speranza della più immediata fine della crisi pandemica.

I principali obiettivi del Piano sono:

- ✓ rendere partecipe l'intera collettività di riferimento (stakeholders) degli obiettivi che l'ASL di Teramo intende realizzare, dandone ampia diffusione e rendendo trasparenti i risultati raggiunti e le relative modalità di valutazione;
- ✓ garantire l'attuazione degli indirizzi della pianificazione strategica aziendale tenendo conto delle indicazioni regionali;
- ✓ sincronizzare i processi di Budgeting aziendale e quelli di valutazione ed incentivazione del personale in coerenza con il ciclo della programmazione di bilancio;
- ✓ Integrare il ciclo della performance con il Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, coordinandone gli obiettivi;
- ✓ individuare percorsi di miglioramento continuo della performance.

Il Piano della performance 2022-2024 trova le sue fondamenta nei contenuti e nelle direttive di programmazione regionale e nazionale tra le quali, in particolare:

- Disposizioni nazionali e regionali contenenti le direttive sulla gestione dell'emergenza COVID;
- Disposizioni nazionali e regionali contenenti le direttive sull'erogazione dei LEA;
- Disposizioni nazionali e regionali contenenti le direttive in materia di anticorruzione;



- DGR n. 660 del 22.10.2021 “Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Regionali per il triennio 2022-2024”;
- DGR n. 920 del 29 dicembre 2021 “Piano regionale della prevenzione 2021-2025”;
- DGR 525 del 26.11.2017 “Sistema di misurazione dell’assistenza ospedaliera – Intervento 6.2 DCA 55/2016 - Misurare per Migliorare (Mis.Mi)” in coerenza con il Programma Nazionale Esiti;
- DGR 124/2018 “Aggiornamento Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) – D.M. 01.03.2016. Rimodulazione del DCA 09/2015 del 11.02.2015;
- DM 70/2015 e recepito con DCA 79/2016, che impone la riorganizzazione della rete ospedaliera in base a standard qualitativi definiti coerentemente all’ uso appropriato delle risorse disponibili;
- DCA 60/2015 “Piano Operativo Regionale per il contenimento delle liste d’attesa” e successiva DGR 265 del 14.05.2019;
- DCA 114/2016 “Distribuzione di farmaci del PHT tramite le farmacie convenzionate con la modalità in nome e per conto (DPC) del SRR e attivazione del servizio Farmacup - Approvazione dell’Accordo Quadro Regionale con le associazioni delle farmacie pubbliche e private”;
- DCA 117/2016 “Riorganizzazione della rete territoriale - residenziale e semiresidenziale per la non autosufficienza, la disabilità, la riabilitazione e le dipendenze patologiche. Approvazione del documento tecnico "Piano del fabbisogno regionale - residenziale e semiresidenziale - Regione Abruzzo". Criteri metodologici e procedurali per la conclusione del processo di riorganizzazione”;

Sulla scorta di tali indirizzi regionali la ASL di Teramo il 30 novembre 2021 ha formalizzato gli Strumenti di Programmazione per il triennio 2022-2024 (Delibera aziendale n. 1986 del 30/11/2021 successivamente modificata con Delibera n. 2114 del 21/12/2021 ed integrata con Delibera n. 583 del 23.03.2022).

All’interno degli Strumenti di Programmazione, già a partire dal 2016 l’ASL di Teramo aveva sottolineato il venir meno dell’equilibrio economico strutturale, a condizioni organizzative invariate e senza risorse aggiuntive regionali. Gli Strumenti di Programmazione 2022 – 2024 segnalano l’esaurimento delle quote inutilizzate per contributi vincolati degli anni precedenti, ribadiscono la richiesta di ritornare al finanziamento a quota capitaria pesata in luogo del finanziamento sulla spesa storica e la copertura di investimenti in beni immobili e mobili durevoli con fondi finalizzati. Negli Strumenti di Programmazione si ipotizza la fine della pandemia Covid a partire da aprile con conseguente riduzione dei costi (ipotesi questa tra l’altro non realizzata) e si chiede in ogni caso la copertura dei costi Covid con fondi aggiuntivi.

In mancanza di tale modifica dei criteri di finanziamento l’ASL di Teramo è esposta a perdite.



Il più importante progetto proposto negli Strumenti di Programmazione 2022 – 2024 è la costruzione di un nuovo ospedale che darà l'opportunità di ammodernare sia le strutture che le tecnologie.

Ovviamente la gestione Covid ha inciso negativamente anche nell'anno 2021, sia a livello sociale, organizzativo e gestionale che a livello economico, portando la ASL a inevitabili maggiori costi.

Nella speranza della più prossima fine dell'emergenza sanitaria a cui si sta assistendo, la strategia aziendale che si intende comunque programmare è frutto di un'analisi attenta (come già declinato negli approvati strumenti di programmazione 2022-2024) delle caratteristiche interne e dell'ambiente circostante e si connota per una forte coerenza tra tutti gli elementi che la compongono volti a raggiungere pochi obiettivi ben chiari:

- 1) il potenziamento delle strutture al fine di evitare il ripetersi delle criticità vissute in conseguenza della pandemia Covid 19
- 2) la qualificazione delle cure territoriali
- 3) il recupero di mobilità passiva
- 4) lo sviluppo del settore della prevenzione
- 5) la riduzione delle liste d'attesa ambulatoriali
- 6) l'innovazione tecnologica

Il Piano Strategico rappresenta il riferimento principale nella definizione degli obiettivi del Piano della performance che contiene:

- una sintetica descrizione dell'attività svolta e della missione perseguita in modo da fornire alcune informazioni di base ai cittadini e ai portatori di interessi esterni;
- una sintetica rappresentazione delle minacce e delle opportunità offerte dall'ambiente, dei punti di forza e di debolezza interni e delle principali decisioni strategiche adottate;
- la descrizione del ciclo della performance, ovvero del processo di definizione degli obiettivi e di valutazione della performance.

Con particolare riferimento a quest'ultimo punto si deve considerare che negli ultimi anni la ASL Teramo, in relazione al processo di budgeting, ha assunto una periodicità biennale con revisioni annuali e scorrimento. A fine anno 2020, inizio anno 2021 è stato negoziato il budget 2021-2022.

In particolare nelle schede di budget negoziate con i Dipartimenti per l'anno 2022, ipotizzando la fine dell'emergenza con conseguente ritorno alla normalità (anche se con strascichi di costi Covid per il completamento della vaccinazione e per il ripristino della normale funzionalità degli edifici) si è optato per obiettivi articolati, recependo in particolare gli obiettivi e gli indicatori attesi dagli



indirizzi formulati dai dirigenti del Dipartimento Sanità e previsti nel contratto sottoscritto dal Direttore Generale.

Inoltre per alcuni obiettivi non attribuibili (per molteplici ragioni) ai CdR, la programmazione aziendale ha stabilito di mantenerli comunque in un cruscotto seppur al fine di un monitoraggio aziendale organizzativo e gestionale (cruscotto di monitoraggio).

È in corso di svolgimento la revisione del budget 2022 e la negoziazione del budget anno 2023.

In sintesi il cruscotto operativo per il 2022 è composto dagli obiettivi derivanti dalle negoziazioni di budget. Inoltre verranno monitorati alcuni indicatori di efficienza economica e di efficacia che pur non essendo inseriti nel budget sono meritevoli di reportistica in corso d'opera al fine di individuare in tempo utile eventuali andamenti anomali.

L'Autorità A.N.A.C. ha ribadito la necessità di integrare il ciclo della performance con gli altri strumenti di programmazione e in particolare con il Piano per la prevenzione della corruzione e della trasparenza. Per rendere evidente il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, all'interno del Piano della performance è presente una sub area strategica in cui vengono considerati e perseguiti obiettivi di trasparenza e integrità sviluppati in base ai contenuti del piano anticorruzione in itinere.

Nel Piano della performance 2022-2024 sono inoltre previsti obiettivi, indicatori e target per la performance organizzativa e si possono derivare specifici indicatori per la valutazione della performance individuale.

### ***3.2.2 Mandato istituzionale e Mission***

Il mandato istituzionale assegnato dalla Regione alla ASL di Teramo è desumibile dalle Linee guida regionali per la redazione degli Strumenti di Programmazione 2022-2024; in sintesi, l'obiettivo ultimo del mandato affidato all'Azienda è quello di erogare un'assistenza di qualità ai cittadini, prestando attenzione alla sostenibilità dei costi. Da questo deriva la Mission aziendale.

L'attività della ASL risponde all'esigenza di produzione di "salute", nell'ottica del soddisfacimento di tutti i bisogni assistenziali della popolazione. La ASL si impegna a soddisfare la domanda di sicurezza sanitaria e socio-assistenziale espressa dai componenti della comunità che le è affidata e da chiunque altro richieda i suoi servizi, assicurando interventi personalizzati essenziali, efficaci, appropriati, convenienti ed orientati all'innovazione sia per l'assistenza ospedaliera che territoriale.

La ASL di Teramo quindi focalizza tutte le proprie energie nella ricerca del maggior grado di concreta soddisfazione del bisogno, anche ponendo in essere strategie di umanizzazione, conformandosi a principi etico-sociali di rispetto dell'integrità della persona e di sviluppo economicamente sostenibile (rapporto ottimale costo-beneficio).

La principale ricchezza aziendale è rappresentata dalle risorse umane che vi lavorano. Esse sono veicolo del “bene salute” ai cittadini, destinatari dell’assistenza sanitaria. Al capitale umano sono destinate le strategie di valorizzazione delle competenze individuali e di equipe, che contribuiscano allo sviluppo del senso di appartenenza e del benessere lavorativo.

### ***3.2.3 Le aree strategiche***

Nel definire le aree strategiche in coerenza con il citato Decreto Legge n. 80 del 2021 convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113 si è inoltre tenuto conto delle normative vigenti, delle linee guida per la redazione degli Strumenti di Programmazione 2022-2024 e di ulteriori progetti di matrice esclusivamente aziendale.

Le aree strategiche definite sono volte a garantire alla ASL di Teramo lo svolgimento delle indispensabili e sopra descritte azioni di sviluppo, ferme restando le contestuali e necessarie azioni di razionalizzazione destinate invece a ripristinare nel più breve tempo possibile le condizioni di equilibrio economico strutturale. Inoltre gli obiettivi specifici sono stati programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore pubblico descritte nella precedente sezione.

Le aree strategiche per il triennio 2022-2024, che coinvolgono tutte le strutture sanitarie e amministrative aziendali, sono:

#### **Area 1: Produzione / Appropriatelyzza**

- 1.1 riorganizzazione e qualificazione ospedaliera;
- 1.2 riorganizzazione e potenziamento del territorio;
- 1.3 miglioramento dell’appropriatezza e rischio clinico.

#### **Area 2: Equilibrio aziendale / Aggiornamento tecnologico**

- 2.1 perseguimento dell’equilibrio economico aziendale;
- 2.2 aggiornamento tecnologico e centralizzazione delle attività.

#### **Area 3: Risorse Umane**

- 3.1 adeguamento dotazioni organiche e lavoro agile
- 3.2 sviluppo delle competenze professionali e benessere organizzativo.

#### **Area 4: Efficacia e qualità dei servizi / Accessibilità delle cure e prevenzione**

- 4.1 miglioramento della qualità e recupero di attrattività verso la popolazione;
- 4.2 recupero e contenimento delle liste d’attesa;
- 4.3 attuazione programmi e azioni relativi alla prevenzione.



#### Area 5: Trasparenza e legalità / Flussi informativi

5.1 promozione di maggiori livelli di trasparenza e anticorruzione;

5.2 miglioramento dei flussi informativi.

A queste Aree ne viene aggiunta una ulteriore, trasversale a tutte le altre vista la sua incidenza sulle stesse, denominata:

#### Area 6: LEA

#### Area7: Semplificazione/Accessibilità/Digitalizzazione/Pari opportunità e equilibrio di genere

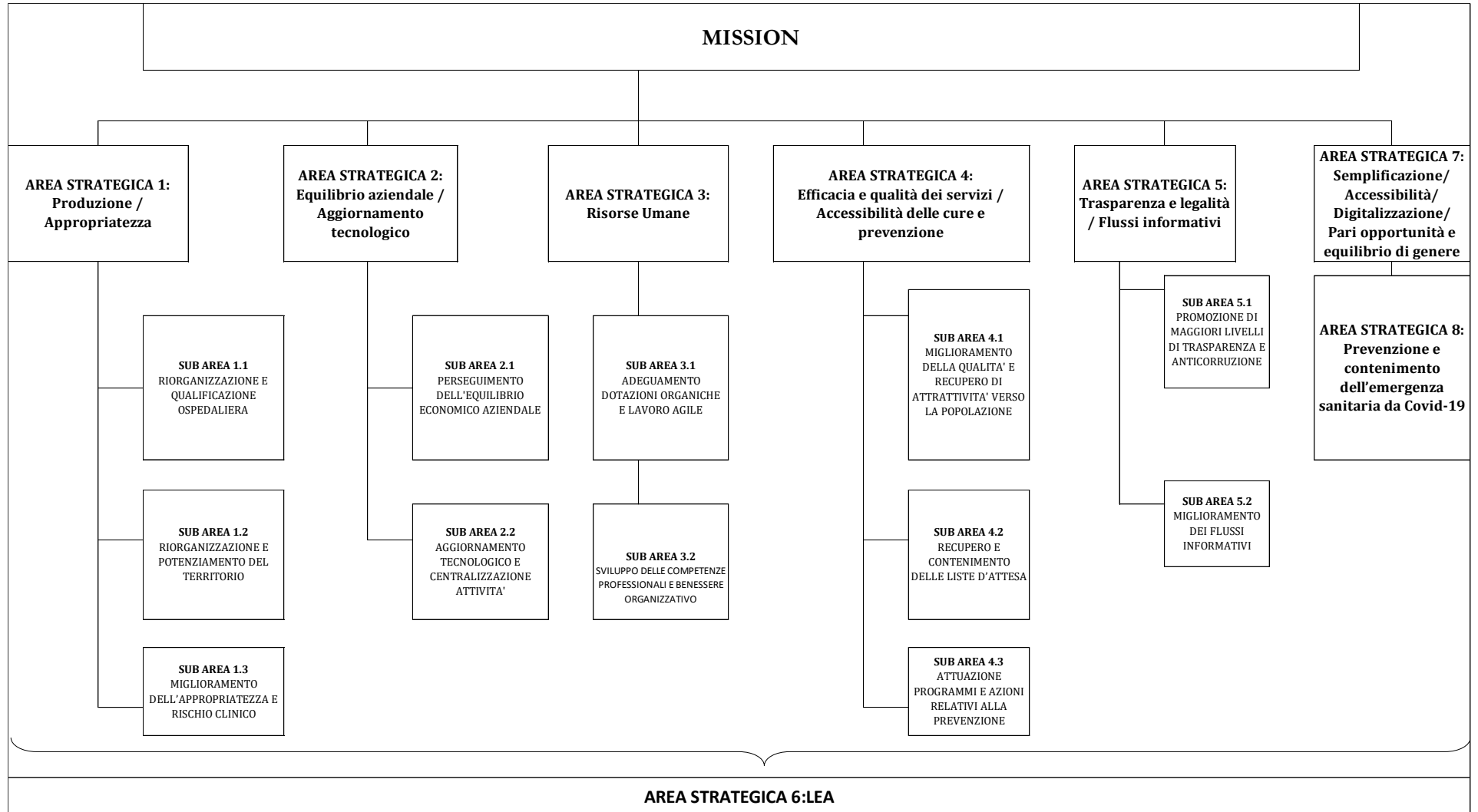
Inoltre, come già espresso in premessa, si ritiene opportuno aggiungere un'ulteriore area così denominata:

#### Area 8: "Prevenzione e contenimento dell'emergenza sanitaria da Covid-19"

volta a monitorare la progettazione e implementazione di condizioni di flessibilità organizzativa all'interno dell'UO per fronteggiare l'emergenza Covid 19.

Di seguito viene illustrato l'Albero della Performance, che raffigura la mappa logica dei legami tra mandato istituzionale, *mission*, *vision*, aree strategiche, obiettivi strategici e piani d'azione.

## Albero della Performance





### 3.2.4 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso lo strumento del Budget. In alcuni casi gli obiettivi sono formalizzati in termini di scadenze, in altri sono misurati attraverso indicatori specifici. In altri casi invece alcuni obiettivi non attribuiti in questo esercizio per diverse ragioni saranno solo oggetto di monitoraggio organizzativo/gestionale (c.d. cruscotto di monitoraggio).

Tramite il Budget, secondo una logica top-down, gli obiettivi strategici aziendali vengono declinati a livello di singole strutture operative e, attraverso la produzione di reportistica, l'andamento della gestione viene monitorato al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità o scostamenti dai programmi.

In particolare la Direzione Strategica a partire dall'anno 2020 e quindi anche per il biennio 2021-2022 ha inteso declinare su ogni Dipartimento e conseguentemente su ogni CdR ad esso afferente tutti gli obiettivi e gli indicatori attesi dagli indirizzi formulati dai dirigenti del Dipartimento Sanità e previsti nel contratto sottoscritto dal Direttore Generale.

Le strategie, i relativi obiettivi e i risultati attesi vengono divulgati all'interno dell'azienda attraverso le riunioni del Collegio di Direzione, le linee guida generali al budget, il sito intranet aziendale, ecc.; allo stesso tempo vengono divulgati ai portatori di interessi sia attraverso il sito web aziendale che con altre modalità di comunicazione (conferenze stampa, comunicati, ecc.). Un importante ruolo nel processo di veicolazione delle informazioni è svolto dal sistema delle Relazioni Sindacali, improntato su reciproca correttezza e lealtà.

In corso d'anno viene distribuita, con cadenza semestrale, la reportistica. L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) valuta il grado di raggiungimento degli indicatori negoziati e la coerenza degli obiettivi di performance con quelli del Piano anticorruzione e trasparenza.

Il livello di raggiungimento degli obiettivi di Budget, congiuntamente alla valutazione della performance individuale, determina la quota di retribuzione di risultato spettante al personale dell'Area dirigenziale e del comparto.

Da diversi anni nella ASL Teramo è stato implementato un processo di *benchmarking* in relazione ai parametri economici e di produttività delle unità operative ospedaliere. Per *benchmarking* si intende una metodologia basata sul confronto sistematico tra i fattori produttivi legati a un certo processo. Questo confronto consente alle aziende che applicano questa logica di compararsi con le migliori, a parità di condizioni, e soprattutto di apprendere da queste per migliorarsi.

Il confronto con il benchmark del Network Italiano Sanitario (N.I.SAN.) ha consentito di superare i classici, e a volte controproducenti, obiettivi basati su dati storici ed effettuare una valutazione dell'efficienza delle diverse unità operative, confrontandole con unità simili e a parità di produzione, considerando in particolare 4 fattori produttivi: personale medico, altro personale, farmaci e dispositivi.



Purtroppo anche nel 2021 e nei correnti mesi del 2022 si è assistito al perdurare dell'emergenza con impatto ampio e significativo sul nostro Sistema Sanitario nonché sulle libertà individuali, sull'economia, sulla salute e sul benessere degli individui e della società.

In base a quanto sopra premesso, la Direzione strategica ha inteso garantire una programmazione coerente e attuabile stante il mutevole scenario di contesto e nella speranza della più immediata fine della crisi pandemica.

Lo scenario emergenziale ha coinvolto non soltanto l'attività e l'organizzazione assistenziale ma anche quella amministrativa e territoriale, indirizzando quest'ultima verso aspetti prettamente legati all'evento pandemico.

L'intero processo di budget ha sicuramente subito ripercussioni derivanti dall'impatto della pandemia da Covid-19.

La logica utilizzata nella stesura delle schede obiettivo per l'anno 2021/2022 è stata prevalentemente di tipo top-down, sia con riferimento a obiettivi relativi alla capacità di rapido mutamento organizzativo e conseguente flessibilità gestionale per fronteggiare l'emergenza, sia a obiettivi assegnati al Direttore Generale di questa ASL contenuti nell'Allegato B alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 371 del 06/07/2020 ad oggetto " Presa d'atto del Decreto del Presidente della Giunta Regione Abruzzo n. 47 del 29 giugno 2020 di individuazione del Direttore Generale dell'Azienda U.S.L. di Teramo e conseguente formalizzazione della nomina secondo le disposizioni del D.lgs. 4 agosto 2016 n. 171".

Per rendere evidente il collegamento con la prevenzione della corruzione e con la trasparenza, all'interno delle schede di budget sono stati assegnati specifici obiettivi sviluppati in base ai contenuti del Piano della trasparenza e del Piano anticorruzione di cui alla Deliberazione n.652 del 31/03/2021, avente ad oggetto: "Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTCPT) per il triennio 2021/2023".

Vista l'emergenza Covid, per il budget 2021-2022 non è stato possibile utilizzare la c.d. Scheda economica secondo il criterio dell'*Activity Based Costing* (ABC) secondo la sopra descritta metodologia N.I.SAN.. I costi per farmaci, dispositivi e personale verranno comunque confrontati con il benchmark e nei casi di maggiore inefficienza verranno poste in essere opportune azioni di miglioramento. Nell'imminente fase di aggiornamento del budget 2022 verrà reintrodotta la scheda di confronto di efficienza con il benchmark attribuendo alla stessa un peso.

Il processo di Budget per gli anni 2021-2022 è stato avviato nel mese di settembre 2020 con il primo livello di negoziazione tra Direzione strategica e Direttori di Dipartimento sviluppato attraverso due incontri:

- nel primo venivano illustrati gli obiettivi da raggiungere con particolare attenzione a quelli inseriti nel contratto sottoscritto dal Direttore Generale con Deliberazione della Giunta Regionale n. 371 del 06/07/2020;





- nel secondo venivano formalizzati e sottoscritti gli obiettivi di cui al punto precedente con eventuali inserimenti di proposte progettuali effettuate direttamente dai Dipartimenti al fine di immettere nel processo di budget degli elementi bottom-up, in un sistema che prevalentemente è di tipo top-down a causa degli innumerevoli vincoli all'autonomia gestionale imposti dalla Regione Abruzzo nonché dal contesto normativo cogente.

Al termine dei due incontri è stato sottoscritto il budget per gli anni 2021-2022.

Successivamente a questi incontri, i Direttori dei Dipartimenti hanno negoziato e sottoscritto a cascata gli obiettivi con i responsabili dei Cdr afferenti. Le schede relative agli anni 2021 e 2022 sono state sottoscritte nei primi mesi del 2021 e risultano formalizzate con Deliberazione aziendale n.1260 del 22/07/2021.

Va evidenziato che il budget 2022 è ad oggi oggetto di revisione in virtù di sfidanti orizzonti strategici che la Direzione aziendale intende attuare. Tra l'altro verranno attribuiti ai vari Cdr aziendali interessati obiettivi di miglioramento dell'efficienza in base al confronto con i dati N.I.SAN.

### ***3.2.5 Cruscotto di monitoraggio e obiettivi***

Di seguito si riportano gli obiettivi e gli indicatori implementati per il triennio 2022–2024 e dunque nella più augurata ipotesi della prossima fine dell'emergenza Covid. Come già rappresentato in premessa, per gli obiettivi non attribuibili ai vari CdR invece è adottato il cruscotto di monitoraggio.

Nel più avverso scenario in cui invece l'epidemia dovesse protrarsi, il cruscotto operativo verrà rielaborato e adattato al seguito del verificarsi degli eventi e sarà diretto al monitoraggio delle azioni e delle misure volte al contenimento dell'emergenza.

**CRUSCOTTO OPERATIVO 2022-2024**

Area strategica 1: Produzione/appropriatezza	OBIETTIVO	INDICATORE/MODALITA' DI CALCOLO	OPERATIVITA' 2022-2024
Sub Area 1.1 Riorganizzazione e qualificazione ospedaliera	Attuazione dei Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA)	-Trasmissione dei provvedimenti aziendali di recepimento dei corrispondenti PDTA regionali e/o di declinazione del relativo percorso di attuazione nell'ambito delle Strutture della ASL coinvolte - Trasmissione relazione comprovante l'attivazione delle previste misure organizzative e gestionali funzionali alla attuazione del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale in ambito aziendale  Piena corrispondenza verbali GICO rispetto ai pazienti presi in carico	Obiettivi diversificati per CdR al fine di adottare le misure organizzative e gestionali di attuazione dei PDTA
	Rispetto delle disposizioni normative vigenti, ivi comprese le Linee guida regionali, in tema di svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI)	Assegnazione degli spazi per lo svolgimento dell'attività libero-professionale	Obiettivo volto a garantire la più appropriata allocazione per lo svolgimento dell'attività libero-professionale
	Volumi prestazioni ambulatoriali CdR Ospedalieri opportunamente confrontati con i corrispondenti volumi di attività resi in libera professione	n. prestazioni ambulatoriali rispetto ai volumi di attività in libera professione	Attività istituzionale e in libera professione valutata in termini di volume in una scheda di budget specifica.
Sub Area 1.2 Riorganizzazione e potenziamento del territorio	Rete cure palliative	Incremento del 10% nell'anno di riferimento degli accessi domiciliari ai malati terminali rispetto all'anno precedente	Obiettivo volto al potenziamento della rete domiciliare delle cure palliative
	Volumi prestazioni ambulatoriali CdR Territoriali opportunamente confrontati con i corrispondenti volumi di attività resi in libera professione	n. prestazioni ambulatoriali rispetto ai volumi di attività in libera professione	Attività istituzionale e in libera professione valutata in termini di volume in una scheda di budget specifica.
Sub Area 1.3 Miglioramento dell'appropriatezza e rischio clinico	Aumento percentuali di prescrizione farmaci equivalenti	l'obiettivo attiene al raggiungimento del 88% delle dosi di farmaco equivalente (DDD) sul totale delle dosi dei farmaci erogati in convenzionata	Obiettivi diversificati per CdR volto a garantire il raggiungimento della % obiettivo
Sub Area 1.3 Miglioramento dell'appropriatezza e rischio clinico	Impiego del farmaco biologico a brevetto scaduto (biosimilare o originator)	l'obiettivo attiene al rispetto della % di prescrizione di farmaco biologico a brevetto scaduto (biosimilare o originator) a più basso costo, siccome definiti annualmente dalla Regione	Raggiungimento per ogni farmaco dei valori degli obiettivi definiti con provvedimento regionale entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento, in cui vengono individuati i farmaci biologici a brevetto scaduto
	Controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie	L'obiettivo attiene alla predisposizione ed attuazione del piano dei controlli in conformità a quanto previsto nei protocolli ispettivi approvati con	Obiettivo assegnato ai vari CdR coinvolti per garantire il rispetto delle percentuali minime stabilite e di

Area strategica 1: Produzione/appropriatezza	OBIETTIVO	INDICATORE/MODALITA' DI CALCOLO	OPERATIVITA' 2022-2024
		decreto del Commissario ad acta n. 64/2012 e al monitoraggio dei ricoveri ad elevato rischio di inapproprietezza con conseguente riduzione dei ricoveri inappropriati	rendicontazione alle scadenze stabilite
	Appropriatezza prescrittiva farmaci	Rispetto degli standard nazionali e regionali relativi a: 1. Implementazione Piani Terapeutici (PT) on-line 2. Rispetto delle indicazioni in materia di prescrizioni di PPI 3. Riduzione delle prescrizioni di antibiotici 4. Miglioramento del sistema di farmacovigilanza Predisposizione protocolli per il corretto utilizzo di farmaci	Obiettivo assegnato ai vari CdR coinvolti nell'implementazione di interventi e azioni per promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci.
	Adozione protocolli uniformi per l'esecuzione degli interventi chirurgici (ernia, colecisti, appendicectomia) e predisposizione protocolli per area ortopedica e oculistica	Applicazione dei protocolli	Obiettivo assegnato ai vari CdR coinvolti
	Filtro del pronto soccorso	Accessi in pronto soccorso esitati in ricovero/totale accessi in pronto soccorso	Obiettivi diversificati per CdR in base allo storico. Tendenzialmente previsto un aumento
	Sicurezza e rischio clinico	Rispetto degli standard nazionali e regionali relativi a: -Monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle Asl a seguito di eventi sentinella -Monitoraggio e implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali -Piano di formazione aziendale degli operatori per la sicurezza dei pazienti (Root Cause Analysis, Audit Clinico) -Monitoraggio sistemico dell'uso della check list in Sala Operatoria -Prevenzione delle cadute -Verifica periodica della qualità percepita agli utenti del SSR -Applicazione della Legge n.24 dell'08/03/2017 -Evasione di tutti i ricorsi, segnalazioni, esposti, ecc., presentati dai cittadini/utenti, associazioni di tutela, aventi diritto, delle richieste dei NAS, Regione, Ministero, ecc	Obiettivo assegnato ai vari CdR coinvolti nell'implementazione di interventi e azioni per garantire il rispetto di tutti gli adempimenti previsti

Area strategica 2: Equilibrio aziendale / Aggiornamento tecnologico	OBIETTIVO	INDICATORE/MODALITA' DI CALCOLO	OPERATIVITA' 2022-2024
<b>Sub Area 2.1 Perseguimento dell'equilibrio economico aziendale</b>	Rispetto nell'ambito della spesa per il personale - dello specifico limite di spesa per il personale con rapporto di lavoro flessibile	rispetto del tetto di spesa e valutazione dello scostamento contenuto entro il limite massimo del 5% rispetto al tetto di spesa stabilito	Obiettivo attribuito al Dipartimento amministrativo per il rispetto del limite di spesa per il personale con rapporto di lavoro flessibile tenuto conto dell'incidenza della pandemia Covid
	Rispetto del cronoprogramma e degli adempimenti previsti nella DGR n. 211 del 23/04/2019 e s.m.i (monitoraggio della voce di spesa del personale)	rispetto del cronoprogramma e degli adempimenti e rilevazione dello sfioramento dei tempi previsti contenuto entro il limite massimo del 10%	Obiettivo attribuito al Dipartimento amministrativo inerente il rispetto del cronoprogramma e degli adempimenti previsti
	Contenimento della spesa farmaceutica	-rispetto del tetto per la spesa farmaceutica convenzionata (7,96% del FSR); -rispetto del tetto per la spesa farmaceutica ospedaliera (6,89% del FSR);	Obiettivi diversificati per CdR in base allo storico e a quanto previsto dal Piano Strategico.
	Spesa per l'acquisizione di Prodotti Farmaceutici e dispositivi medici	rispetto dei vincoli di spesa posti dal CE	Obiettivi diversificati per CdR per il rispetto del limite di spesa previsto, tenuto conto dei livelli di attività programmati
	Tempi medi di pagamento	Appropriatezza nella tempestività dei pagamenti calcolata mediante l'indicatore annuale di cui alle disposizioni degli articoli 9 e 10 del DPCM del 22/09/2014 e ss.mm.ii ed alle circolari del Ministero dell'Economia e delle Finanze n.3 del 14/01/2015 e n. 22 del 22/07/2015	Obiettivo volto al miglioramento della tempestività dei pagamenti per il recupero ed il perseguimento dell'equilibrio economico
	Percorso attuativo di Certificabilità dei bilanci (PAC)	Trasmissione al Dipartimento Sanità della Delibera del Direttore Generale di approvazione delle procedure amministrative contabili	Obiettivo attribuito al Dipartimento amministrativo per la condivisione e approvazione procedure Certificabilità dei bilanci.
	Riduzione del turn over delle scorte a magazzino per beni sanitari	Indice di turn over delle scorte di magazzino per beni sanitari e trasmissione al Dipartimento Sanità entro il 31/12 di ciascun anno, del report inerente alla verifica trimestrale del turn over delle scorte a magazzino per beni sanitari, da cui si evinca soglia di raggiungimento inferiore a 30 giorni per ciascun trimestre	Obiettivo attribuito al Dipartimento dei Servizi per il raggiungimento della soglia obiettivo regionale
	Strumenti e metodologie per il corretto accantonamento a fondo rischi	Revisione del Regolamento aziendale in base alle eventuali indicazioni regionali	Obiettivo attribuito al Dipartimento amministrativo per l'individuazione degli strumenti e delle metodologie per il corretto accantonamento al fondo rischi anche con l'ausilio di strumenti informatizzati

Area strategica 2: Equilibrio aziendale / Aggiornamento tecnologico	OBIETTIVO	INDICATORE/MODALITA' DI CALCOLO	OPERATIVITA' 2022-2024
Sub Area 2.1 Perseguimento dell'equilibrio economico aziendale	Rispetto degli obblighi aziendali assunti nei contratti sottoscritti con gli erogatori privati e attuazione degli stessi	-Rispetto degli obblighi aziendali assunti nei contratti sottoscritti con gli erogatori privati e attuazione degli stessi; -Presentazione trimestrale, insieme ad ogni CE, di apposita relazione che dettagli: 1) le note di credito ricevute; 2) le azioni intraprese per ottenere l'emissione delle note di credito ancora da ricevere - presenti nei propri bilanci - con l'indicazione delle relative tempistiche attese.	Obiettivo attribuito al Dipartimento di Assistenza territoriale per il rispetto degli obblighi aziendali
	Rispetto delle disposizioni normative vigenti, ivi comprese le Linee guida regionali, in tema di svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI)	Corretta applicazione della trattenuta di cui al DL n.158/2012 art.2 c.1 lett. d) nel 100% dei casi	Obiettivo attribuito al Dipartimento amministrativo per la effettuazione della trattenuta
	Attuazione piano degli investimenti in beni immobili	Completamento lavori previsti rispetto a quelli autorizzati dal Tavolo dei Fabbisogni	Obiettivo volto a garantire il compimento di una % più alta possibile di lavori nell'ambito di quelli autorizzati e finanziati
	Espletamento delle gare per l'acquisto di beni e servizi in scadenza	Svolgimento di tutte le attività necessarie all'espletamento delle gare per l'acquisto di beni e servizi in scadenza	Obiettivo volto al miglioramento della tempestività degli acquisti e della relativa attività amministrativa, per il recupero ed il perseguimento dell'equilibrio economico
	Miglioramento dell'efficienza in base al confronto con i dati N.I.San	Graduale allineamento al benchmark N.I.San	Obiettivi assegnati per CdR al fine di migliorare l'efficienza
	Razionalizzazione dell'utilizzo dell'istituto del lavoro straordinario nel rispetto del fondo disponibile	Rilevazione dello straordinario timbrato distinguendo per dirigenza e comparto: la pronta disponibilità, lo straordinario diurno e notturno, l'accantonamento in banca ore	Obiettivi diversificati per CdR in base all'effettiva dotazione di personale e alle risorse disponibili.
	Sub Area 2.2 Aggiornamento tecnologico e centralizzazione attività	Sanità digitale -ICT	Rispetto dei target definiti dalla Regione
Investimenti in edilizia sanitaria e tecnologie		- Trasmissione degli atti di aggiudicazione dei lavori previsti nel Piano Aziendale dei lavori pubblici - Trasmissione del certificato di fine lavori attestante l'avvenuta esecuzione degli stessi nel rispetto del tempo utile concesso e degli atti di collaudo o del certificato di regolare esecuzione e di contabilità finale, unitamente alla relazione acclarante i rapporti economici Regione/ASL	Obiettivo assegnato al Dipartimento Tecnico-Logistico per una programmazione degli investimenti con particolare riferimento al corretto e tempestivo utilizzo delle somme derivanti da accordi di programma fondi ex art. 20 o da finanziamenti statali a destinazione vincolata

Area strategica 3: Risorse Umane	OBIETTIVO	INDICATORE/MODALITA' DI CALCOLO	OPERATIVITA' 2022-2024
Sub Area 3.1 Adeguamento dotazioni organiche e lavoro agile	Effettuazione delle assunzioni in base a quanto programmato	Numero assunzioni effettuate rispetto al programmato	Obiettivo assegnato alla UOC Gestione del personale al fine di garantire la coerenza con la programmazione aziendale
	Rispetto delle scadenze previste a livello regionale per la redazione dei PTFP	Redazione dei PTFP entro i termini regionali previsti	Obiettivo assegnato alla UOC Gestione del personale al fine di garantire il rispetto della programmazione regionale
	Criteri per lo sviluppo ed attuazione del Lavoro Agile	Individuazione criteri da inserire nel regolamento del Lavoro Agile	Obiettivo assegnato alla UOC Gestione del personale
Sub Area 3.2 Sviluppo delle competenze professionali e benessere organizzativo	Sviluppare le competenze professionali del personale	Approvazione dei Piani Formativi Dipartimentali	Obiettivo assegnato ai vari Dipartimenti e Formazione, qualità e formazione strategica
	Favorire l'aggiornamento tempestivo del personale mediante consultazione e/o messa a disposizione di banche dati multimediali	Rinnovo della banca dati Uptodate	Obiettivo assegnato alla UOC Formazione, qualità e formazione strategica

Area strategica 4: Efficacia e qualità dei servizi / Accessibilità delle cure e prevenzione	OBIETTIVO	INDICATORE/MODALITA' DI CALCOLO	OPERATIVITA' 2022-2024
Sub Area 4.1 Miglioramento della qualità e recupero di attrattività verso la popolazione	Aumento produzione nei settori con maggior mobilità	Aumento nel numero di prestazioni effettuate rispetto all'anno precedente	Obiettivo assegnato ai vari CdR coinvolti
	Mobilità sanitaria- riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri in mobilità passiva	Percentuale di riduzione dei ricoveri in mobilità passiva (File A) rispetto all'anno precedente	Obiettivo realizzato in forma indiretto in conseguenza dell'aumento della produzione
	Sviluppare/Consolidare il senso di appartenenza e Migliorare il livello di cortesia del personale	Risultati derivanti dal questionario di qualità percepita	Obiettivo attribuito ai diversi CdR al fine di valutare la qualità percepita dagli utenti
Sub Area 4.2 Recupero e contenimento delle Liste di Attesa	Rispetto delle disposizioni normative vigenti, ivi comprese le Linee guida regionali, in tema di svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI)	Allineamento dei tempi di prenotazione/erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione attraverso l'analisi e il confronto dei tempi attraverso la predisposizione di report ad hoc. e l'effettuazione di audit con i dipartimenti interessati	Obiettivo attribuito a diversi CdR

Area strategica 4: Efficacia e qualità dei servizi / Accessibilità delle cure e prevenzione	OBIETTIVO	INDICATORE/MODALITA' DI CALCOLO	OPERATIVITA' 2022-2024
	Contenimento delle liste di attesa	Rispetto degli adempimenti inerenti al Piano Regionale per il governo delle Liste di attesa approvato con D.G.R n.265/2019, della normativa nazionale vigente in materia di liste d'attesa e di ulteriori finalità connesse alla regolare e corretta gestione dell'offerta sanitaria regionale. Pieno utilizzo dei fondi messi a disposizione dalla Regione per l'acquisto di attività aggiuntive del personale.	Obiettivo attribuito a diversi CdR
	Utilizzo dell'intera capacità produttiva disponibile per gli ecografi in dotazione al reparto per l'effettuazione degli esami per interni del proprio reparto e di altri reparti.	Numero di ecografie per interni prodotte dai reparti e conseguente riduzione della richiesta di ecografie per interni alle radiologie aziendali	Obiettivo attribuito ai cdr in base alla disponibilità di ecografi e al loro livello di utilizzo
Sub Area 4.3 Attuazione programmi e azioni relativi alla prevenzione	Realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione	Realizzazione delle attività e raggiungimento degli obiettivi previsti nei documenti di programmazione nazionale /regionale	Obiettivi assegnati ai diversi CdR per la realizzazione complessiva delle azioni di competenza della ASL come previsto dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP), dal Piano Regionale Prevenzione vaccinale (PRPV), dal Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) e dal Piano regionale Gioco d'Azzardo Patologico, in coerenza anche con gli indicatori fissati nell'ambito del monitoraggio annuale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
	Sanità veterinaria e sicurezza alimentare	Raggiungimento delle attività così come definite nell'ambito dei piani e dei controlli indicati sul Piano Pluriennale Regionale dei Controlli Integrati (PPRIC 2015-2018), il nuovo patto per la Salute e declinati nella griglia degli indicatori delle verifiche LEA riferiti alla sicurezza alimentare e alla medicina veterinaria	Obiettivi assegnati ai diversi CdR dell'Area A, B e C per il rispetto degli adempimenti

Area strategica 5: Trasparenza e legalità / Flussi informativi	OBIETTIVO	INDICATORE/MODALITA' DI CALCOLO	OPERATIVITA' 2022-2024
Sub Area 5.1 Promozione di maggiori livelli di trasparenza e anticorruzione	Pubblicazione sul sito istituzionale, in forma integrata ed analitica, delle spese previste nel bilancio e delle spese di personale	Pubblicazione dei dati richiesti nelle modalità previste.	L'obiettivo attiene alla pubblicazione sul sito istituzionale - con modalità tali da rendere la pubblicazione di immediata comprensione e consultazione per il cittadino - dei dati relativi alle spese sia in forma analitica che in forma aggregata.
	Rispetto della normativa in materia di trasparenza	Rispetto di almeno il 95% degli obiettivi previsti	- Rispetto degli obblighi di pubblicazione con le responsabilità individuate nel PTPCT alla sezione trasparenza (d.lgs 33/2013 e smi) - Monitoraggio semestrale obblighi - Verifica del rispetto della normativa sulla Tutela dei dati B12
	Incarichi e nomine	Rispetto degli obiettivi previsti nelle aree specifiche	80%
	Gestione delle presenze del personale dipendente	Report semestrale	Verifica periodica da parte dei Direttori di Struttura sulla corretta applicazione del regolamento aziendale con indicazioni delle inadempienze e delle relative misure adottate
	Codice di Comportamento	Rispetto scadenza di approvazione e di monitoraggio	Aggiornamento del Codice Aziendale di Comportamento alla normativa e monitoraggio semestrale sull'applicazione del Codice
	Formazione	n. di dipendenti formati sulle tematiche di trasparenza, etica e legalità	Organizzazione corsi su codice aziendale di comportamento, Trasparenza e misure di prevenzione dei rischi di corruzione
	Informatizzazione e semplificazione dei processi amministrativi	Avvio di almeno il 60% dei nuovi processi integrati previsti nel PIAO	Avvio di almeno il 60% dei nuovi processi integrati previsti nel PIAO
	Digitalizzazione dei processi sanitari rivolti al cittadino con il supporto del Responsabile Transizione Digitale	Incremento della tipologia dei referti consultabili on line dai cittadini	Avvio a regime nuove procedure individuate nel PIAO
	Attività libero professionali	Report semestrale	- Monitoraggio sul rispetto del regolamento aziendale per lo svolgimento e la gestione della LPI e avvio di specifiche azioni nei casi di difformità
	Trasparenza e rispetto delle procedure nelle Attività di gestione Contratti di appalto	Rispetto degli obiettivi previsti nelle aree specifiche	Rispetto degli obiettivi previsti nelle aree specifiche



Area strategica 5: Trasparenza e legalità / Flussi informativi	OBIETTIVO	INDICATORE/MODALITA' DI CALCOLO	OPERATIVITA' 2022-2024
Sub Area 5.2 Miglioramento dei flussi informativi	Flussi informativi	Rispetto dei parametri regionali per ciascun flusso in relazione a: - Copertura (completezza nella rilevazione) - Qualità (nei dati inviati, nell'integrazione di eventuali scarti, nella correzione delle anomalie e di errori) -Tempistica dell'invio (rispetto delle scadenze)	Gestione dei Flussi informativi secondo le disposizioni nazionali e regionali
	Mobilità sanitaria- correttezza dei dati anagrafici dei principali flussi informativi utilizzati per la mobilità sanitaria	Percentuale di errore sui record file ASDO/SDOxml + file SDAC	Obiettivo attribuito al Controllo di Gestione pe il monitoraggio
	Trasmissione completa delle schede SDO entro le scadenze previste e contestuale chiusura delle cartelle cliniche	-Corretta e tempestiva compilazione e trasmissione delle SDO entro il giorno 5 del mese successivo alla dimissione. -Chiusura contestuale delle cartelle cliniche e consegna all'archivio delle Direzioni Mediche di P.O.	Obiettivo attribuito a diversi CdR che compilano le SDO al fine di rispettare le scadenze previste

Area strategica 6: LEA	OBIETTIVO	INDICATORE/MODALITA' DI CALCOLO	OPERATIVITA' 2022-2024
<p>Area strategica 6: LEA</p>	<p>L'obiettivo attiene alla valutazione complessiva dell'adempimento sul mantenimento dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. In particolare è stato selezionato uno specifico set di indicatori fra quelli "CORE" identificati nel Nuovo Sistema di Garanzia</p>	<p>Rispetto dei target per gli indicatori "CORE" stabiliti dal NSG relativi a:            H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti            H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui            H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario            H05Z - Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni            H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario            H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno            D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (<math>\geq 18</math> anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco            D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (<math>&lt; 18</math> anni) per asma e gastroenterite            D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso            D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici            D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche            P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)            P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)            P15CA - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina.            P15CB-Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella            P15CC-Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di</p>	<p>Obiettivi assegnati ai vari CdR per il rispetto degli standard (c.d. "valori normali") definiti</p>

Area strategica 6: LEA	OBIETTIVO	INDICATORE/MODALITA' DI CALCOLO	OPERATIVITA' 2022-2024
		primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	

Area strategica 7: Semplificazione/Accessibilità/Digitalizzazione/Pari opportunità e equilibrio di genere	OBIETTIVO	INDICATORE/MODALITA' DI CALCOLO	OPERATIVITA' 2022-2024
Area strategica 7: Semplificazione/Accessibilità/Digitalizzazione/Pari opportunità e equilibrio di genere	Garantire accessibilità fisica attraverso programmi strutturati di manutenzione	numero di sopralluoghi almeno 2 annuali	Obiettivo assegnato all'Ufficio Tecnico
	Revisione dei percorsi sul sito per facilitare l'accesso alla documentazione	verifica effettiva attuazione ed effettiva riduzione del 50% dei passaggi	Obiettivo assegnato all' URP
	garanzia del formato aperto degli atti aziendali pubblicati	attivazione di almeno 2 unità operative pilota	Obiettivo assegnato alla UOC sistemi informativi
	Digitalizzazione degli atti amministrativi (Delibere e Ordinanze)	Almeno una UOC resa operativa	L'obiettivo assegnato favorirà la pubblicazione dei documenti in formato consultabile
	Informatizzazione richieste di beni sanitari da parte dei reparti	Estensione a tutte le UO interessate	Obiettivo assegnato al fine di reingegnerizzare i processi
	Implementazione conto deposito	Valorizzazione del magazzino di conto deposito ed identificazione dei beni in conto deposito per almeno 3 reparti	Obiettivo assegnato come da Nota aziendale Prot. 39239 del 31/03/2022
	Ingegnerizzazione del processo di liquidazione dei documenti passivi	Attivazione Numero Uffici liquidatori autonomi (almeno 5)	Obiettivo assegnato al fine di reingegnerizzare i processi
	Gestione informatizzata dei permessi/assenze e delle richieste del personale	Completamento lavori previsti entro le scadenze	Obiettivo assegnato alla UOC sistemi informativi e UOC Amministrazione del personale
Aggiornamento Piano delle azioni di pari opportunità e Equilibrio di genere	Approvazione Piano delle azioni positive	Obiettivo assegnato al C.U.G. e alla Direzione strategica aziendale	

Area strategica 8: Prevenzione e contenimento dell'emergenza sanitaria da Covid-19	OBIETTIVO	INDICATORE/MODALITA' DI CALCOLO	OPERATIVITA' 2022-2024
Area strategica 8: Prevenzione e contenimento dell'emergenza sanitaria da Covid-19	Progettazione e implementazione di condizioni di flessibilità organizzativa all'interno dell'UO per fronteggiare l'emergenza Covid 19	- Partecipazione alle riunioni di programmazione aziendale - Adozione provvedimenti di riorganizzazione al presentarsi di eventi favorevoli o avversi - Attuazione dei provvedimenti adottati	Mantenimento delle condizioni di massima flessibilità a livello aziendale
	Effettuazione delle vaccinazioni Covid	Rispetto del piano vaccinale così come definito a livello nazionale e regionale	Rispetto degli step individuati dal livello centrale

## CRUSCOTTO DI MONITORAGGIO 2022-2024

Area strategica1: Produzione / Appropriatelyzza	Obiettivo	Indicatore/Modalità di calcolo	Operatività 2022-2024
Sub Area 1.1 Riorganizzazione e qualificazione ospedaliera	Miglioramento della produzione in termini quali-quantitativi per attività in regime di ricovero e ambulatoriale protetto.	Incremento rispetto all'esercizio precedente di: 1) totale ricoveri ordinari medici; 2) totale ricoveri ordinari chirurgici; 3) ricoveri Day Hospital; 4) ricoveri Day Surgery; 5) ricoveri in regime ambulatoriale protetto.	Obiettivo rilevato ai soli fini di monitoraggio aziendale
Sub Area 1.3 Miglioramento dell'appropriatezza e rischio clinico	Degenza media	N. giornate di degenza dimessi/n. dimessi	Obiettivo rilevato ai soli fini di monitoraggio aziendale
	Peso medio dei DRG prodotti	Peso totale DRG dimessi/n. dimessi	Obiettivo rilevato ai soli fini di monitoraggio aziendale
	Indice operatorio dei ricoveri ordinari per i reparti chirurgici	N. DRG chirurgici/n. DRG prodotti	Obiettivo rilevato ai soli fini di monitoraggio aziendale
	Riduzione inapproprietezze potenziali nei ricoveri da PS	- Numero ricoveri ordinari medici di 0/1 giorni da Pronto Soccorso esclusi decessi e ricoveri in ostetricia ginecologia e pediatria su totale ricoverati - Ricoveri esitati in drg potenzialmente inappropriati provenienti da ps (esclusa lungodegenza e riabilitazione, esclusi drg con eccezioni) su totale ricoverati	Obiettivo rilevato ai soli fini di monitoraggio aziendale

Area strategica 2: Equilibrio aziendale / Aggiornamento tecnologico	Obiettivo	Indicatore/Modalità di calcolo	Operatività 2022-2024
Sub Area 2.1 Perseguimento dell'equilibrio economico aziendale	Indicatore di efficienza per i CdR ospedalieri secondo lo standard N.I.San nell'utilizzo di: 1) personale medico; 2) altro personale; 3) farmaci; 4) dispositivi.	Valutazione dello scostamento di efficienza nell'uso dei 4 fattori produttivi in esame rispetto al benchmark NISAN. Questo indicatore racchiude in sé diversi parametri quali in particolare il volume e conseguente valore della produzione e il costo del personale. Il confronto con il benchmark consente di riassorbire le inefficienze o riducendo le risorse assegnate a parità di produzione o aumentando la produzione a parità di risorse	Obiettivo è rilevato ai soli fini di monitoraggio aziendale

Area strategica 6: LEA	Obiettivo	Indicatore/Modalità di calcolo	Operatività 2022-2024
Area strategica 6: LEA	Mantenimento erogazione dei LEA	Indicatori inseriti a livello ministeriale nel Nuovo Sistema di Garanzie (NSG) non previsti esplicitamente nelle schede di budget	Obiettivo rilevato ai soli fini di monitoraggio aziendale
	Indicatori di esito delle prestazioni erogate (Agenas-MIS.MI)	Adesione e progressivo adeguamento agli standard del programma esiti sviluppato dall'AGENAS e agli obiettivi regionali di cui alla DGR 525/2017 ("Approvazione documento tecnico "Sistema di misurazione dell'assistenza ospedaliera MISurare per Migliorare), limitatamente agli indicatori non inseriti nelle schede budget.	Obiettivo rilevato ai soli fini di monitoraggio aziendale

### 3.2.6 Performance organizzativa e obiettivi di budget

Le logiche che sottendono alla definizione degli obiettivi vengono articolate in base ai seguenti aspetti:

- Approccio multidimensionale alla valutazione della performance;
- Sviluppo armonico del sistema aziendale;
- Rafforzamento del ruolo del Dipartimento.

La negoziazione di budget si articola in base al processo previsto dal regolamento di budget adottato dall'azienda con Deliberazione 369 del 7 maggio 2012 al quale si rimanda. In fase di negoziazione è stato utilizzato lo strumento della c.d. Scheda obiettivi.

La Scheda obiettivi individua gli obiettivi da perseguire e il loro peso relativo, le azioni da svolgere, gli indicatori da misurare e i valori a cui tendere. Come visto, l'assegnazione degli obiettivi segue un approccio prevalentemente top-down, tuttavia è possibile implementare degli obiettivi in una prospettiva bottom-up.

Gli obiettivi sono determinati in base alle priorità della strategia aziendale e sono oggetto di discussione e condivisione con i Direttori di Dipartimento e a cascata con i responsabili dei CdR afferenti. Gli attori del processo devono provvedere a coinvolgere, sia nella fase di proposta che in quella di attuazione, il personale della propria struttura organizzativa.

È fondamentale che ogni obiettivo sia chiaro, quantificabile e misurabile in modo oggettivo. La Scheda obiettivi si suddivide in quattro sezioni:

- Costi: si basa su un'analisi dell'andamento della spesa degli anni precedenti e sulla stima dei costi delle nuove attività (es. costo di farmaci, materiale sanitario, economali, prestazioni da altri reparti, ecc.).



- Produzione: utilizza standard e indicatori tipici della produzione sanitaria (es. valore prestazioni ambulatoriali, numero interventi, punti DRG etc.).
- Riorganizzazione: contiene progetti di evoluzione organizzativa (recepimento nuove normative in tema di erogazione dei servizi, riorganizzazioni interne in atto, ecc.)
- Qualità: progetti che migliorano la capacità di rispondere alle esigenze espresse dai portatori di interessi (popolazione, lavoratori, Enti).

La somma dei pesi assegnati nelle sezioni costi, produzione, riorganizzazione e qualità dovrà essere uguale a cento. I pesi assegnati ai vari obiettivi potranno essere diversi per la dirigenza e il comparto.

È inoltre prevista la negoziazione per CdR di un budget per attività ambulatoriale istituzionale e per attività in libera professione al fine di ridurre le liste d'attesa attraverso l'assegnazione di specifici obiettivi che verranno determinati parametrando l'impegno del singolo professionista tra attività istituzionale e attività di libera professione, nel rispetto del regolamento aziendale.

A conclusione di un ciclo annuale, la retribuzione di risultato viene corrisposta in rapporto al grado di raggiungimento degli obiettivi, secondo la valutazione effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Oltre che la performance a livello di CdR, viene valutata la performance individuale, che si articola principalmente su due dimensioni:

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

Nel primo caso, il coinvolgimento individuale alla performance organizzativa è garantito attraverso il processo che si avvia con la condivisione degli obiettivi di budget negoziati con il Responsabile del CdR, che, ad inizio periodo, analizza gli stessi con la propria equipe individuando le modalità operative per il raggiungimento e le correlate responsabilità individuali e o di gruppo.

Nel secondo, la performance individuale consiste nella prestazione resa dal dipendente in relazione all'impegno assunto, alle previsioni dei contratti di riferimento (sia collettivi che individuali) in relazione alla descrizione del profilo professionale.

La valutazione annuale si articola:

- Nella valutazione effettuata dall'OIV in merito al raggiungimento degli obiettivi di budget (performance organizzativa);



- Nella valutazione individuale, effettuata dal Responsabile della U.O. di appartenenza del dipendente, sulla rispondenza tra le prestazioni rese rispetto al profilo professionale posseduto e l'impegno promesso dal dipendente.

Entrambe concorrono alla determinazione della performance individuale annuale provvedendo, implicitamente, a graduare la corresponsione della retribuzione premiante.

Per la dirigenza, inoltre, le valutazioni annuali vanno ad integrare e perfezionare il fascicolo di valutazione pluriennale, utilizzato in occasione delle scadenze previste dai relativi contratti, ai fini della verifica professionale dell'incarico dirigenziale attribuito di competenza del Collegio Tecnico.

### ***3.2.7 Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione della performance***

Il presente documento è stato redatto dal Controllo di Gestione. Lo sviluppo è avvenuto tenendo conto delle normative nazionali e regionali delle linee guida vigenti in materia, in particolare della nuova normativa nazionale che ha introdotto il PIAO (Decreto Legge n. 80 del 2021-cosiddetto "Decreto Reclutamento" - convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113). Le fonti interne considerate sono state principalmente gli Strumenti di Programmazione 2022-2024 e il contratto sottoscritto dal Direttore Generale. Gli strumenti di programmazione redatti per il triennio 2022-2024 sono strutturati e integrati in tutte le loro parti. Il processo di confronto con gli stakeholder esterni prenderà avvio non appena approvato il presente documento, che diventerà la base di discussione per impostare il prossimo aggiornamento.

Il sistema di obiettivi, parte integrante di questo documento, garantisce la coerenza tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per il raggiungimento delle attività prefissate a livello di azienda e di singola struttura.

Il Piano della performance, e prima ancora gli Strumenti di programmazione, sono integrati con il processo di programmazione economico-finanziaria contenuto nei bilanci di previsione 2022-2023-2024. La coerenza dei contenuti del Piano della performance agli indirizzi del bilancio di previsione viene realizzata tramite:

la considerazione, nella predisposizione del Piano della performance e del conseguente Budget, dei limiti contenuti nei bilanci di previsione deliberati nell'ambito degli Strumenti di Programmazione;

l'utilizzo di strumenti integrati nei due processi, quali, in primis, la Contabilità Analitica per Centri di Costo;

la predisposizione periodica di reportistica che evidenzia eventuali scostamenti in tempi utili per adottare adeguate azioni correttive.

Il bilancio preventivo economico annuale e pluriennale è stato oggi deliberato e di fatto rende certe le risorse a disposizione così come appare evidente la loro insufficienza. Il processo logico seguito



nella formazione del bilancio di previsione è adeguatamente sviluppato nell'ambito di un'apposita nota illustrativa anch'essa deliberata negli Strumenti di Programmazione.

Appena terminato l'iter di approvazione del presente documento, si intende avviare un confronto con gli stakeholders, che consentirà di valutare l'opportunità di produrre eventuali modifiche. Ovviamente il Piano della Performance verrà modificato qualora dovesse intervenire l'assegnazione di ulteriori o diversi obiettivi da parte della Regione, oppure nel caso in cui avvengano modifiche organizzative anche in attuazione del nuovo Atto Aziendale.





### 3.2.8 Allegati tecnici

#### Scheda 1 – Analisi del contesto esterno ed interno (analisi SWOT)

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione nuova PET (Tomografia a Emissione di Positroni)</li> <li>• Nuova RMN 3 tesla</li> <li>• Presenza di un Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare che eroga prestazioni ad alta complessità e rappresenta un punto di attrazione per i pazienti</li> <li>• Presenza di 4 UCCP sul territorio aziendale</li> <li>• La presenza di un percorso volto a migliorare l'appropriatezza prescrittiva basato sull'uso di importanti indicatori OSMED</li> <li>• Piena operatività dell'Hospice</li> <li>• Collaborazione con il N.I.San., ormai a regime, che permette di avere contezza del costo per paziente e quindi ridefinire la modalità con la quale redistribuire internamente le risorse tra CdR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevata mobilità passiva, in particolare per prestazioni di bassa complessità assistenziale</li> <li>• Tetto di spesa per il personale sottostimato</li> <li>• Inadeguatezza strutturale degli ospedali</li> <li>• Cronica carenza di personale rispetto alle strutture attualmente attive</li> <li>• Obsolescenza di parte della tecnologia presente</li> <li>• Elevate liste di attesa per alcune delle 68 prestazioni traccianti</li> <li>• Scarsa integrazione tra ospedale e Medicina del territorio</li> <li>• Carenza di strutture riabilitative e per anziani e di strutture residenziali e semiresidenziali per malati di mente</li> <li>• Riduzione sedute operatorie per interventi chirurgici dovuto a carenza di medici anestesisti</li> </ul>
OPPORTUNITA'	MINACCE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenziamento strutture assistenziali territoriali, finanziate dal PNRR</li> <li>• Riorganizzazione e adeguamento della Rete ospedaliera</li> <li>• Costruzione del nuovo ospedale utilizzando lo specifico finanziamento nazionale</li> <li>• Riconversione RSA di Giulianova (ora usata per malati Covid) e apertura comunità per tossicodipendenti (doppia diagnosi) di Cellino Attanasio</li> <li>• Disponibilità di un fondo nazionale dedicato alla copertura dei costi per farmaci innovativi (per trattamento hcv e patologie oncologiche)</li> <li>• Utilizzo del nuovo software per la gestione amministrativa e contabile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il perdurare della situazione emergenziale dovuta a SARS COVID</li> <li>• Mancato equilibrio economico</li> <li>• Presenza di strutture sanitarie pubbliche e private extra-regionali vicine ai confini abruzzesi</li> <li>• Aumento della spesa farmaceutica in conseguenza dell'introduzione di farmaci nuovi ad alto costo</li> <li>• Difficoltà di governare la domanda</li> <li>• Finanziamento da parte della Regione non ancora basato sulla quota capitaria</li> <li>• Difficoltà, a livello nazionale, nel reperire personale medico di alcune specialità (anestesia, radiologia, medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, pediatria, ecc.)</li> </ul>

**Scheda 2 - Descrizione gruppo di lavoro**

<b>Fase</b>	<b>Attività</b>	<b>Soggetti coinvolti</b>
Fase 1	Definizione del contesto istituzionale: Mission e Vision	Direzione Strategica aziendale
Fase 2	Definizione struttura organizzativa e conseguente strutturazione del piano dei Centri di Responsabilità	Direzione Strategica aziendale
Fase 3	Definizione Piano Strategico	Direzione Strategica aziendale, Uffici di staff con la collaborazione di tutti i Dipartimenti/Coordinamenti aziendali
Fase 4	Definizione obiettivi specifici di Centro di Responsabilità ed articolazione delle fasi della negoziazione nel rispetto del regolamento di budget vigente	Direzione Strategica aziendale, Comitato Budget, Controllo di Gestione
Fase 5	Validazione del Piano e del processo attuativo proposto in riferimento normativa nazionale vigente	Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)
Fase 6	Predisposizione delle schede di Budget	Controllo di Gestione
Fasi trasversali	Connessione funzionale con il Programma triennale di prevenzione della corruzione	Direzione Strategica aziendale, Coordinamento Staff, Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza
	Integrazione con i documenti di programmazione economico finanziaria	Direzione Strategica aziendale, Controllo di Gestione, Programmazione Attività Economiche e Finanziarie



### 3.2.9 Pari opportunità e equilibrio di genere

In questo paragrafo vengono brevemente sintetizzati gli obiettivi che questa Azienda sanitaria intende perseguire in materia di pari opportunità, parità di genere, inclusione, prevenzione e contrasto alle discriminazioni, benessere organizzativo, secondo quanto previsto e stabilito dall'art. 48 del Decreto Legislativo n. 198 dell'11.04.2006 (Codice della Pari Opportunità).

In tale sezione ci si limita a descrivere gli obiettivi di carattere generale come previsti dal *“Piano delle azioni positive C.U.G.- triennio 2021/2023”*, adottato da questa Azienda con Deliberazione n. 783 del 21 aprile 2021.

Gli obiettivi di carattere generale volti a garantire le pari opportunità e l'equilibrio di genere previsti nel Piano delle azioni positive sono:

- **OBIETTIVO N. 1:** Realizzare iniziative di formazione per i componenti del CUG e per tutti gli operatori aziendali, su tematiche del benessere organizzativo, mobbing, pari opportunità.
- **OBIETTIVO N. 2:** Favorire la realizzazione di progetti legati alla “medicina di genere”.
- **OBIETTIVO N. 3:** Favorire politiche di conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità familiari.
- **OBIETTIVO N. 4:** Eliminare le discriminazioni e affermare condizioni di parità e pari opportunità per tutto il personale aziendale.

All'interno del Piano della Azioni positive 2021-2023 ciascun obiettivo generale è a sua volta articolato in obiettivi specifici, con la descrizione delle relative azioni, degli attori coinvolti e delle tempistiche di realizzazione.



### 3.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

#### 3.3.1 Introduzione

Il presente Piano, su proposta del Responsabile per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza (RPCT) dell'ASL di Teramo, nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 61 del 27.01.2017, costituisce la sezione del P.I.A.O. (Piano integrato di attività e organizzazione di cui al D.L. 80/2021 e s.m.i.) dedicata ai "Rischi corruttivi e Trasparenza" per il triennio 2022-2024.

La presente Sezione del PIAO adottata dalla ASL di Teramo per il triennio 2022 – 2024 è stata redatta durante l'emergenza da Sars-Cov-2, ha dovuto necessariamente tener conto delle nuove misure di contrasto e contenimento della pandemia che hanno continuato ad incidere, anche nell'anno 2022, sull'organizzazione della ASL di Teramo e sull'utilizzo delle risorse.

La ASL di Teramo nel triennio 2022 – 2024 intende confermare i propri obiettivi strategici di prevenzione e contrasto del fenomeno della corruzione: diffondere la cultura dell'etica, della legalità e della trasparenza tra tutti i dipendenti e collaboratori; integrare nei processi aziendali le misure di prevenzione della corruzione rafforzando il monitoraggio dei processi, dei rischi e delle misure. per favorire l'emersione di fenomeni di "cattiva amministrazione", attraverso un percorso di cambiamento culturale che ponga al centro di ogni azione e decisione amministrativa l'obiettivo della qualità nei servizi, nelle prestazioni e nelle relazioni tra l'Azienda e i cittadini.

Nel Piano sono descritte le misure organizzative da implementare per favorire l'efficacia degli strumenti di contrasto previsti dalla normativa quali: la trasparenza delle informazioni da attuare compatibilmente con la normativa sulla protezione dei dati personali, il rispetto dei codici di comportamento da parte dei dipendenti, la rotazione degli incarichi; la formazione dei dipendenti, la gestione del rischio attraverso l'analisi dei processi integrando rischio di corruzione e risk management; l'individuazione delle criticità e delle misure da adottare in termini di specifici obiettivi di performance.

Il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione avverrà attraverso la condivisione degli obiettivi.

Le fasi di elaborazione di questo Piano sono state:

- Analisi dei risultati del monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure individuate nell'anno precedente unitamente al loro impatto sui processi organizzativi.;
- l'analisi del contesto esterno e di quello interno;
- l'analisi dei procedimenti disciplinari e di quelli giudiziari per area e processo;
- aggiornamento della mappatura dei processi e dei livelli di rischio;
- il confronto con i Referenti e i dirigenti aziendali.



### 3.3.2 Oggetto e finalità

L'Azienda adotta il Piano di Prevenzione e della Trasparenza ai sensi dell'art. 1, commi 5 e 60, della Legge n. 190 del 2012.

Il PTPC rappresenta il documento fondamentale per la definizione della strategia di prevenzione della corruzione. Si tratta di un documento di natura programmatica che ingloba tutte le misure da porre in essere per il perseguimento degli obiettivi strategici aziendali finalizzati alla prevenzione della corruzione ed all'attuazione della trasparenza, garantendone la concreta applicazione. La struttura ed i contenuti specifici del PTPC sono definiti tenendo conto delle funzioni e della specificità amministrativa dell'Azienda.

La Asl di Teramo riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, quali strumenti essenziali al perseguimento della mission aziendale e delle proprie funzioni istituzionali e, a tal fine, adotta e sviluppa un sistema di prevenzione e monitoraggio dei comportamenti illeciti basato sull'applicazione dei principi e delle disposizioni previste e di seguito indicate.

D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62;

“Codice di comportamento aziendale” adottato ai sensi dell’art. 54 d.lgs. 165/2001 con deliberazione n. 101 del 28/01/2014;

Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 così come modificato dal D. Lgs 97 del 25 maggio 2016 in materia di “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;

Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39, in materia di inconfiribilità e di incompatibilità di incarichi e relativi orientamenti ANAC (valga per tutti la determinazione n. 149 del 28/12/2014 dell’ANAC);

L 179 del 30/11/2017 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato” (“whistleblower”)

Codice dei contratti Pubblici, adottato con decreto legislativo n. 50/2016, rivisto nel 2017 (decreto legislativo n. 56/2017)

provvedimenti e Linee Guida predisposti dall’Autorità Nazionale Anticorruzione che ha indicato il PNA 2019 come unico atto di indirizzo.

L’ A.N.AC., con la delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 recante “Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019, ha rivisto e consolidato in un unico atto di indirizzo tutte le indicazioni fornite dal 2013 integrandole con i diversi orientamenti maturati nel corso del tempo e oggetto di appositi atti regolatori. L’atto propone alle amministrazioni, tenute a recepire nei loro Piani anticorruzione le indicazioni contenute nel PNA, innovative indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi, fornisce raccomandazioni relative all’applicazione del principio di rotazione “ordinaria” del personale e richiama i riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

In particolare, l’allegato 1) ha rappresentato l’allegato metodologico al Piano nazionale



anticorruzione (PNA) 2019 e fornisce indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del “Sistema di gestione del rischio corruttivo” ed il documento di riferimento nella predisposizione dei Piani triennali della prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) per la parte relativa alla gestione del rischio corruttivo, mentre restano validi riferimenti gli approfondimenti tematici (es. contratti pubblici, sanità, istituzioni universitarie, ecc.) riportati nei precedenti PNA.

Successivamente con il decreto legge 9 giugno 2021 n. 80 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 è stato introdotto il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) con l’obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un’ottica di massima semplificazione degli atti di pianificazione per cui la pianificazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza dovrà costituire una sezione integrata con altri strumenti di pianificazione.

L’iter per l’approvazione del decreto ministeriale chiamato a fornire le indicazioni per la redazione del PIAO, nonché il DPR chiamato a riorganizzare l’assetto normativo perché sia conforme alla nuova disciplina del PIAO, non è ancora concluso e quindi, ad oggi, tali atti non sono vigenti, fermo restando il decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228 che ha differito, in sede di prima applicazione, l’approvazione del PIAO al 30 aprile 2022.

In data 12 gennaio 2022 il Consiglio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione ha deliberato di rinviare la data per l’approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza, fissata al 31 gennaio di ogni anno dalla legge 6 novembre 2012 n. 190, per l’anno 2022, al 30 aprile.

Inoltre, ha fornito indicazioni basate sulla normativa vigente e sul PNA 2019-2021 atteso che ai sensi dell’art. 6 del D.L. convertito: “... [omissis] Costituiscono elementi essenziali della sottosezione, quelli indicati nel Piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall’ANAC ai sensi della legge 6 novembre 2012 n. 190).

Il PTPC è formalmente strutturato quale documento di programmazione, con indicazione di:

- ✓ obiettivi;
- ✓ indicatori;
- ✓ azioni;
- ✓ tempistica;
- ✓ responsabilità.

Attraverso il presente documento dunque, si intende offrire alla Dirigenza ed ai Responsabili delle strutture aziendali un sistema organico di principi e regole da veicolare ai Dipendenti, ai Collaboratori, agli operatori, per prevenire l’illegalità e la “cattiva amministrazione”.

Nello specifico, il PTPC fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione al rischio di corruzione delle proprie articolazioni organizzative e stabilisce gli interventi volti a prevenire detto rischio, individuando, altresì, le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione. Il PTPCT non va inteso come un appesantimento burocratico ma come un’occasione di cambiamento culturale di tutti gli operatori dell’amministrazione per la corretta gestione delle risorse finalizzata alla massima soddisfazione dei bisogni dell’utenza.

### 3.3.3 Attuazione PTPCT anno 2021

L'emergenza Covid si è protratta per l'intero anno 2021, condizionando le attività sanitarie, sia per quanto attiene aspetti della prevenzione che della cura. In particolare, l'anno è stato interessato dall'organizzazione dell'attività vaccinale che ha richiesto un notevole impegno da parte del personale a tutti i livelli.

Nonostante le oggettive difficoltà, le misure di prevenzione della corruzione previste nei piani precedenti, ormai consolidate e acquisite come elemento culturale della dirigenza aziendale, hanno continuato a produrre effetti anche in assenza di un'attività di monitoraggio più stringente. Come previsto nel piano 2021 (approvato il 31 marzo) il monitoraggio è stato effettuato secondo le modalità indicate.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi legati alle misure più rilevanti, quali la trasparenza e le misure trasversali ed alcune misure specifiche delle aree ad alto rischio, è stato oggetto di costante valutazione.

Al fine di stimolare le azioni di valutazione del rischio e di proposta delle nuove misure, evitando la riproposizione di relazioni formali con la mera descrizione degli obiettivi raggiunti, il gruppo di lavoro ha adottato un format specifico, incentrato sui seguenti elementi:

- Grado di attuazione annuale delle azioni di prevenzione;
- Variazioni (in senso positivo e/o negativo) intervenute nel corso dell'anno;
- Valutazione dei rischi corruttivi connessi ai singoli processi;
- Valutazione del grado di efficacia delle misure previste nel vigente Piano quali strumenti di prevenzione del rischio di corruzione;
- proposte per il piano 2022-2024 (rischi emergenti; proposte concrete; azioni da attuare; obiettivi da perseguire; altre proposte e suggerimenti).

L'illustrazione ha rappresentato un momento di confronto tra l'RPCT e Gruppo di Lavoro con i Referenti ed i Responsabili delle azioni previste nel Piano.

Quanto sopra ha favorito l'emersione di alcune significative proposte ed ha permesso, altresì, una lettura omogenea delle relazioni di monitoraggio.

Con riferimento alle misure trasversali si evidenzia un risultato ampiamente positivo per quanto riguarda la trasparenza.

Compatibilmente con quanto riportato in premessa, il livello di raggiungimento degli obiettivi, per quanto attiene alle misure specifiche assegnate ai responsabili dei processi risulta, complessivamente, soddisfacente.

### APPLICAZIONE DEL CODICE AZIENDALE DI COMPORTAMENTO

Il Monitoraggio sull'attuazione del Codice di Comportamento e la verifica sull'uso dei poteri disciplinari, sono stati svolti attraverso l'analisi sia delle sanzioni disciplinari irrogate dai Responsabili di U.O.S. sia dell'attività disciplinare dell'UPD.

Come relazionato dall'UPD, le misure di prevenzione previste si sono dimostrate efficaci, anche alla luce della diminuzione del numero di procedimenti e di sanzioni rispetto all'anno precedente. Il medesimo Ufficio ha proposto, altresì, di inserire nel piano 2022-2024 la pubblicazione sul sito web della ASL, nella sezione dedicata "Codice Disciplinare", di ...una casistica aziendale in cui si prospetta il comportamento non adeguato relativo all'illecito disciplinare e la condotta che sarebbe stata invece corretta.

### ROTAZIONE DEL PERSONALE

La rotazione del personale ha interessato la dirigenza tecnico-amministrativa con una serie di provvedimenti, tra i quali:



- riassetto provvisorio delle funzioni di staff e del dipartimento amministrativo;
- avvicendamento di dirigenti/responsabili in alcune UU.OO. (es: UOC Attività tecniche e Patrimonio, UOC Monitoraggio Contratti),
- suddivisione di aree nella gestione del personale (es: UOC pianificazione e dinamiche sviluppo e UOC amministrazione del personale)
- affidamento di Incarichi di funzioni amministrative in sostituzione delle Posizioni organizzative, come previsto dal vigente CCNL.

Inoltre, la rotazione del personale è stata attuata per quanto riguarda le aree della Prevenzione (Aree dei Controlli Sanitari - medici, veterinari e tecnici sanitari - Commissioni di Medicina Legale), i RUP, per quanto riguarda le Commissioni per il reclutamento del personale.

Un'ulteriore misura diversa dalla rotazione ma sempre finalizzata a prevenire eventi corruttivi è stata l'implementazione del nuovo applicativo gestionale AREAS che rende cogenti gli adempimenti procedurali necessari per l'acquisizione di beni e servizi, sanitari e non, nelle diverse fasi di: autorizzazione, ordine, evasione e liquidazione.

### INCOMPATIBILITÀ E CONFLITTO DI INTERESSI

La verifica delle dichiarazioni sull'assenza di conflitto di interessi è avvenuta con l'acquisizione delle dichiarazioni per tutte le attività previste, comprese le Commissioni di Invalidità.

L'attività di verifica è stata prevista a campione presso le singole articolazioni aziendali.

### SEGNALAZIONE CONDOTTE ILLECITE

È pervenuta un'unica segnalazione relativa ad un'infrazione minore per violazione del codice di comportamento, non riconducibile a fatti di natura corruttiva.

### FORMAZIONE DEL PERSONALE

L'emergenza sanitaria non ha consentito di realizzare pienamente gli obiettivi di formazione previsti nel piano. Sono stati eseguiti, comunque, corsi di formazione on line nelle aree a rischio maggiormente interessate dalle novità e deroghe normative, introdotte a seguito della pandemia. Per quanto riguarda i temi specifici legati alla prevenzione della corruzione e trasparenza, il gruppo di supporto ha partecipato agli eventi formativi organizzati dall'ANAC e dalla Associazione Italiana per l'Integrità della Salute.

### RECLUTAMENTO E PROGRESSIONE DEL PERSONALE. INCARICHI E NOMINE

Alla luce delle relazioni pervenute e delle verifiche effettuate, il grado di attuazione delle misure di prevenzione previste è, complessivamente, soddisfacente.

Per quanto attiene alla rotazione del personale, nelle more dell'adozione del Regolamento da parte della Direzione Aziendale, nelle UU.OO. "...si cerca di garantire l'interscambiabilità dei dipendenti nel rispetto delle competenze di ciascuno, stante anche l'esiguità della dotazione organica a tempo indeterminato. In ogni caso si pone attenzione alla trattazione delle varie problematiche con il coinvolgimento di più operatori."

### CONTRATTI

Alla luce delle relazioni pervenute e delle verifiche effettuate, il grado di attuazione delle misure di prevenzione previste è, complessivamente, soddisfacente.

Per quanto attiene alle variazioni organizzative intervenute nel corso dell'anno, si segnalano:

- ✓ l'istituzione (con deliberazione n. 601/2021) del "tavolo dei gestori dei fabbisogni", le cui attività sono regolarmente svolte e verbalizzate con sedute periodiche. La creazione di questo





organismo rappresenta una svolta migliorativa sia ai fini del contenimento dei costi, sia per un ulteriore controllo sulle richieste pervenute e consente una più puntuale verifica delle necessità rilevate unitamente ad una più corretta formulazione della programmazione. L'atto di acquisto che parte sempre dalle premesse di programmazione dà solo esecuzione a decisioni già validate;

- ✓ l'avvio dei progetti pilota per la gestione del conto deposito per quanto attiene all'informatizzazione del processo di utilizzo dei dispositivi, in aderenza alla procedura prevista nel nuovo software gestionale. "L'attivazione del gestionale AREAS consente una mappatura efficace del conto deposito, tempi di reintegro certi e verifica delle giacenze. Si amplierà la mappatura di dispositivi anche per altri reparti congiuntamente ad una revisione della codifica dei prodotti acquistati con tale modalità contrattuale".

Tra le proposte formulate, si segnala, in particolare, per quanto attiene al "Controllo dei requisiti dei partecipanti anche con riferimento ad eventuali rapporti o parentela con i dipendenti dell'azienda" l'emanazione di un codice etico per i dipendenti, che sottolinei l'importanza dell'astensione in caso di conflitto di interesse, ribadendo quanto già previsto dalla norma (art. 6 bis L 241/90 e art. 7 DPR 62/2013).

#### ATTIVITÀ TECNICHE E GESTIONE DEL PATRIMONIO

Atteso che le misure sono state complessivamente adottate, si segnala, in particolare, quanto segue:

- il grado di attuazione annuale delle azioni di prevenzione risulta positivo, in particolare per quanto attiene agli obblighi previsti per la trasparenza, per le misure di prevenzione dei conflitti di interesse, la programmazione, i controlli interni, la verifica dei progetti per il controllo del rispetto delle previsioni normative in materia di indebito frazionamento dell'appalto e la completezza della documentazione attinente allo stato di avanzamento dei lavori da parte del RUP (che viene allegata alla Delibera), la sottoscrizione dei patti di integrità. L'attuazione delle misure adottate, viene verificata con specifici controlli a campione.
- due variazioni organizzative hanno generato risvolti positivi: l'adozione di un apposito atto concernente la rotazione dei tecnici per il controllo delle attività di manutenzione delle strutture; l'istituzione del tavolo dei gestori dei fabbisogni, con positive ricadute nella fase di programmazione dei lavori e nella segregazione delle funzioni.

#### RISPETTO DELLE VIGENTI PROCEDURE NELLE ATTIVITÀ VACCINALI ANTICOID

Il ricorso a sistemi di prenotazione per l'accesso alla somministrazione delle vaccinazioni anti Covid-19 ha garantito il rispetto dei criteri di equità e trasparenza nello svolgimento dell'attività. Non sono pervenute segnalazioni in merito al mancato rispetto delle priorità di accesso alle vaccinazioni definite da circolari nazionali e regionali.

#### AREA ASSISTENZA FARMACEUTICA E GOVERNO CLINICO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI

L'informatizzazione del processo di utilizzo dei dispositivi medici gestiti in conto deposito è stata avviata a partire dal 1° ottobre 2021.

L'attuazione è stata possibile solo nelle due unità operative pilota, per le quali si è registrato un più alto livello di rischio, afferente al P.O. di Teramo: Emodinamica e Radiologia Interventistica. La misura verrà implementata nella sua completezza solo successivamente possibilmente con l'estensione ai 4 presidi ospedalieri.



Un importante filtro per limitare l'acquisto di dispositivi medici fuori gara o di ultima generazione, è rappresentato dal nuovo gestionale, avviato nel mese di luglio 2021, Sono stati garantiti la ricognizione ed il monitoraggio dei contratti in scadenza, attraverso la produzione di specifici elenchi

Quanto all'applicazione del regolamento sulle modalità di accesso degli informatori scientifici, delle aziende farmaceutiche e di D.M., le indicazioni contenute nel Regolamento vengono osservate.

Relativamente all'analisi dell'appropriatezza dei consumi ospedalieri di farmaci e dispositivi medici e condivisione con medici ospedalieri, le prescrizioni di farmaci e DM che giungono agli sportelli di distribuzione diretta vengono puntualmente controllate e viene verificato il rispetto di tutti i vincoli ministeriali. Le richieste delle unità operative relative a farmaci nominativi, vengono puntualmente valutate. La condivisione delle scelte con i clinici prescrittori è continua e proficua.

Infine, in merito all'avvio delle attività del gruppo di lavoro dedicato al monitoraggio prescrittivo, di consumo e di spesa in area ospedaliera, a causa del perdurare dello stato di emergenza COVID-19, nel corso del 2021 è stato svolto solamente un incontro preliminare con i Direttori di Dipartimento.

#### DIPARTIMENTI OSPEDALIERI

Anche per il 2021, si conferma la partecipazione alle attività di monitoraggio da parte dei Direttori dei dipartimenti e dei direttori di UOC ad essi afferenti.

Come ampiamente indicato nelle relazioni, il perdurare dell'emergenza pandemica ha continuato a condizionare le attività delle Unità Operative ospedaliere, impegnate nell'applicazione delle misure per la gestione e prevenzione del Covid.

#### AREA VIGILANZA E ISPEZIONE

Alla luce delle verifiche effettuate, il grado di attuazione delle misure di prevenzione stabilite può considerarsi, complessivamente, soddisfacente, come risulta dal monitoraggio effettuato dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione, di cui si riportano, di seguito, alcuni elementi significativi:

- tutti i Servizi del Dipartimento di Prevenzione, in particolar modo nell'effettuazione dei controlli ufficiali delle attività di vigilanza e di ispezione nella veste di "Autorità competente locale", assicurano l'imparzialità, prevedendo per il personale Dirigenti/medici/veterinari e tecnici della Prevenzione una operatività su tutto il territorio dell'Azienda sanitaria a prescindere dalle sedi di servizio e adottando il criterio dell'assegnazione delle prestazioni al di fuori delle ex USL di provenienza, ad eccezione degli interventi di urgenza/emergenza. Per la Dirigenza medica/veterinaria è stabilita la rotazione garantendo l'avvicendamento nell'assegnazione delle responsabilità nei diversi settori. L'affidamento dei controlli ai Dirigenti Medici/veterinari e dai tecnici della prevenzione è disposto su tutte le imprese del territorio provinciale. E' prevista l'esecuzione del controllo ufficiale con la presenza di almeno due unità di personale sanitario (dirigenti medici/veterinari o tecnici della ASL o di altri Enti).
- Per i tecnici della Prevenzione neoassunti è stata effettuata un iniziale rotazione tra i Servizi Dipartimentali al termine della quale i tecnici sono assegnati alle UU.OO. per un periodo di due anni. È prevista la successiva rotazione.
- L'informatizzazione del processo di prenotazione e pagamento è stata portata a termine nella UOSD Tutela della Salute nella Attività Sportive che attualmente si avvale del CUP Aziendale, del Piano Triennale della Corruzione e della Trasparenza.
- Il Dipartimento di Prevenzione ha provveduto all'istituzione di uno sportello informativo



accessibile dal sito della ASL di Teramo contenente informazioni e dati di interesse in alcuni Servizi del Dipartimento di Prevenzione. Attualmente lo sportello è stato attivato per il Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti e nei Luoghi di lavoro ed è in fase di sperimentazione, ovvero, in corso di perfezionamento e di implementazione dei dati da parte dei Servizi.

- Attualmente, vengono regolarmente pubblicati nella sezione INFORMAZIONI AMBIENTALI i dati relativi al controllo ufficiale delle acque potabili a cura del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione.
- Circa il monitoraggio sulle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi nell'UOC di Medicina Legale la misura viene applicata attraverso il rilascio, prima dell'assunzione dell'incarico, da parte dei componenti e segretari delle commissioni d'invalidità e patenti, di apposita autocertificazione sull'insussistenza delle cause di incompatibilità.
- Ogni dipendente ha garantito la tracciabilità delle attività connesse allo svolgimento delle funzioni attraverso adeguati supporti informatici. I dipendenti hanno applicato anche la misura della collegialità intesa nel senso di collaborazione evitando di prendere decisioni unilaterali.

### AREA GESTIONE DELLE ENTRATE DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

L'attivazione a regime della nuova procedura informatizzata per la gestione delle attività economiche ha favorito il perseguimento degli obiettivi di prevenzione della corruzione migliorando la tracciabilità dei processi e lo snellimento delle procedure.

#### **3.3.4 Elaborazione / aggiornamento ed adozione del PTPCT**

Il presente PTPCT 2022-2024 è stato redatto sulla base dei seguenti elementi conoscitivi:

- relazioni di monitoraggio trasmesse dai Referenti e dai responsabili di UU.OO. seguite da specifici confronti on line con i responsabili delle principali aree a rischio;
- normative sopravvenute (normative regionali e nazionali, Linee Guida ANAC.) che hanno inciso sui processi;
- monitoraggio, a cura dell'UPD, in ordine alle segnalazioni pervenute e sui procedimenti disciplinari esperiti.
- Obiettivi strategici della Direzione aziendale

Le principali misure di prevenzione, sia quelle generali indicate dalla legge 190/2012 e dal PNA, che le misure ulteriori sono state calate nel contesto organizzativo e declinate in obiettivi generali e obiettivi specifici.

Una sezione del Piano è dedicata alla trasparenza che continua ad essere considerata la principale misura di prevenzione della corruzione e dei fenomeni di *maladministration*.

La trasparenza amministrativa viene intesa come diritto dei cittadini a conoscere dati ulteriori rispetto a quelli già pubblicati sui siti web istituzionali con lo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. Gli adempimenti di trasparenza dovranno essere compatibili con la tutela della privacy garantendo il rispetto delle norme e dei regolamenti vigenti, anche con la collaborazione del DPO aziendale.

#### Struttura organizzativa di supporto

Per la predisposizione del presente PTPC 2022 - 2024 il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, Dott.ssa Domenica Ruffini (nominato con Deliberazione n. 61 del 27/01/2017) si è avvalso della collaborazione del gruppo di supporto individuato con del. n. 701 del 08.06.2017. I Referenti per la Prevenzione della Corruzione sono stati individuati nei Direttori di Dipartimento/Coordinamento (nominati con Deliberazione n. 81 del 29.01.2016).

### 3.3.5 Gestione del rischio

La gestione del rischio si articola in quattro fasi principali:

- mappatura dei processi a rischio corruzione;
- valutazione del rischio;
- trattamento del rischio attraverso misure di prevenzione e neutralizzazione;
- monitoraggio e valutazione delle misure.

Le misure di prevenzione sono state progettate rispettando il principio della loro sostenibilità e verificabilità. Sono stati individuati i soggetti responsabili, le modalità di attuazione del monitoraggio, i tempi e gli indicatori di valutazione.

La mappatura dei processi e la valutazione del livello di rischio è stata effettuata dall' RPCT con la collaborazione del gruppo di supporto e dei Referenti aziendali.

Di seguito si riporta l'esito del processo di valutazione del rischio.

#### Mappatura dei processi a rischio corruzione

La mappatura dei processi consiste nell'analisi delle attività rilevando: le fasi principali di cui si compone; i soggetti responsabili, le interazioni con altri processi e corresponsabilità, identificazione del possibile evento rischioso, misure di prevenzione esistenti, misure di prevenzione da adottare.

Tenuto conto:

- della Relazione Annuale sull'applicazione del PTCP anno 2021;
- delle relazioni di monitoraggio trasmesse dai referenti e dai Direttori delle UU.OO., approfondite nel corso di confronti con alcune delle principali aree a rischio maggiormente interessate dalle ricadute organizzative dell'emergenza Covid: reclutamento del personale; contratti e lavori pubblici; erogazione di prestazioni sanitarie per quanto riguarda i processi legati alla gestione e prevenzione del Covid;
- del monitoraggio delle azioni;
- dalle segnalazioni pervenute.

si è ritenuto di poter:

- confermare la valutazione dei rischi per i processi rispetto ai quali non siano stati segnalate anomalie o criticità e che non siano stati interessati da sostanziali modifiche;
- abbassare e/o eliminare il rischio per i processi che hanno subito degli aggiornamenti o per i quali le misure previste si siano dimostrate efficaci;
- aumentare il rischio per i processi interessati da criticità.

A seguito dell'emersione di segnalazioni di presunti eventi corruttivi si è proceduto alla nuova mappatura del processo interessato.

#### Valutazione del Rischio

I processi, oggetto di mappatura, sono stati raggruppati nelle seguenti classi di rischio:

1. Rischio basso: (RB)
2. Rischio medio: (RM)
3. Rischio alto: (RA)
4. Rischio critico: (RC)

Il catalogo dei processi con la valutazione del rischio è riportato nell'Allegato 1.



## Trattamento del rischio attraverso misure di prevenzione e neutralizzazione

Nel PTPCT accanto alle misure di prevenzione specifiche per ciascuna area/processo a rischio, sono previste importanti misure generali, indicate dalla legge 190/2012, ed aggiornate dal D.lgs 97/2016. La trasparenza è una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione e per la promozione dell'integrità. Di seguito, nella sezione dedicata, vengono riportati gli obblighi di pubblicazione delle informazioni nella sezione di Amministrazione Trasparente del sito aziendale, con l'indicazione: dei soggetti cui compete la trasmissione e la pubblicazione dei dati, i tempi di aggiornamento delle informazioni, le sanzioni previste in caso di mancato rispetto degli obblighi previsti, le misure organizzative adottate per favorirne l'attuazione.

Verifica delle dichiarazioni sulla insussistenza delle cause di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi in attuazione del d.lgs. 39/2013

la diffusione del Codice di comportamento, delle buone pratiche e valori, fra cui l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse ed il suo aggiornamento;

la tutela del dipendente che effettua segnalazioni (c.d. whistleblower);

la formazione.

Sono state individuate le azioni specifiche (vedi All. 3) e le misure trasversali/generali (vedi All. 2), al fine di diminuire i livelli di rischio di corruzione nell'Azienda. Le misure indicate saranno tradotte in precisi obiettivi da raggiungere da parte di ciascuno degli uffici coinvolti anche ai fini della responsabilità dirigenziale.

## Soggetti e compiti della strategia di prevenzione aziendale

### *Il Direttore Generale*

Organo di indirizzo politico dell'Azienda: nomina il RPCT; adotta il PTPC e tutti gli atti di indirizzo di carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione; garantisce la coerenza degli atti adottati con le previsioni del presente piano con particolare riferimento a quelli di natura organizzativa; individua gli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e di trasparenza, da riportare nel PTPC e declinare in obiettivi organizzativi e individuali; adotta le modifiche organizzative necessarie ad assicurare al RPCT "funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività".

### *Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza*

La Dott.ssa Domenica Ruffini nominata con delibera N.61. del 27.01.2017.

Elabora la proposta di PTPC, adottata dal Direttore Generale entro le scadenze annuali previste; verifica l'attuazione del PTPC e la sua idoneità; redige e pubblica la relazione annuale con il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal PTPC ; svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti in materia di trasparenza ed indicati nell'apposita sezione del PTPC, assicurando la completezza, la chiarezza, e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'OIV, all'ANAC e nei casi più gravi all' UPD, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione; controlla ed assicura la regolare attuazione dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato, monitorando l'esito delle istanze ed occupandosi dei casi di riesame, sulla base di quanto stabilito dal d.lgs.33/2013 novellato. dal d.lgs 97/2016.

Inoltre verifica la conformità della procedura aziendale di " whistleblowing" alle indicazioni della L. 179 del 30/11/2017, svolge le attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute.



### *I Referenti per la prevenzione della corruzione*

Con la delibera del Direttore Generale, n. 81 del 26/01/ 2016 i referenti sono stati individuati nei Direttori di Dipartimento o Direttori di UOC in assenza del Direttore di Dipartimento.

Collaborano con RPCT garantendo un costante flusso informativo relativamente all'attuazione delle previsioni del pian; svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'Azienda, e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento; collaborano nell'attività di monitoraggio sul rispetto dei codici del codice di comportamento ; formulano proposte per la definizione dei criteri di rotazione del personale; vigilano sul rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti nella Sezione Trasparenza e sono tenuti a segnalare eventuali scostamenti e/o criticità all' RPCT; collaborano nella predisposizione di un sistema di monitoraggio dei rapporti tra gli operatori coinvolti nel processo decisionale ed i soggetti con i quali sono stati stipulati contratti, o sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici e non o sottoposti a controlli ai fini della verifica di eventuali relazioni di parentela o affinità o di interesse economico; formulano proposte in merito alla informatizzazione dei processi finalizzate a ridurre gli eventi rischiosi e a migliorare completezza e contenuti dei flussi di trasparenza; osservano le misure contenute nel PTPC.

**URP:** L'Ufficio Relazioni con il Pubblico: gestisce le richieste di accesso civico ed accesso civico generalizzato coordinandosi con i responsabili delle informazioni e con l'RPCT; gestisce l'archivio di tutte le richieste di accesso: accesso agli atti, accesso civico, accesso civico generalizzato; monitora i contenuti delle informazioni pubblicate su Amministrazione Trasparente ed il rispetto dei tempi di pubblicazione; supporta i servizi responsabili della pubblicazione nelle fasi di individuazione e pubblicazione dei dati.

**RASA:** Il Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA) individuato dalla ASL con delibera n. 1165 del 28 giugno 2019 nel Direttore della UOC Acquisizione Beni e Servizi, dott. Vittorio D'Ambrosio, garantisce l'iscrizione e l'aggiornamento dei dati relativi agli appalti nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti

**GESTORE ANTIRICICLAGGIO:** Il responsabile antiriciclaggio: è il "gestore" delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio (come disposto dal decreto del Ministero dell'Interno del 25/09/2015) da parte degli uffici della ASL, mettendo in atto strumenti e azioni di monitoraggio per l'individuazione di situazioni sospette e per la loro prevenzione.

Il Responsabile è stato nominato con Deliberazione n. 680 del 08/06/2016.

**I Dirigenti responsabili** Tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza: svolgono attività informativa nei confronti del RPC, dei Referenti e dell'Autorità Giudiziaria e dell'UPD; partecipano al processo di gestione del rischio; assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento e verificano le ipotesi di violazione; adottano le misure gestionali di competenza previste dall'art.16 e dall'art.55 bis del D.Lgs. n.165/2001 e successive modifiche ed integrazioni; osservano le misure contenute nel PTPC; trasmettono, entro il 31 ottobre di ogni anno, una relazione al Referente/direttore di Dipartimento di competenza, indicando le criticità riscontrate, gli eventuali casi di corruzione/violazione del Codice di Comportamento per gli aspetti di competenza, i bisogni formativi e le azioni di miglioramento individuate e gli eventuali suggerimenti, al fine di aggiornare e migliorare il PTPC; garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dal D. Lgs. n.33 del 2013.



**L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e gli altri organismi di controllo interno** L'OIV è stato nominato con deliberazione n. 1851 del 23/11/2020.

L'Organismo Indipendente di Valutazione e gli altri organismi di controllo interno: partecipano al processo di gestione del rischio; considerano i rischi e le azioni inerenti alla prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti; svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44, D. Lgs. n. 33 del 2013); esprimono parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall'Azienda (art.54, comma 5, D. Lgs. n. 165 del 2001).

**L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)** Nominato con delibera 539 del 17/03/2021. L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari: svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis, D. Lgs. n. 165 del 2001); provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'Autorità Giudiziaria; propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento; pubblica sul sito web dell'Azienda nella sezione dedicata, casi esemplificativi anonimi, tratti dalla casistica aziendale, in cui si prospetta il comportamento non adeguato che realizza l'illecito disciplinare ed il comportamento che sarebbe stato invece corretto; individua "orari di disponibilità" durante i quali i funzionari addetto sono disponibili ad ascoltare ed indirizzare i dipendenti dell'Azienda su situazioni o comportamenti, al fine di prevenire la commissione di fatti corruttivi o di illeciti disciplinari; relaziona semestralmente al RPC sui procedimenti disciplinari connessi al rischio corruzione.

#### *Il Dirigente dell'UOC Formazione, Aggiornamento e Qualità*

Il Dirigente Responsabile della UOC Formazione e Qualità collabora con il RPC per: l'indicazione del collegamento tra formazione in tema di anticorruzione e programma annuale della formazione; l'individuazione dei soggetti cui viene erogata la formazione in tema di anticorruzione; l'individuazione dei soggetti che erogano la formazione in tema di anticorruzione; l'indicazione dei contenuti della formazione in tema di anticorruzione; l'indicazione di canali e strumenti di erogazione della formazione in tema di anticorruzione; la quantificazione di ore/giornate dedicate alla formazione in tema di anticorruzione.

#### *I dipendenti dell'Azienda*

Tutti i dipendenti dell'Azienda: partecipano al processo di gestione del rischio; osservano le misure contenute nel PTPC; segnalano le situazioni di illecito di cui sono venuti a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio dirigente o all'UPD (art.54 bis, del D.Lgs n. 165 del 2001); segnalano i casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis, Legge n. 241 del 1990; artt. 6 e 7, D.P.R. n. 62 del 2013); segnalano al proprio dirigente/superiore gerarchico o al RPC l'apertura di eventuali procedimenti penali e procedimenti contabili per reati contro la pubblica amministrazione, che si sono conclusi con la richiesta del rinvio a giudizio, entro quindici giorni dalla ricezione formale del provvedimento; tengono un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

#### *I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda*

Tutti i collaboratori a qualsiasi dell'Azienda: osservano le misure contenute nel PTPC; segnalano le situazioni di illecito.

Normativa di riferimento:

collegati al link: <http://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/AttivitaAutorita/NormativeDiSettore>



### 3.3.6 Sezione trasparenza

La trasparenza, intesa come *“accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all’attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche”* (art. 1, comma 1, D.Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n.97/2016), è uno degli assi portanti della politica di prevenzione e di lotta alla corruzione.

La trasparenza dell’azione amministrativa rappresenta, altresì, lo strumento per garantire ai cittadini la conoscenza dei servizi resi dall’amministrazione, delle loro caratteristiche e delle modalità di erogazione.

Il rispetto pieno e diffuso degli obblighi di trasparenza, oltre che facilitare la diffusione delle informazioni, consente la comparazione fra le diverse esperienze amministrative e rende maggiormente visibili eventuali casi di cattivo funzionamento dell’organizzazione, permettendo così, alla stessa, di attivare azioni di miglioramento continuo della qualità dei processi organizzativi. Elemento centrale della trasparenza è la pubblicazione di dati ed informazioni sul sito internet istituzionale nella sezione *“Amministrazione Trasparente”*.

La promozione dei massimi livelli di trasparenza nello svolgimento delle attività sanitarie ed amministrative, rappresenta uno degli obiettivi strategici che la ASL di Teramo intende perseguire nel triennio 2022-2024.

Sono stati individuati gli obiettivi aziendali di trasparenza, (vedi allegato n.4) necessari a garantire l’accesso alle informazioni e le fasi di individuazione /elaborazione/ aggiornamento/ trasmissione/ pubblicazione dei dati per l’anno 2022.

Gli obblighi di pubblicazione, sono riportati nell’allegato 1 dove vengono indicate le specifiche sezioni e i responsabili della pubblicazione dei dati.

Si rammenta che la violazione degli obblighi di pubblicazione dà luogo ad una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 10.000 euro a carico del responsabile della violazione, così come individuato nell’anzidetto allegato 1., e che la suddetta sanzione viene direttamente comminata dall’ANAC.

Per favorire la fruibilità delle informazioni i soggetti responsabili della produzione dei dati sono tenuti ad osservare i criteri di qualità delle informazioni pubblicate ai sensi dell’art. 6 del d.lgs. 33/2013:

- ✓ integrità;
- ✓ costante aggiornamento;
- ✓ completezza;
- ✓ tempestività;
- ✓ semplicità di consultazione
- ✓ comprensibilità;
- ✓ omogeneità;
- ✓ facile accessibilità;
- ✓ conformità ai documenti originali;
- ✓ esposizione in tabelle dei dati oggetto di pubblicazione;
- ✓ indicazione della data di aggiornamento del dato, documento e informazione;
- ✓ pubblicazione dei dati in formato aperto (vedi delibera ANAC n. 50/2013).



**Allegato 1 - VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER AREA E PROCESSO**

**SINTESI PTPC 2022 - 2024**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Valut. rischio processo
<b>A - Reclutamento e progressione del personale: incarichi e nomine</b>	A.1 - Reclutamento	P.A.1 - Redazione piano delle assunzioni	Medio
		P.A.2 - Assunzioni straordinarie a tempo determinato e co.co.co di personale sanitario dirigenza e comparto per emergenza COVID	Medio
		P.A.3 - Procedure concorsuali assunzione tempo indeterminato personale Dirigente	Medio
		P.A.4 - Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria	Medio
		P.A.5 - Individuazione fabbisogno reclutamento del personale somministrato	Medio
		P.A.6 - Procedure concorsuali assunzione tempo indeterminato personale Comparto	Medio
		P.A.7 - Procedure di selezione per l'assegnazione di ore di medicina convenzionata e specialistica ambulatoriale	Medio
	A.2 - Conferimento incarichi	P.A.8 - Attribuzione incarichi dirigenziali per responsabile di UO	Medio
		P.A.9 - Conferimento incarichi dirigenziali	Medio
		P.A.10 - Valutazione incarichi dirigenziali	Medio
		P.A.11 - Conferimento incarichi di collaborazione	Medio
	A.3 - Nomina della commissione	P.A.12 - Assunzione a tempo indeterminato: dirigenza e comparto	Medio
	A.4 - Progressioni economiche	P.A.13 - Personale del Comparto	Medio
	A.5 - Attestazione presenze in servizio	P.A.14 - Controlli attestazione delle presenze in servizio	Alto
	A.6 - Lavoro agile	P.A.15 - Programmazione e verifica dello Smart Working	Bassa
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>	B.1 - Programmazione: definizione oggetto dell'affidamento	P.B.1- Definizione oggetto dell'affidamento: richiesta di beni e servizi. Rilevazione da parte degli uffici richiedenti di esigenze effettive, documentate e rispondenti a criteri di efficienza, efficacia ed economicità ed invio alla U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi	Medio
	B.2 - Progettazione della gara	P.B.2 - Determinazione degli elementi essenziali e dell'importo del contratto	Medio
		P.B.3 - Individuazione dello strumento / istituto per l'affidamento	Alto
		P.B.4 - Incarico per la predisposizione del capitolato, nomina del responsabile del procedimento e commissione giudicatrice	Medio
	B.3 - Esecuzione della gara	P.B.5 - Definizione dei criteri di attribuzione dei punteggi	Alto
		P.B.6 - Pubblicazione del bando e fissazione del termine ricezione offerte	Basso
	B.4 - Selezione del contraente	P.B.7 - Valutazione delle offerte	Medio
		P.B.8 - Nomina commissione giudicatrice/Gestione sedute di gara	Medio
		P.B.9 - Verifica dei criteri di partecipazione	Basso
		P.B.10 - Esclusioni	Basso
		P.B.11 - Valutazione/Verifica anomalia dell'offerta	Basso
	B.5 - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	P.B.12 - Accesso agli atti preavviso di ricorso/ricorso	Basso
		P.B.13 - Adozione delibera di aggiudicazione	Medio
		P.B.14 - Stipula del contratto	Alto
		P.B.15 - Verifica dei requisiti in capo all'operatore economico ai fini della stipula del contratto	Alto
	B.6 - Esecuzione del contratto	P.B.16 - Riscontro e liquidazione fattura	Medio
		P.B.17 - Monitoraggio contratti	Medio

<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>		P.B.18 - Monitoraggio sull'attività svolta dalla Ditta aggiudicataria e riscontro fatture	Alto
		P.B.19 - Approvvigionamenti beni di consumo e servizi per Emergenza COVID	Alto
<b>C - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari</b>	C.1 - Attività autorizzativa	P.C.1 - Autorizzazione di soggetti pubblici e privati per l'erogazione di servizi	Alto
		P.C.2 - Rilascio di autorizzazioni sanitarie o di pareri finalizzati al rilascio di concessioni di varia natura	Medio
		P.C.3 - Autorizzazione o Accreditamento di soggetti pubblici e privati per l'erogazione di servizi sanitari	Alto
	C.2 - Controllo ufficiale (attività di ispezione, verifica, audit, campionamento ed analisi)	P.C.4 - Accertamento dello stato di alterazione da sostanze stupefacenti e psicotrope in soggetti fermati alla guida di autoveicoli, in attuazione degli articoli 186 e 187 del codice della strada	Medio
		P.C.5 - Gestione campioni per la richiesta di dosaggio dell'alcolemia sottoposti a catena di custodia	Medio
		P.C.6 - Tutela della salute negli ambiti di lavoro	Medio
		P.C.7 - Controllo ufficiale sulla sicurezza alimentare presso le aziende di competenza del SIAN	Medio
		P.C.8 - Controllo ufficiale sulla sicurezza alimentare presso le aziende di competenza del SVIAOA	Medio
		P.C.9 - Controllo ufficiale sulle aziende di competenze del SVIAPZ	Medio
		P.C.10 - Controllo ufficiale sugli allevamenti e le attività di competenza de Servizio Sanità Animale	Basso
	C.3 - Concessione ed erogazione di prestazioni sanitarie	P.C.11 - Vaccinazione COVID 19	Basso
		P.C.12 - Prenotazione	Medio
		P.C.13 - Erogazione di prestazioni e servizi sanitari	Medio
		P.C.14 - Erogazione di prestazioni e servizi sanitari con pagamento posticipato	Alto
		P.C.15 - Erogazione di prestazioni e servizi sanitari non prenotati/pagati	Alto
		P.C.16 - Valutazione medico legali	Medio
		P.C.17 - Valutazione idoneità al lavoro apprendisti	Medio
		P.C.18 - Valutazione idoneità al lavoro dei dipendenti a seguito e a giudizio del medico competente	Medio
		P.C.19 - Erogazione di assistenza protesica	Medio
		P.C.20 - Inserimento in strutture Assistenziali/Riabilitative	Basso
		P.C.21 - Concessione ed erogazione di sovvenzioni contributi di qualunque genere a privati	Medio
<b>D - Gestione delle entrate delle spese del patrimonio</b>	D.1 - Gestione del bilancio	P.D.1 - Redazione dei Bilanci	Medio
		P.D.2 - Controllo ed approvazione dei Bilanci	Basso
	D.2 - Liquidazione e pagamento fatture	P.D.3 - Pagamento fatture	Basso
	D.3 - Rendicontazione	P.D.4 - Rendicontazione economica trimestrale per costi Emergenza COVID-19 (modello ministeriale CE Covid)	Basso
	D.4 - Gestione del patrimonio	P.D.5 - Ricognizione fisica e inventariazione dei cespiti	Basso
		P.D.6 - Approvvigionamento di beni durevoli per emergenza COVID	Medio
		P.D.7 - Cassa Economale	Basso

<b>F - Assistenza farmaceutica e governo clinico del farmaco e dei dispositivi medici</b>	F.1 - Area Ospedaliera dei farmaci e dispositivi medici e area territoriale del farmaco	P.F.1 - Rapporto con i fornitori	Medio
		P.F.2 - Vigilanza, ispezioni e controlli a strutture aziendali interne	Alto
		P.F.3 - Utilizzo Dispositivi Medici assegnati in conto deposito alle UU.OO aziendali	Alto
		P.F.4 - Controllo attività prescrittiva	Alto
		P.F.5 - Prescrizione di farmaci e dispositivi medici in ambito ospedaliero	Alto
		P.F.6 - Vigilanza, ispezioni e controlli a Ispezioni esterne a farmacie	Medio
		P.F.7 - Liquidazione ricette SSN e ricette/buoni spesa per assistenza integrativa a farmacie convenzionate, parafarmacie ed esercizi commerciali	Basso
		P.F.8 - Percorso di selezione beni sanitari	Medio
	F.2 - Approvvigionamento di farmaci e dispositivi	P.F.9 - Utilizzo dispositivi medici assegnati in conto deposito alle UU.OO aziendali	Medio
		P.F.10 - Richiesta di approvvigionamento presso la farmacia ospedaliera, autorizzata da responsabile di UU.OO	Medio
		P.F.11 - Accertamento congruità della richiesta e dell'autorizzazione	Medio
		P.F.12 - Scarico nel sistema gestionale di tutte le richieste di farmaci e dispositivi, consegnati alle UO farmaceutiche di presidio, nel corretto centro di costo	Medio
<b>G - Gestione percorso salma/ Mortalità intraospedaliera</b>	G.1 - Gestione percorso salma / mortalità intraospedaliera	P.G.1 - Percorso Salme: Attività conseguenti al processo in ambito ospedaliero	Medio
<b>H - Attività tecniche e gestione del patrimonio</b>	H.1 - Programmazione dei lavori pubblici	P.H.1 - Programmazione degli interventi di adeguamento alle norme e manutenzione straordinaria delle strutture appartenenti al patrimonio aziendale	Medio
		P.H.2 - Manutenzione ordinaria/Richiesta di lavori da parte di altri uffici	Medio
	H.2 - Progettazione della gara	P.H.3 - Nomina di: R.U.P, Progettisti, Coordinatore della sicurezza in fase di progettazione ed esecuzione, Direttore lavori	Medio
		P.H.4 - Attività di progettazione progetto: preliminare/esecutivo ed esecutivo	Basso
		P.H.5 - Individuazione dello strumento di affidamento	Medio
		P.H.6 - Predisposizione di atti e documenti	Basso
	H.3 - Selezione del contraente (in emergenza COVID)	P.H.7 - Affidamento lavori in emergenza COVID	Medio
	H.3 - Selezione del contraente	P.H.8 - Nomina della Commissione giudicatrice	Medio
		P.H.9 - Esclusioni	Medio
		P.H.10 - Individuazione degli Operatori Economici	Alto
	H.4 - Verifica aggiudicazione e stipula del contratto	P.H.11 - Verifica dell'eventuale anomalia dell'offerta	Medio
		P.H.12 - Aggiudicazione provvisoria	Medio
		P.H.13 - Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	Medio
	H.5 - Esecuzione del contratto	P.H.14 - Verifiche in corso di esecuzione	Alto
		P.H.15 - Subappalto	Alto
	H.6 - Rendicontazione del contratto	P.H.16 - Varianti in corso di esecuzione del contratto	Medio
		P.H.17 - Nomina del collaudatore	Medio
<b>L - Libera professione</b>	L.1 - Concessione ed erogazione di prestazioni sanitarie in Libera Professione	P.L.1 - Erogazione di prestazioni e servizi sanitari	Medio

Allegato 2 - PIANO DELLE MISURE TRASVERSALI

MISURE TRASVERSALI

Area	Misura	Tempistica indicatori	Soggetti competenti alla realizzazione
<b>AREA R - PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>			
<b>R - Piano triennale di prevenzione della corruzione</b>	<b>R.R1</b> - Coordinamento tra PTPC e gli strumenti di programmazione aziendale, con particolare riferimento al <b>PIAO</b>	<i>Annuale</i>	Tutti attori del PIAO Direzione strategica
	<b>R.R2</b> - Verifica efficace attuazione del Piano e sua idoneità ( <b>Monitoraggio dei rischi e delle misure</b> )	<i>Semestrale</i>	Referenti
	<b>R.R3</b> - Aggiornamento della "mappatura delle Aree e dei processi a rischio di corruzione"	<i>Annuale</i>	Referenti
	<b>R.R4</b> - Comunicazione al RPCT di, segnalazioni ANAC e segnalazioni anonime	<i>Annuale</i>	Segreteria generale ed affari legali Acquisizione beni e servizi Gestione del personale Patrimonio, lavori e manutenzioni
<b>AREA S - CODICE AZIENDALE DI COMPORTAMENTO</b>			
<b>S - Codice aziendale di comportamento</b>	<b>S.S1</b> - Aggiornamento tenendo conto delle nuove disposizioni normative e indicazioni ANAC	<i>Trasmissione della proposta entro il 30/11/2022</i>	UPD RPCT
	<b>S.S2</b> - Monitoraggio sulla attuazione del Codice e verifica sull'uso dei poteri disciplinari e confronto con i Dipartimenti	<i>entro il 31/12/2022</i>	UPD
	<b>S.S3</b> - Rilevazione annuale del numero e tipo delle violazioni accertate e sanzionate delle regole del Codice ed individuazione delle aree aziendali nelle quali si concentra il più alto tasso di violazioni su Scheda Relazione RPCT	<i>Entro il 10 gennaio 2022</i>	UPD
	<b>S.S5</b> - Vigilanza sul rispetto delle norme e dei regolamenti vigenti in materia di rilevazione delle presenze	<i>Tempestiva</i>	Direttori UOC e UOSD
	<b>S.S6</b> pubblicazione sul sito web della ASL, nella sezione dedicata "Codice Disciplinare", di ...una casistica aziendale in cui si prospetta il comportamento non adeguato relativo all'illecito disciplinare e la condotta che sarebbe stata invece corretta	<i>30 Novembre di ogni anno</i>	UPD
<b>AREA T - ROTAZIONE DEL PERSONALE</b>			
<b>Area T - Rotazione del personale</b>	<b>Mis.T.05</b> - Rotazione del personale addetto alle attività connesse al rilascio delle autorizzazioni sanitarie o di pareri	<i>Annuale</i>	Tutte le UU.OO del Dipartimento prevenzione

Area	Misura	Tempistica indicatori	Soggetti competenti alla realizzazione
Area T - Rotazione del personale	T.T3 - Affiancamento e formazione favorire l'interscambiabilità delle professionalità tra le Unità Operative individuate, come prioritarie per la rotazione con specifico percorso di formazione e affiancamento	<i>Tempestiva</i>	Tutti i dipartimenti e le UU.OO. interessate
	T.T4 - - Nel caso di incompatibilità alio svolgimento dell'incarico immediata adozione di tutte le misure finalizzate a garantire l'imparzialità ed il buon andamento dell'attività amministrativa Relazione al RPCT sulle misure adottate a seguito dell'accertamento dell'incompatibilità	<i>Tempestiva</i>	Tutti i direttori di UU.OO.
	T.T5 - In caso di notizia di avvio di procedimento penale a carico di un dipendente per fatti di natura corruttiva sarà avviato il conseguente procedimento disciplinare e ogni utile azione finalizzata a garantire l'imparzialità ed il buon andamento dell'attività amministrativa, ivi inclusa l'assegnazione ad altro incarico, così come previsto dall'art. 16. comma 1. lettera 1-quater del D. Lgs. 165/2001	<i>Tempestiva</i>	Tutti i direttori di UU.OO.
<b>AREA U - SEGNALAZIONE CONDOTTE ILLECITE (WHISTEBLOWING)</b>			
U - Segnalazione condotte illecite (Whistleblowing)	<b>U.U1</b> - Tutti i Dipendenti che sono venuti a conoscenza di condotte illecite in ragione del rapporto di lavoro, devono denunciare il fatto al proprio superiore gerarchico ovvero al Presidente dell'U P D. o al R.P.C., o utilizzare la procedura di Whistleblowing, che garantisce le adeguate misure di tutela e riservatezza previste dalla vigente normativa		Tutti i dipendenti
	<b>U.U2</b> - L' RPC svolge le attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute dai "whistleblower" (L 179 del 30/11/2017)	<i>Tempestiva</i>	RPCT
<b>AREA V - FORMAZIONE</b>			
V - Formazione	<b>V.V1</b> - La Formazione specialistica destinata alle Figure principali della prevenzione della corruzione	<i>Almeno 2 corsi per anno</i>	Formazione, qualità e comunicazione strategica
	<b>V.V2</b> - Formazione del personale generale rivolto ai Referenti e al personale coinvolto nell'applicazione degli obblighi di trasparenza	<i>Almeno 1corsi per anno</i>	Formazione, qualità e comunicazione strategica
	<b>V.V3</b> - Rotazione partecipanti corsi di aggiornamento per unità operativa	<i>annuale</i>	Formazione, qualità e comunicazione strategica
	<b>V.V. 4</b> – Integrazione del regolamento aziendale con la definizione di criteri specifici per la partecipazione ai Master di I e II livello	<i>Entro dicembre 2022</i>	Formazione, qualità e comunicazione strategica
<b>AREA Z - TRASPARENZA</b>			
Z - Trasparenza	<b>Z.Z1</b> - Monitoraggio periodico obblighi di pubblicazione	<i>Semestrale</i>	URP
	<b>Z.Z3</b> - Valutazione delle criticità organizzative, segnalate dalle UUOO, che ostacolano la produzione e pubblicazione delle informazioni	<i>Verifica semestrale con report RPCT</i>	URP

Area	Misura	Tempistica indicatori	Soggetti competenti alla realizzazione
Z - Trasparenza	<b>Z.24</b> - Valutare con priorità le richieste in termini di analisi, dotazione di hardware e/o di software che pervengano dai responsabili della pubblicazione dei dati e siano finalizzate a migliorare la loro qualità	<i>Tempestiva</i>	Sistemi informativi Acquisizione beni e servizi
	<b>Z.25</b> - Applicazione regolamento per accesso agli atti e accesso civico, art. 5 commi 1 e 2 d.lgs 33/2013, approvato con del. N. 1180 del 4/09/2017	<i>Tempestiva</i>	Tutte le UU.OO. Che ricevono richieste di accesso
	<b>Z.27</b> - Rispetto obblighi di pubblicazione	<i>Rispetto 95% degli obblighi</i>	Tutte le UU.OO
Area Z1 – Conflitto di interessi	<b>Z1.1</b> Proposta di revisione del codice di comportamento aziendale con previsione di ipotesi di conflitti di interesse, anche potenziale, ribadendo quanto già previsto dalla norma (art. 6 bis L 241/90 e art. 7 DPR 62/2013)	<i>Entro il 30.11.2022</i>	UPD RPCT

**Allegato 3 - PIANO DEI PROCESSI, DEI RISCHI E DELLE MISURE DI PREVENZIONE SPECIFICHE**

AREA A - RECLUTAMENTO E PROGRESSIONE DEL PERSONALE: INCARICHI E NOMINE							
Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/ tempi
A - Reclutamento e progressione del personale: incarichi e nomine	A.1 - Reclutamento	P.A.1 - Redazione piano delle assunzioni	Direzione strategica Gestione del personale	<p><b>Ris.01</b> - Nella fase di definizione del fabbisogno, possono risultare assenti i presupposti programmatori e/o una motivata verifica delle effettive carenze organizzative con il conseguente rischio di frammentazione di unità operative e aumento artificioso del numero</p>	Medio	<p><b>Mis.01</b> - Accertare attraverso l'acquisizione di idonea documentazione, la coerenza tra la richiesta di avvio della procedura concorsuale e di nomina e le previsioni dell'Atto Aziendale, della dotazione organica e degli indirizzi di programmazione regionale.</p>	Gestione del personale ( <i>tempestiva</i> )
						<p><b>Mis.02</b> - Per gli incarichi di Direttore di Dipartimento, Distretto e Presidio Ospedaliero: predeterminazione dei criteri di scelta esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali.</p>	Gestione del personale ( <i>tempestiva</i> )
A - Reclutamento e progressione del personale: incarichi e nomine	A.1 - Reclutamento	P.A.3 - Procedure concorsuali assunzione tempo indeterminato personale Dirigente	Gestione del personale	<p><b>Ris.02</b> - Nomina di commissari compiacenti orientati a favorire un partecipante alla selezione.</p>	Medio	<p><b>Mis.03</b> - Predeterminazione dei criteri di scelta nella nomina della commissione ( sorteggio, competenze specifiche, ecc).</p>	Gestione del personale Collegio direzione ( <i>tempestiva</i> )
A - Reclutamento e progressione del personale: incarichi e nomine	A.1 - Reclutamento	P.A.4 - Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria	Gestione del personale	<p><b>Ris.03</b> - Ritardato o mancato avvio delle procedure concorsuali per la copertura del posto vacante o prolungamento intenzionale delle procedure ordinarie di conferimento al titolare dell'incarico, con conseguente prolungamento del periodo di sostituzione.</p>	Medio	<p><b>Mis.04</b> - Pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodico del numero dei posti oggetto di sostituzione/sostituibili per anno</p>	Gestione del personale ( <i>semestrale</i> )
						<p><b>Mis.05</b> - Comunicazioni all'RPCT del mancato avvio delle procedure concorsuali o del ritardo delle stesse</p>	Gestione del personale ( <i>semestrale</i> )
A - Reclutamento e progressione del personale: incarichi e nomine	A.1 - Reclutamento	P.A.5 - Individuazione fabbisogno reclutamento del personale somministrato	Direzione strategica Gestione del personale	<p><b>Ris.04</b> - Personalizzazione nella definizione del fabbisogno, in termini quali-quantitativi</p>	Alto	<p><b>Mis.107</b> - Dichiarazione del personale somministrato circa la sussistenza di rapporti di parentela con personale ASL. Verifica a campione</p>	Gestione del personale ( <i>relazione annuale</i> )

**AREA A - RECLUTAMENTO E PROGRESSIONE DEL PERSONALE: INCARICHI E NOMINE**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/ tempi
<b>A - Reclutamento e progressione del personale: incarichi e nomine</b>	A.1 - Reclutamento	P.A.5 - Individuazione fabbisogno reclutamento del personale somministrato	Direzione strategica Gestione del personale	<b>Ris.04</b> - Personalizzazione nella definizione del fabbisogno, in termini quali-quantitativi	<b>Alto</b>	<b>Mis.66</b> - Preventiva attestazione di assenza di personale interno che possa soddisfare il fabbisogno di personale, anche mediante rotazione tra diverse UU.OO.	Gestione del personale <i>(tempestiva)</i>
<b>A - Reclutamento e progressione del personale: incarichi e nomine</b>	A.1 - Reclutamento	P.A.6 - Procedure concorsuali assunzione tempo indeterminato personale Comparto	Gestione del personale	<b>Ris.02</b> - Nomina di commissari compiacenti orientati a favorire un partecipante alla selezione.	<b>Medio</b>	<b>Mis.03</b> - Predeterminazione dei criteri di scelta nella nomina della commissione ( sorteggio, competenze specifiche, ecc).	Gestione del personale Collegio direzione <i>(tempestiva)</i>
<b>A - Reclutamento e progressione del personale: incarichi e nomine</b>	A.1 - Reclutamento	P.A.7 - Procedure di selezione per l'assegnazione di ore di medicina convenzionata e specialistica ambulatoriale	Assistenza territoriale	<b>Ris.01</b> - Nella fase di definizione del fabbisogno, possono risultare assenti i presupposti programmatori e/o una motivata verifica delle effettive carenze organizzative con il conseguente rischio di frammentazione di unità operative e aumento artificioso	<b>Medio</b>	<b>Mis.07</b> - Rispetto della vigente normativa, nazionale e regionale per l'assegnazione di ore di medicina convenzionata e specialistica ambulatoriale con copertura dei posti solo a seguito della formale adozione del provvedimento di adozione della graduatoria.Relazione RPCT	Assistenza territoriale <i>(annuale)</i>
<b>A - Reclutamento e progressione del personale: incarichi e nomine</b>	A.2 - Conferimento incarichi	P.A.8 - Attribuzione incarichi dirigenziali per responsabile di UO	Direzione strategica Gestione del personale	<b>Ris.05</b> -Eccessiva discrezionalità nella scelta dei beneficiari o assegnazione tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzione	<b>Medio</b>	<b>Mis.108</b> - Verifica, ai fini dell'attribuzione degli incarichi ad interim, o facenti funzione, dell'assenza di personale in possesso dei requisiti previsti. Relazione all'RPCT	Gestione del personale (relazione annuale)
<b>A - Reclutamento e progressione del personale: incarichi e nomine</b>	A.2 - Conferimento incarichi	P.A.9 - Conferimento incarichi dirigenziali	Gestione del personale	<b>Ris.06</b> - Rischio di eccessiva discrezionalità, con l'attribuzione di punteggi incongruenti che favoriscano specifici candidati	<b>Medio</b>	<b>Mis.09</b> - Monitoraggio in ordine al rispetto del regolamento. Relazione all'RPCT	Gestione del personale <i>(semestrale)</i>
<b>A - Reclutamento e progressione del personale: incarichi e nomine</b>	A.2 - Conferimento incarichi	P.A.10 - Valutazione incarichi dirigenziali	Gestione del personale	<b>Ris.10a</b> - Ritardata valutazione degli incarichi per consolidare la posizione conferita vanificando il termine di durata dell'incarico	<b>Alto</b>	<b>Mis.109</b> - Valutazione degli incarichi conferiti entro 12 mesi dalla scadenza dell'incarico	Gestione del personale <i>(semestrale)</i>



**AREA A - RECLUTAMENTO E PROGRESSIONE DEL PERSONALE: INCARICHI E NOMINE**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/tempi
<b>A - Reclutamento e progressione del personale: incarichi e nomine</b>	A.2 - Conferimento incarichi	P.A.11 - Conferimento incarichi di collaborazione	Affari generali  Formazione, qualità e comunicazione strategica  Gestione del personale  Dip. fisico tecnico informatico	<b>Ris.07</b> - Reclutamento di consulenti e collaboratori in assenza di un effettivo fabbisogno o in base a personalismi	<b>Medio</b>	<b>Mis.67</b> - Preventiva adozione del piano dei fabbisogni da trasmettere alla Direzione Generale per la relativa autorizzazione	Direttori di dipartimento interessati ( <i>semestrale</i> )
<b>A - Reclutamento e progressione del personale: incarichi e nomine</b>	A.3 - Nomina della commissione	P.A.12 - Assunzione a tempo la indeterminato: dirigenza e comparto	Direzione strategica  Gestione del personale	<b>Ris.08</b> - Nella fase di definizione e costituzione della commissione giudicatrice rientra il rischio di accordi per l'attribuzione di incarichi.	<b>Medio</b>	<b>Mis.03</b> - Predeterminazione dei criteri di scelta nella nomina della commissione ( sorteggio, competenze specifiche, ecc).	Gestione del personale Collegio di direzione ( <i>tempestiva</i> )
<b>A - Reclutamento e progressione del personale: incarichi e nomine</b>	A.4 - Progressioni economiche	P.A.13 - Personale del Comparto	Gestione del personale	<b>Ris.09</b> - Progressioni di carriera aventi scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari	<b>Medio</b>	<b>Mis.03</b> - Predeterminazione dei criteri di scelta nella nomina della commissione ( sorteggio, competenze specifiche, ecc).	Gestione del personale  Collegio di direzione ( <i>tempestiva</i> )
<b>A - Reclutamento e progressione del personale: incarichi e nomine</b>	A.5 - Attestazione presenze in servizio	P.A.14 - Controlli attestazione delle presenze in servizio	Gestione del personale  Responsabili UU.OO.	<b>Ris.73</b> - Falsa attestazione delle presenze in servizio intesa anche quale allontanamento non autorizzato e senza timbratura per ottenere vantaggi giuridici o economici	<b>Alto</b>	<b>Mis.75</b> - Controlli sulla corretta gestione della rilevazione presenze da parte dei Responsabili UO e dei coordinatori, con attestazione dei controlli effettuati e delle relative risultanze al PRCT( segnalando anche timbrature non autorizzate in altri orologi marcatempo)	Responsabili UU.OO. E coordinatori ( <i>quadrimestral e</i> )
<b>A - Reclutamento e progressione del personale: incarichi e nomine</b>	A.6 - Lavoro agile	P.A.15 - Programmazione e verifica dello Smart Working	Gestione del personale  Responsabili UU.OO.	<b>Ris.04.21</b> - Eccessiva discrezionalità nella individuazione del personale autorizzato e mancata assegnazione e/o verifica dei carichi di lavoro	<b>Basso</b>	<b>Mis.110</b> - Approvazione POLA  <b>Mis.111</b> - Monitoraggio sul rispetto del POLA	Gestione del personale  Responsabili UU.OO. Interessate ( <i>semestrale</i> )

**AREA B - CONTRATTI E ATTI NEGOZIALI BENI E SERVIZI**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/ tempi
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>	B.1 - Programmazione: definizione oggetto dell'affidamento	P.B.1 - Definizione oggetto dell'affidamento: richiesta di beni e servizi. Rilevazione da parte degli uffici richiedenti di esigenze effettive, documentate e rispondenti a criteri di efficienza, efficacia ed economicità ed invio alla U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi	Controllo di gestione/ Acquisizione beni e servizi/ Coordinamento staff di direzione/ Dipartimento tecnico logistico/ Dipartimento cardio toraco vascolare/ Dipartimento medico/ Dipartimento emergenza accettazione/ Dipartimento chirurgico/ Dipartimento materno infatile/ Dipartimento prevenzione/ Dipartimento salute mentale/ Dipartimento servizi/ Dipartimento oncologico/ Dipartimento Assistenza territoriale	<b>Ris.10</b> - Potenziali pressioni esterne volte al condizionamento del soggetto richiedente/influenza indebita sul processo decisionale / richiesta di acquisto scollegata rispetto agli indirizzi di politica aziendale	Medio	<b>Mis.99</b> - Predisposizione ed approvazione del Piano dei fabbisogni dei singoli Dipartimenti in coerenza con i budget assegnati in ottica di programmazione. Discussione e condivisione delle scelte dell'Alta Direzione con i Capi Dipartimento ed in collaborazione di UOC Controllo di Gestione. Controllo stringente a vari livelli delle richieste pervenute con costituzione di un tavolo tecnico di valutazione per la modifica dei fabbisogni.	Direzione strategica Direttori di dipartimento Acquisizione beni e servizi Controllo di gestione <i>(definito entro gennaio del primo anno di validità della Programmazione Biennale)</i>
						<b>Mis.112</b> - Verifica dell'efficacia operativa della nuova procedura prevista per gli acquisti di beni oggetto di validazione dal Tavolo tecnico dei Fabbisogni, come previsto nel Piano Audit 2022 del. 175 del 31/01/2022	Internal audit <i>(VI trimestre 2022)</i>
						<b>Mis.100</b> - I dispositivi medici fuori gara o di ultima generazione saranno monitorati attraverso un meccanismo autorizzativo informatizzato (attraverso l' AREAS) sarà possibile un controllo a più livelli.	Direttori di dipartimento Farmacie ospedaliere Direzione strategica <i>(tempestivo dall'avvio di AREAS)</i>
						<b>Mis.11</b> - Inserimento negli atti di gara dell'indicazione relativa alla previsione dell'oggetto dell'appalto negli atti di programmazione, facendo riferimento al relativo atto.	Acquisizione beni e servizi <i>(tempestiva)</i>

**AREA B - CONTRATTI E ATTI NEGOZIALI BENI E SERVIZI**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/ tempi
					Medio	<b>Mis.101</b> - Ricognizione dei contratti in scadenza da inserire in programmazione, attraverso report sui contratti attivi	Farmacie ospedaliere UOC Monitoraggio contratti (30 settembre) DEC (prima della scadenza del contratto)
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>				<b>Ris.01.21</b> - Potenziale influenza del processo decisionale a causa dell'urgenza delineata dalla pandemia		<b>Mis.102</b> - Verifica e controlli costantemente aggiornati sugli operatori economici, consultabili in tempo reale dai RUP in una cartella condivisa. Trasparenza delle procedure e tempestiva pubblicazione degli esiti sul sito aziendale nell' apposita sezione.	Acquisizione beni e servizi (tempestiva)
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>	B.2 - Progettazioni e della gara	P.B.2 - Determinazione degli elementi essenziali e dell'importo del contratto	Acquisizione beni e servizi	<b>Ris.11</b> - Frammentazione di acquisti della medesima categoria merceologica al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere	Medio	<b>Mis.14</b> - Accesso del RPCT all'archivio interno dell'ABS per la rilevazione degli acquisti fondati su ragioni di infungibilità	Acquisizione beni e servizi (semestrale)
						<b>Mis.15</b> - Verifica sulle congruità dei prezzi di mercato rispetto ai prezzi di riferimento in ambito sanitario pubblicati sul sito ANC per la determinazione dell'importo a base di gara	RPCT Acquisizione beni e servizi (annuale)
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>	B.2 - Progettazioni e della gara	P.B.3 - Individuazione dello strumento/ istituto per l'affidamento	Acquisizione beni e servizi	<b>Ris.12</b> - Eccessivo ricorso a procedure non concorrenziali: strumenti quali la procedura negoziata o l'affidamento diretto	Alto	<b>Mis.16</b> - Verifica osservanza obbligo di approvvigionamento di beni e servizi presso Consip ovvero Centrale regionale di committenza anche attraverso la previsione di specifici obiettivi quantitativi assegnati in sede di negoziazione di budget.	Acquisizione beni e servizi Direzione strategica Controllo di gestione (annuale)
						<b>Mis.103</b> - Pubblicazione di avvisi di indagine di mercato/ consultazioni preliminari per verificare l' esistenza di prodotti simili o altri operatori economici prima di	Acquisizione beni e servizi (tempestiva)

**AREA B - CONTRATTI E ATTI NEGOZIALI BENI E SERVIZI**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/ tempi
					Alto	un affidamento diretto	
						Mis.17 - Relazione dei RUP, all' RPCT con riferimento alle proroghe per verificare se l'affidamento, sia sorretto da idonea motivazione	Acquisizione beni e servizi (annuale)
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>	B.2 - Progettazioni e della gara	P.B.4 - Incarico per la predisposizione del capitolato, nomina del responsabile del procedimento e commissione giudicatrice	Acquisizione beni e servizi	Ris.13 - Nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza	Medio	Mis.18 - Monitoraggio sull'applicazione del vigente regolamento relativo a nomina e composizione delle commissioni (Deliberazione n. 965 del 17/7/2015) con utilizzo di specifici indicatori.	Acquisizione beni e servizi (annuale)
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>						Mis.19 - Sottoscrizione delle dichiarazioni relative all'attestazione dell'assenza di cause di incompatibilità ed astensione in relazione all'oggetto della gara	Acquisizione beni e servizi (annuale)
						Mis.T.06 - Rotazione RUP	Direzione Strategica (annuale)
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>	B.3 - Esecuzione della gara	P.B.5 - Definizione dei criteri di attribuzione dei punteggi	RUP	Ris.14 - Formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore ovvero, comunque, favorire determinati operatori economici	Alto	Mis.68 - Report annuale all' RPCT del numero dei fornitori uscenti aggiudicatari delle nuove gare	Acquisizione beni e servizi (annuale)

**AREA B - CONTRATTI E ATTI NEGOZIALI BENI E SERVIZI**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/ tempi
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>	B.3 - Esecuzione della gara	P.B.6 - Pubblicazione del bando e fissazione del termine ricezione offerte	RUP	<b>Ris.15</b> - Tardiva o limitata pubblicazione della documentazione di gara	<b>Basso</b>	<b>Mis.T.01</b> - Trasparenza: Monitoraggio periodico obblighi di pubblicazione	U.R.P. O.I.V ( <i>quadrimestrale</i> )
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>	B.4 - Selezione del contraente	P.B.7 - Valutazione delle offerte	RUP	<b>Ris.16</b> - Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito	<b>Medio</b>	<b>Mis.21</b> - Collegialità e trasparenza nell'assunzione delle decisioni e tracciabilità nel percorso decisionale	RUP ( <i>annuale</i> )
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>	B.4 - Selezione del contraente	P.B.9 - Verifica dei criteri di partecipazione	RUP	<b>Ris.18</b> - Ammissione di partecipanti privi di requisiti a partecipare a procedure bandite da una pubblica amministrazione	<b>Basso</b>	<b>Mis.23</b> - Controllo dei requisiti dei partecipanti anche con riferimento ad eventuali rapporti o parentela con i dipendenti dell'azienda	RUP ( <i>tempestivo</i> )
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>	B.4 - Selezione del contraente	P.B.10 - Esclusioni	RUP	<b>Ris.19</b> - Mancata o distorta applicazione delle cause tassative di esclusione previste dalla normativa. Alto numero di concorrenti esclusi	<b>Basso</b>	<b>Mis.21</b> - Collegialità e trasparenza nell'assunzione delle decisioni e tracciabilità nel percorso decisionale	RUP ( <i>annuale</i> )
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>	B.4 - Selezione del contraente	P.B.11 - Valutazione/ Verifica anomalie dell'offerta	RUP	<b>Ris.20</b> - Mancato rispetto dei criteri di individuazione e verifica delle offerte anormalmente basse anche sotto il profilo procedurale	<b>Basso</b>	<b>Mis.21</b> - Collegialità e trasparenza nell'assunzione delle decisioni e tracciabilità nel percorso decisionale	RUP ( <i>annuale</i> )
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>	B.5 - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	P.B.12 - Accesso agli atti preavviso di ricorso/ricorso	Acquisizione beni e servizi Patrimonio, lavori e manutenzioni	<b>Ris.21</b> - Intralciare o ritardare la presa visione della documentazione richiesta	<b>Basso</b>	<b>Mis.24</b> - Rispetto del regolamento aziendale sugli accessi agli atti	Acquisizione beni e servizi ( <i>tempestivo</i> )
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>	B.5 - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	P.B.13 - Adozione delibera di aggiudicazione	Direzione strategica RUP Dipartimento tecnico logistico	<b>Ris.22</b> - Mancanza o incompletezza della determinazione a contrarre o carenze esplicitazione degli elementi essenziali del contratto	<b>Medio</b>	<b>Mis.25</b> - Verifica della delibera di aggiudicazione e della relativa documentazione giustificativa da parte della segreteria di direzione prima della sottoscrizione dell'atto da parte della Direzione stessa	UOSD Segreteria di Direzione RUP Dipartimento Amministrativo/( <i>tempestivo</i> )

**AREA B - CONTRATTI E ATTI NEGOZIALI BENI E SERVIZI**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/ tempi
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>	B.5 - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	P.B.14 - Stipula del contratto	Direzione strategica Acquisizione beni e servizi	<b>Ris.23</b> - Approvazione di modifiche sostanziali degli elementi del contratto definiti nel bando di gara o nel capitolato d'onori.	<b>Alto</b>	<b>Mis.104</b> - Verifica dell'attestazione dei controlli previsti ed effettuati ai fini della stipula del contratto attraverso piattaforme telematiche e gestione di un registro informatico degli operatori verificati sempre aggiornati	UOSD Segreteria di Direzione RUP <i>(tempestivo)</i>
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>	B.5 - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	P.B.15 - Verifica dei requisiti in capo all'operatore economico ai fini della stipula del contratto	RUP	<b>Ris.24</b> - Alterazione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti o dei ricorsi da parte dei concorrenti	<b>Alto</b>	<b>Mis.25</b> - Verifica della delibera di aggiudicazione e della relativa documentazione giustificativa da parte della Segreteria di Direzione prima della sottoscrizione dell'atto da parte della Direzione stessa	UOSD Segreteria di Direzione ABS RUP
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>	B.6 - Esecuzione del contratto	P.B.16 - Riscontro e liquidazione fattura	Dec	<b>Ris. 25</b> - Mancata effettuazione dei controlli	<b>Medio</b>	<b>Mis.70</b> – Audit specifico sul rispetto della normativa inerente i limiti di spesa del SSN in riferimento al pagamento di fatture di farmaci e dispositivi medici (ART. 29 dl 50/2017 - 36 quinquies)	Internal audit <i>(I trimestre)</i>
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>				<b>Ris.26</b> - Interferenza nella fase di riscontro delle fatture e in quella di liquidazione			
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>	B.6 - Esecuzione del contratto	P.B.17 - Monitoraggio contratti	Monitoraggio contratti di beni e servizi	<b>Ris. 25</b> - Mancata effettuazione dei controlli	<b>Medio</b>	<b>Mis.76</b> - Registrazione informatica tempestiva sulla piattaforma condivisa con U.O.C.. Monitoraggio Contratti di tutte le delibere/ordinanze di acquisto di beni e servizi	Coordinamento PP.OO. Acquisizione beni e servizi. Patrimonio, lavori e manutenzioni. Dipartimento prevenzione. Assistenza territoriale. Dipartimento salute mentale <i>(trimestrale)</i>
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>	B.6 - Esecuzione del contratto	P.B.18 - Monitoraggio sull'attività svolta dalla Ditta aggiudicataria e riscontro fatture	DEC	<b>Ris.27</b> - Mancata effettuazione dei controlli sulla esecuzione del contratto con particolare riferimento ai tempi e alla qualità e quantità della fornitura	<b>Alto</b>	<b>Mis.26</b> - Monitoraggio esiti delle verifiche sulla corrispondenza, sia per i beni e soprattutto per i servizi, fra quanto previsto nel capitolato d'appalto, integrato da quanto offerto in sede di gara, e quanto effettivamente fornito.	DEC RUP Monitoraggio contratti di beni e servizi <i>(annuale)</i>

**AREA B - CONTRATTI E ATTI NEGOZIALI BENI E SERVIZI**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/ tempi
					<b>Alto</b>	<p><b>Mis.27</b> - Check list relativa alla verifica dei tempi di esecuzione del contratto e alla qualità delle prestazioni/ prodotti rispetto alle previsioni del capitolato predisposta dall'ufficio contratti.</p>	<p>DEC</p> <p>RUP</p> <p>Monitoraggio contratti di beni e servizi <i>(tempestiva)</i></p>
						<p><b>Mis.28</b> - Trasmissione al RPC dei provvedimenti di autorizzazione di varianti in corso di esecuzione.</p>	<p>Acquisizione beni e servizi <i>(tempestiva)</i></p>
						<p><b>Mis.13</b> - Obbligo in capo al DEC di comunicare al RUP e alla Dir. Strategica, in tempo utile per la predisposizione della gara, la scadenza del contratto o l'approssimarsi dell'esaurimento dei quantitativi contrattuali</p>	<p>RUP</p> <p>DEC <i>(tempestiva)</i></p>
<b>B - Contratti e atti negoziali beni e servizi</b>	B.6 - Esecuzione del contratto	P.B.18 - Monitoraggio sull'attività svolta dalla Ditta aggiudicataria e riscontro fatture	DEC	Ris.02.21 - Richiesta estensione o variazione di servizi o forniture	<b>Alto</b>	<p><b>Mis.105</b> - Verifica con il DEC - Monitoraggio dei consumi aziendali per individuare volumi anomali rispetto alle previsioni contrattuali. Obbligo di segnalazione al RUP, alla Direzione Strategica e al RPC</p>	<p>DEC</p> <p>Monitoraggio contratti di beni e servizi <i>(tempestiva)</i></p>
				Ris.06.21 - Non corretta tracciabilità degli acquisti effettuati per emergenza Covid per cui la Regione richiede specifica e separata rendicontazione			

**AREA C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/tempi
C - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari	C.1 - Attività autorizzativa	P.C.1 - Autorizzazione di soggetti pubblici e privati per l'erogazione di servizi	Dipartimento di prevenzione	Ris.28 - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività per consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi	Alto	Mis.30 - Rispetto della cronologia delle richieste di autorizzazione attività programmabili	Dipartimento di prevenzione ( <i>tempestiva</i> )
				Ris.28 - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività per consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi		Mis.21 - Collegialità e trasparenza nell'assunzione delle decisioni e tracciabilità del percorso decisionale	Dipartimento di prevenzione ( <i>tempestiva</i> )
C - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari	C.1 - Attività autorizzativa	P.C.2 - Rilascio di autorizzazioni sanitarie o di pareri finalizzati al rilascio di concessioni di varia natura	SIESP/ SIAN/ Servizio di Tutela della Salute nei Luoghi di Lavoro/ Servizio Veterinario di Sanità Animale/ SVIAOA/ SVIAPZ	Ris.28 - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività per consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi	Medio	Mis.31 - Pianificazione delle attività programmabili	Tutte le UU.OO del Dipartimento prevenzione ( <i>annuale</i> )
				Ris.29 - Mancata rotazione del personale addetto e conseguente cristallizzazione dei rapporti con l'utenza		Mis.21 - Collegialità e trasparenza nell'assunzione delle decisioni e tracciabilità del percorso decisionale	
C - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari	C.1 - Attività autorizzativa	P.C.3 - Autorizzazione o Accreditamento di soggetti pubblici e privati per l'erogazione di servizi sanitari	Dipartimento di prevenzione	Ris.28 - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività, sostituzione delle provette, per consentire ai destinatari	Alto	Mis.21 - Collegialità e trasparenza nell'assunzione delle decisioni e tracciabilità nel percorso decisionale	Dipartimento prevenzione ( <i>tempestiva</i> )



**AREA C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/tempi
				oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi			
C - Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari	C.2 - Controllo ufficiale (attività di ispezione, verifica, audit, campionamento ed analisi)	P.C.4 - Accertamento dello stato di alterazione da sostanze stupefacenti e psicotrope in soggetti fermati alla guida di autoveicoli, in attuazione degli articoli 186 e 187 del codice della strada	Dipartimento emergenza accettazione	<b>Ris.28</b> - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività, sostituzione delle provette, per consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi	Medio	Mis.33 - Applicazione de protocollo per l'accertamento dello stato di alterazione da sostanze stupefacenti e psicotrope in soggetti fermati alla guida di autoveicoli, in attuazione degli articoli 186 e 187 del Codice della Strada. Approvazione. Approvato	Dipartimento emergenza accettazione  Dipartimento dei servizi  Ser.D. Teramo - Giulianova - Nereto (annuale)
			Dipartimento dei servizi  Ser.D. Teramo - Giulianova - Nereto			Mis.34 - Monitoraggio applicazione del protocollo	Dipartimento emergenza accettazione  Dipartimento dei servizi  Ser.D. Teramo - Giulianova - Nereto (annuale)
C - Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari	C.2 - Controllo ufficiale (attività di ispezione, verifica, audit, campionamento ed analisi)	P.C.5 - Gestione campioni per la richiesta di dosaggio dell'alcolemia sottoposti a catena di custodia	Dipartimento emergenza accettazione  Dipartimento dei servizi  Ser.D. Teramo - Giulianova - Nereto	<b>Ris.28</b> - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività, sostituzione delle provette, per consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi	Medio	Mis.33 - Applicazione de protocollo per l'accertamento dello stato di alterazione da sostanze stupefacenti e psicotrope in soggetti fermati alla guida di autoveicoli, in attuazione degli articoli 186 e 187 del Codice della Strada	Dipartimento emergenza accettazione  Dipartimento dei servizi  Ser.D. Teramo - Giulianova - Nereto (annuale)
C - Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari	C.2 - Controllo ufficiale (attività di ispezione, verifica, audit, campionamento ed analisi)	P.C.6 - Tutela della salute negli ambiti di lavoro	Servizio di tutela della salute nei luoghi di lavoro	<b>Ris.28</b> - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività per consentire ai destinatari oggetto dei	Medio	Mis.31 - Pianificazione delle attività programmabili	Dipartimento di prevenzione (annuale)

**AREA C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/tempi
				controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi			
<b>C - Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari</b>	C.2 - Controllo ufficiale (attività di ispezione, verifica, audit, campionamento ed analisi)	P.C.7 - Controllo ufficiale sulla sicurezza alimentare presso le aziende di competenza del SIAN	Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione	<b>Ris.28</b> - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività per consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi	<b>Medio</b>	<b>Mis.31</b> - Pianificazione delle attività programmabili	Dipartimento di prevenzione ( <i>annuale</i> )
						<b>Mis.77</b> - Allegare ad ogni verbale di controllo ufficiale una dichiarazione di incompatibilità da parte degli operatori che effettuano il controllo ufficiale, attestante l'inesistenza di un conflitto di interesse con OSA sottoposto a ispezione	SIAN SVIAOA SVIAPZ ( <i>tempestivo</i> )
<b>C - Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari</b>	C.2 - Controllo ufficiale (attività di ispezione, verifica, audit, campionamento ed analisi)	P.C.8 - Controllo ufficiale sulla sicurezza alimentare presso le aziende di competenza del SVIAOA	Servizio veterinario di igiene produzione trasf. comm. conserv. trasporto alimenti origine animale e loro derivati	<b>Ris.28</b> - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività per consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi	<b>Medio</b>	<b>Mis.35</b> - Per il personale del comparto: rotazione tra aree dipartimentali	Dipartimento di prevenzione ( <i>annuale</i> )
						<b>Mis.77</b> - Allegare ad ogni verbale di controllo ufficiale una dichiarazione di incompatibilità da parte degli operatori che effettuano il controllo ufficiale, attestante l'inesistenza di un conflitto di interesse con OSA sottoposto a ispezione	SIAN SVIAOA SVIAPZ ( <i>tempestivo</i> )
<b>C - Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari</b>	C.2 - Controllo ufficiale (attività di ispezione, verifica, audit, campionamento ed analisi)	P.C.9 - Controllo sulle aziende di competenze del SVIAPZ	Servizio veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	<b>Ris.28</b> - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività per consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con	<b>Medio</b>	<b>Mis.35</b> - Per il personale del comparto: rotazione tra aree dipartimentali	Dipartimento di prevenzione ( <i>annuale</i> )
						<b>Mis.77</b> - Allegare ad ogni verbale di controllo ufficiale una dichiarazione di incompatibilità da parte degli operatori che effettuano il controllo ufficiale, attestante l'inesistenza di un conflitto di	SIAN SVIAOA SVIAPZ ( <i>tempestivo</i> )

**AREA C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/tempi
				conseguenti indebiti vantaggi		interesse con OSA sottoposto a ispezione	
<b>C - Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari</b>	C.2 - Controllo ufficiale (attività di ispezione, verifica, audit, campionamento ed analisi)	P.C.10 - Controllo ufficiale sugli allevamenti e le attività di competenza de Servizio Sanità Animale	Servizio Veterinario di Sanità Animale	<b>Ris.28</b> - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività per consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi	<b>Basso</b>	<b>Mis.35</b> - Per il personale del comparto: rotazione tra aree dipartimentali	Dipartimento di prevenzione (annuale)
<b>C - Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari</b>	C.3 - Concessione ed erogazione di prestazioni sanitarie	P.C.12 - Prenotazione	Cup aziendale e monitoraggio liste di attesa	<b>Ris.31</b> - Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale	<b>Medio</b>	<b>Mis.36</b> - Informatizzazione delle liste di attesa di PO per i ricoveri chirurgici programmati e pubblicizzazione dei tempi e dei criteri di priorità	Sistemi informativi Direzione sanitaria PPOO Dipartimento chirurgico Dipartimento cardio toraco vascolare Cup aziendale e monitoraggio liste di attesa (tempestiva)
<b>C - Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari</b>	C.3 - Concessione ed erogazione di prestazioni sanitarie	P.C.13 - Erogazione di prestazioni e servizi sanitari	Cup aziendale e monitoraggio liste di attesa	<b>Ris.31</b> - Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale	<b>Medio</b>	<b>Mis.37</b> - Monitoraggio cura della Commissione Paritetica sul rispetto delle norme e del regolamento aziendale con relazione semestrale al RPC	Commissione paritetica (semestrale)
<b>C - Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari</b>	C.3 - Concessione ed erogazione di prestazioni sanitarie	P.C.14 - Erogazione di prestazioni e servizi sanitari con pagamento posticipato	Dipartimento di prevenzione	<b>Ris.74</b> - L'utente riesce a sottrarsi al pagamento della prestazione/accordi con l'utente per sottrarsi al pagamento	<b>Medio</b>	<b>Mis.79</b> - Completamento Informatizzazione dei processi di pagamento	Dipartimento di prevenzione (semestrale)

**AREA C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/tempi
C - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari	C.3 - Concessione ed erogazione di prestazioni sanitarie	P.C.15 - Erogazione di prestazioni e servizi sanitari non prenotati/pagati	Dipartimento di prevenzione	Ris.75 - Emissione di certificazioni/attestazioni senza verifica di corrispondenza con la prenotazione e/o senza riscontro del relativo pagamento	Alto	Mis.79 - Completamento Informatizzazione dei processi di pagamento	Dipartimento di prevenzione (semestrale)
C - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari	C.3 - Concessione ed erogazione di prestazioni sanitarie	P.C.16 - Valutazione medico legali	Medicina legale, necroscopica e risk management e sicurezza sociale Servizio di tutela della salute nei luoghi di lavoro	Ris.32 - Accordi tra medico e richiedente al fine di favorire quest'ultimo. Ris.33 - Conflitti di interesse con pazienti valutati		Alto	Mis.T.07 - Rotazione dei componenti delle commissioni e segretari Mis.71 - Monitoraggio sul rilascio delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte dai componenti delle commissioni
C - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari	C.3 - Concessione ed erogazione di prestazioni sanitarie	P.C.17 - Valutazione idoneità al lavoro apprendisti	Medicina legale, necroscopica e risk management e sicurezza sociale Servizio di tutela della salute nei luoghi di lavoro	Ris.32 - Accordi tra medico e richiedente al fine di favorire quest'ultimo.	Medio		Mis.T.08 - Rotazione soggetti preposti al rilascio delle idoneità agli apprendisti e dei componenti del collegio che valutano le idoneità dei dipendenti
C - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari	C.3 - Concessione ed erogazione di prestazioni sanitarie	P.C.18 - Valutazione idoneità al lavoro dei dipendenti a seguito e a giudizio del medico competente	Medicina legale, necroscopica e risk management e sicurezza sociale Servizio di tutela della salute nei luoghi di lavoro	Ris.33 - Conflitti di interesse con pazienti valutati	Medio	Mis.72 - Adozione modulistica sulle dichiarazioni di assenza di conflitti di interessi e monitoraggio	Servizio tutela nei luoghi di lavoro (entro 30 giugno 2020)
C - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari	C.3 - Concessione ed erogazione di prestazioni sanitarie	P.C.19 - Erogazione di assistenza protesica	Ufficio di riabilitazione Assistenza territoriale	Ris.32 - Accordi tra medico e richiedente al fine di favorire quest'ultimo.	Medio	Mis.72 - Adozione modulistica sulle dichiarazioni di assenza di conflitti di interessi	Ufficio riabilitazione (semestrale)
						Mis.T.09 - Rotazione del personale coinvolto nel processo	Dipartimento assistenza territoriale (semestrale)

**AREA C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/tempi
<b>C - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari</b>	C.3 - Concessione ed erogazione di prestazioni sanitarie	P.C.20 - Inserimento in strutture Assistenziali/Riab ilitative	SERT Giulianova/ DSB Teramo/ DSB Atri/ DSB Montorio/ DSB Roseto degli Abruzzi/ DSB Sant'Omero/ Dipartimento salute mentale/ Dipartimento Assistenza territoriale	<b>Ris.33</b> - Conflitti di interesse con pazienti valutati	<b>Basso</b>	<b>Mis.72</b> - Adozione modulistica sulle dichiarazioni di assenza di conflitti di interessi	Dipartimento salute mentale <i>(quadrimestrale)</i>
						<b>Mis.T.09</b> - Rotazione del personale coinvolto nel processo	Dipartimento assistenza territoriale <i>(semestrale)</i>
<b>C - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari</b>	C.3 - Concessione ed erogazione di prestazioni sanitarie	P.C.21 - Concessione ed erogazione di sovvenzioni contributi di qualunque genere a privati	Dipartimento salute mentale	<b>Ris.34</b> - Sottovalutazione dei requisiti necessari al fine di favorire l'erogazione a determinati soggetti.	<b>Medio</b>	<b>Mis.72</b> - Adozione modulistica sulle dichiarazioni di assenza di conflitti di interessi	Dipartimento salute mentale <i>(semestrale)</i>
						<b>Mis.T.09</b> - Rotazione del personale coinvolto nel processo	

**AREA D - GESTIONE DELLE ENTRATE E DELLE SPESE DEL PATRIMONIO**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/ tempi
<b>D - Gestione delle entrate e delle spese del patrimonio</b>	D.1 - Gestione del bilancio	P.D.1 - Redazione dei Bilanci	Attività economiche e finanziarie	<b>Ris.36</b> - Alterazione voci di bilancio per avvantaggiare o coprire alcune operazioni	<b>Medio</b>	<b>Mis.41</b> - Audit Interno :liquidazione pagamento fatture	Collegio sindacale (trimestrale)
				<b>Ris.36</b> - Alterazione voci di bilancio per avvantaggiare o coprire alcune operazioni		<b>Mis.42</b> - Audit Interno PAC : procedura di adozione dei bilanci	Collegio sindacale (trimestrale)
<b>D - Gestione delle entrate e delle spese del patrimonio</b>	D.1 - Gestione del bilancio	P.D.2 - Controllo ed approvazione dei Bilanci	Direzione Strategica Attività economiche e finanziarie Controllo di gestione	<b>Ris.37</b> - Alterazione od omissione comunicazioni dovute	<b>Medio</b>	<b>Mis.40</b> Audit sul rispetto della normativa inerente i limiti di spesa del SSN in merito al Deposito e Inoltro dei Conti Giudiziali (ai sensi dell'art. 139, comma 2 del D.lgs 26 agosto 2016, n.174 (Codice di giustizia contabile))	Internal audit IV trimestre
<b>D - Gestione delle entrate e delle spese del patrimonio</b>	D.2 - Liquidazione e pagamento fatture	P.D.3 - Pagamento fatture	Attività economiche e finanziarie	<b>Ris.72</b> - Ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattuali e previsti	<b>Basso</b>	<b>Mis.T.01</b> - Trasparenza: Monitoraggio periodico obblighi di pubblicazione (pubblicazione tempi medi pagamento fatture)	U.R.P. (quadrimestrale)
<b>D - Gestione delle entrate e delle spese del patrimonio</b>	D.3 - Rendicontazione	P.D.4 - Rendicontazione economica trimestrale per costi Emergenza COVID-19 (modello ministeriale CE_Covid)	Attività economiche e finanziarie	<b>Ris.08.21</b> - Non corretta e artefatta imputazione dei costi riferiti all'Emergenza Covid nel modello CE Covid del periodo.	<b>Basso</b>	<b>Mis.113</b> - Audit su processo di GESTIONE SCARICHI DI FARMACI E DISPOSITIVI COVID	Internal audit I trimestre 2022)
<b>D - Gestione delle entrate e delle spese del patrimonio</b>	D.4 - Gestione del patrimonio	P.D.5 - Ricognizione fisica e inventariazione dei cespiti	UU.OO consegnatarie dei beni Patrimonio, lavori e manutenzioni Ufficio inventario	<b>Ris.09.21</b> - Inventariazione non corretta dei beni durevoli: rischio che potrebbero essere inventariati cespiti non ancora collaudati o per i quali non sia ancora pervenuto il relativo documento di trasporto (DDT)	<b>Basso</b>	<b>Mis.112</b> - Audit specifico verifica efficacia operativa della procedura di gestione dei cespiti oggetto di collaudo	Internal audit (II trimestre 2022)

**AREA D - GESTIONE DELLE ENTRATE E DELLE SPESE DEL PATRIMONIO**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/tempi
				Ris.11.21 - Non corretta tracciabilità degli acquisti effettuati per emergenza Covid per cui la Regione richiede specifica e separata rendicontazione			

**AREA F - ASSISTENZA FARMACEUTICA E GOVERNO CLINICO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/tempi
F - Assistenza farmaceutica e governo clinico del farmaco e dei dispositivi medici	F.1 - Area Ospedaliera dei farmaci e dispositivi medici e area territoriale del farmaco	P.F.1 - Rapporto con i fornitori	Farmacia ospedaliera Teramo, Atri, Giulianova, Sant'Omero/ Dip. medico/ Dip. emergenza accettazione/ Dip. chirurgico/ Dip. materno infantile/ Dip. salute mentale/ Dip. dei servizi/ Dip. oncologico/ Coordinamento assistenza ospedaliera	Ris.40 - Favoreggiamento di una ditta in relazione a pressioni esercitate sui clinici	Medio	Mis.43 - Verifica dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi per i componenti delle commissioni per la valutazione farmaci e dispositivi medici	Acquisizione beni e servizi ( <i>tempestiva</i> )
						Mis.44 - Monitoraggio sull'applicazione del regolamento sulle modalità di accesso degli informatori scientifici, aziende farmaceutiche e di DM Monitoraggio sull'applicazione del regolamento	Coodinamento assistenza ospedaliera ( <i>annuale</i> )
F - Assistenza farmaceutica e governo clinico del farmaco e dei dispositivi medici	F.1 - Area Ospedaliera dei farmaci e dispositivi medici e area territoriale del farmaco	P.F.2 - Vigilanza, ispezioni e controlli a strutture aziendali interne	Farmacia ospedaliera Teramo, Atri, Giulianova e Sant'Omero	Ris.41 - Omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo qualitativo delle prescrizioni da parte dell'azienda sanitaria	Medio	Mis.45 - Analisi appropriatezza consumi ospedalieri di farmaci e dispositivi medici e condivisione con medici ospedalieri	Farmacia ospedaliera Teramo, Atri, Giulianova e Sant'Omero
				Ris.42 - Distribuzione impropria di farmaco nella quantità.			Controllo di gestione Direttori di dipartimento ( <i>semestrale</i> )
F - Assistenza farmaceutica e governo clinico del farmaco e dei dispositivi medic	F.1 - Area Ospedaliera dei farmaci e dispositivi medici e area territoriale del farmaco	P.F.3 - Utilizzo Dispositivi Medici assegnati in conto deposito alle UU.OO aziendali	UU.OO Chirurgiche Responsabili Sale Operatorie Farmacia ospedaliera Teramo, Atri, Giulianova e Sant'Omero Direzioni Sanitarie di PP.OO. Monitoraggio contratti di beni e servizi	Ris.69 - Artefatta rendicontazione del numero di dispositivi utilizzati al fine di favorire la ditta produttrice o reinserire nel mercato i dispositivi stessi	Alto	Mis.58 - Estensione Informatizzazione del processo utilizzo dei dispositivi assegnati in conto deposito in aderenza alla procedura prevista nel nuovo software gestionale che permette la tracciabilità nell'utilizzo della relativa spesa Mis 58.1 Audit relativo alla verifica della corretta gestione nell'utilizzo dei dispositivi in conto deposito	Farmacia ospedaliera Teramo, Atri, Giulianova e Sant'Omero UU.OO interessate Internal Audit II e III trimestre 2022



**AREA F - ASSISTENZA FARMACEUTICA E GOVERNO CLINICO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/tempi
<b>F - Assistenza farmaceutica e governo clinico del farmaco e dei dispositivi medici</b>	F.1 - Area Ospedaliera dei farmaci e dispositivi medici e area territoriale del farmaco	P.F.4 - Controllo attività prescrittiva	Servizio farmaceutico territoriale  Dipartimento Assistenza territoriale	<b>Ris.43</b> - Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale	<b>Alto</b>	<b>Mis.82</b> - Analisi appropriatezza consumi i di farmaci e dispositivi medici e condivisione con i Medici di Medicina Generale / Specialisti territoriali / pediatri di libera scelta	Servizio farmaceutico territoriale  Dipartimento Assistenza territoriale (semestrale)
<b>F - Assistenza farmaceutica e governo clinico del farmaco e dei dispositivi medici</b>	F.1 - Area Ospedaliera dei farmaci e dispositivi medici e area territoriale del farmaco	P.F.5 - Prescrizione di farmaci e dispositivi medici in ambito ospedaliero	Dipartimenti sanitari ospedalieri	<b>Ris.43</b> - Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale	<b>Alto</b>	<b>Mis.81</b> - Attività dimonitoraggio prescrittivo, di consumo e di spesa in area ospedaliera	Attività economiche e finanziarie  Farmacie ospedaliere  Controllo di gestione (entro il primo semestre)
<b>F - Assistenza farmaceutica e governo clinico del farmaco e dei dispositivi medici</b>	F.1 - Area Ospedaliera dei farmaci e dispositivi medici e area territoriale del farmaco	P.F.6 - Vigilanza, ispezioni e controlli a ispezioni esterne a farmacie	Servizio farmaceutico territoriale	<b>Ris.41</b> - Omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo	<b>Medio</b>	<b>Mis.31</b> - Pianificazione delle attività programmabili  <b>Mis.46</b> - Sopralluoghi con un numero minimo di 2 operatori per il personale dirigente (con disciplina): Rotazione intra servizio  <b>Mis.47</b> - Per il personale del comparto: rotazione tra aree dipartimentali	Servizio farmaceutico territoriale (annuale)
<b>F - Assistenza farmaceutica e governo clinico del farmaco e dei dispositivi medici</b>	F.1 - Area Ospedaliera dei farmaci e dispositivi medici e area territoriale del farmaco	P.F.7 - Liquidazione ricette SSN e ricette/buoni spesa per assistenza integrativa a farmacie convenzionate, parafarmacie ed esercizi commerciali	Servizio farmaceutico territoriale	<b>Ris.41</b> - Omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo	<b>Basso</b>	<b>Mis.T.10</b> - Rotazione del personale addetto alla liquidazione	Servizio farmaceutico territoriale (quadrimestrale)

**AREA F - ASSISTENZA FARMACEUTICA E GOVERNO CLINICO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/tempi
<b>F - Assistenza farmaceutica e governo clinico del farmaco e dei dispositivi medici</b>	F.1 - Area Ospedaliera dei farmaci e dispositivi medici e area territoriale del farmaco	P.F.8 - Percorso di selezione beni sanitari	Dip. cardio toraco vascolare/ Dip. medico/ Dip. emergenza accettazione/ Dip. chirurgico/ Dip. materno infantile/ Dip. salute mentale/ Dip. dei servizi/ Dip. oncologico/ Coordinamento assistenza ospedaliera	<b>Ris.44</b> - Favorire la selezione e l'uso di specifici prodotti sulla base di ricompense e sollecitazioni esterne	<b>Medio</b>	<b>Mis.43</b> - Verifica dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi per i componenti delle commissioni per la valutazione farmaci e dispositivi medici	Acquisizione beni e servizi ( <i>tempestiva</i> )
						<b>Mis.44</b> - Applicazione del regolamento sulle modalità di accesso degli informatori scientifici, aziende farmaceutiche e di DM Monitoraggio sull'applicazione del regolamento	Farmacia ospedaliera Teramo, Atri, Giulianova, Sant'Omero  Direttori di dipartimento ( <i>trimestrale</i> )
						<b>Mis.45</b> - Analisi appropriatezza consumi ospedalieri di farmaci e dispositivi medici e condivisione con medici ospedalieri e con la Commissione Aziendale Dispositivi Medici	Farmacia ospedaliera Teramo, Atri, Giulianova, Sant'Omero  Controllo di gestione  Direttori di dipartimento ( <i>semestrale</i> )
<b>F - Assistenza farmaceutica e governo clinico del farmaco e dei dispositivi medici</b>	F.1 - Area Ospedaliera dei farmaci e dispositivi medici e area territoriale del farmaco	P.F.9 - Utilizzo dispositivi medici assegnati in conto deposito alle UU.OO aziendali	UU.OO. Interessate	<b>Ris.69</b> - Artefatta rendicontazione del numero di dispositivi utilizzati al fine di favorire la ditta produttrice o reinserire nel mercato i dispositivi stessi	<b>Medio</b>	<b>Mis.116</b> – Estensione dell'informatizzazione del processo di utilizzo dei dispositivi assegnati in conto deposito, inizialmente programmata per le UU.OO "pilota", in coerenza alla procedura prevista nel nuovo software gestionale AREAS che permetterà la tracciabilità dell'utilizzo dei beni in oggetto e della relativa spesa.	Internal audit (01/11/2021)

**AREA G - GESTIONE PERCORSO SALMA / MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/tempi
<b>G - Gestione percorso salma/mortalità intraospedaliera</b>	G.1 - Gestione percorso salma / mortalità intraospedaliera	P.G.1 - Percorso Salme: Attività conseguenti al processo in ambito ospedaliero	Coordinamento assistenza ospedaliera	<b>Ris.45</b> - Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili	<b>Medio</b>	<b>Mis.49</b> - Verifica corretta applicazione del regolamento ed iniziative intraprese	Direzione sanitaria PP.OO.  Direzioni Amm.ve PP.OO. (semestrale)
				<b>Ris.46</b> - Segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie. e/o dei reparti, di una specifica impresa d'onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili			

**AREA H - ATTIVITA' TECNICHE E GESTIONE DEL PATRIMONIO**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/tempi
<b>H - Attività tecniche e gestione del patrimonio</b>	H.1 - Programmazione dei lavori pubblici	P.H.1 - Programmazione degli interventi di adeguamento alle norme e manutenzione straordinaria delle strutture appartenenti al patrimonio aziendale	Patrimonio, lavori e manutenzioni	<b>Ris.47</b> - Potenziali pressioni esterne volte al condizionamento del richiedente	<b>Medio</b>	<b>Mis.90</b> - Predisposizione con debito anticipo del programma triennale ed elenco annuale dei lavori redatti sulla base di criteri oggetti: in funzione della manutenzione straordinaria, dell'adeguamento normativo delle strutture esistenti e della gestione della pandemia da Covid-19. Coordinamento con gli strumenti di programmazione	Patrimonio, lavori e manutenzioni  Direzione strategica (annuale)
<b>H - Attività tecniche e gestione del patrimonio</b>	H.1 - Programmazione dei lavori pubblici	P.H.2 - Manutenzione ordinaria/Richiesta di lavori da parte di altri uffici	Patrimonio, lavori e manutenzioni  Coordinamento assistenza ospedaliera	<b>Ris.48</b> . Definizione del fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza, efficacia, economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari	<b>Medio</b>	<b>Mis.51</b> - Adozione e pubblicazione di procedure interne di segregazione di responsabilità e compiti per le fasi di manifestazione, elaborazione, analisi e validazione del fabbisogno ed identificazione dei soggetti titolari a trasmettere i fabbisogni alle centrali	Patrimonio, lavori e manutenzioni (annuale)
						<b>Mis.52</b> - Revisione della procedura interna volta a sistematizzare i controlli estemporanei già effettuati relativi alle manutenzioni ordinarie effettuate dalla ditta affidataria del servizio	Patrimonio, lavori e manutenzioni  Direttori dipartimento (annuale)
						<b>Mis.53</b> - Inserimento negli atti di gara dell'indicazione relativa alla previsione dell'oggetto dell'appalto negli atti di programmazione, facendo riferimento al relativo atto	Patrimonio, lavori e manutenzioni (tempestiva)
<b>H - Attività tecniche e gestione del patrimonio</b>	H.2 - Progettazione e della gara	P.H.3 - Nomina di:R.U.P, Progettisti, Coordinatore della sicurezza in fase di progettazione ed	Direzione strategica  Patrimonio, lavori e manutenzioni	<b>Ris.49</b> - Nomina di figure in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o	<b>Medio</b>	<b>Mis.54</b> - Rotazione nella nomina del RUP e dei tecnici e predeterminazione dei criteri di nomina degli stessi	Patrimonio, lavori e manutenzioni  Direzione strategica (tempestiva)

**AREA H - ATTIVITA' TECNICHE E GESTIONE DEL PATRIMONIO**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/tempi
		esecuzione, Direttore lavori		prive di requisiti idonei		<b>Mis.55</b> Autodichiarazione prodotta dai tecnici nominate attestante l'assenza conflitto di interesse in capo agli stessi	Patrimonio, lavori e manutenzioni ( <i>tempestiva</i> )
<b>H - Attività tecniche e gestione del patrimonio</b>	H.2 - Progettazioni e della gara	P.H.4 - Attività di progettazione progetto: preliminare/eseutivo ed esecutivo	RUP Patrimonio, lavori e manutenzioni	<b>Ris.50</b> - Inadeguatezza della progettazione	<b>Basso</b>	<b>Mis.56</b> - Monitoraggio dell'accurata valutazione del progetto al fine di verificare l'indebito frazionamento del valore dell'appalto volto ad eludere le soglie d'importo a base d'asta stabilite ex legge. Trasmissione relazione annuale a RPC	Patrimonio, lavori e manutenzioni ( <i>annuale</i> )
				<b>Ris. 51</b> - Redazione di un progetto deliberatamente carente al fine di alterare la scelta dell'istituto di affidamento			
<b>H - Attività tecniche e gestione del patrimonio</b>	H.2 - Progettazioni e della gara	P.H.5 - Individuazione dello strumento di affidamento	Direzione strategica Patrimonio, lavori e manutenzioni	<b>Ris.70</b> - Ricorso inappropriato ad affidamenti diretti per favorire determinate imprese	<b>Medio</b>	<b>Mis.91</b> - Trasmissione dei verbali di somma urgenza al RPC	Patrimonio, lavori e manutenzioni ( <i>tempestiva</i> )
						<b>Mis.92</b> - Richiesta di almeno due preventivi o ricorso al mepa anche nei casi di affidamento diretto	
						<b>Mis.93</b> - Nelle procedure negoziate invito ditte superiore alla norma	
<b>H - Attività tecniche e gestione del patrimonio</b>	H.2 - Progettazioni e della gara	P.H.6 - Predisposizione di atti e documenti	RUP	<b>Ris.52</b> - Fuga di notizie circa gli operatori economici invitati o da invitare alle procedure negoziate o comunque fuga di notizie in genere su la procedura avviata	<b>Basso</b>	<b>Mis.57</b> - Previsione in tutti i contratti adottati di una clausola risolutiva a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei patti di integrità, relative ai principi di concorrenza e legalità	Patrimonio, lavori e manutenzioni ( <i>tempestiva</i> )
<b>H - Attività tecniche e gestione del patrimonio</b>	H.3 - Selezione del contraente ( <i>in emergenza COVID</i> )	P.H.7 - Affidamento lavori in emergenza COVID	Patrimonio, lavori e manutenzioni	<b>Ris.15.21</b> - Semplificazione delle procedure e allentamento dei controlli sui requisiti	<b>Medio</b>	<b>Mis.117</b> - Rispetto delle indicazioni contenute nella delibera ANAC n. 312 del 9 aprile 2020. Verifica dei requisiti generali mediante, almeno, la consultazione dei seguenti documenti: Certificato Casellario ANAC, DURC, Certificato Casellario Giudiziale e Certificato	Patrimonio, lavori e manutenzioni ( <i>semestrale</i> )

**AREA H - ATTIVITA' TECNICHE E GESTIONE DEL PATRIMONIO**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/tempi
						carichi fiscali. Relazione RPCT	
<b>H - Attività tecniche e gestione del patrimonio</b>	H.3 - Selezione del contraente	P.H.8 - Nomina della commissione giudicatrice	Direzione strategica Patrimonio, lavori e manutenzioni	<b>Ris.49</b> - Nomina di figure in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o prive di requisiti idonei	<b>Medio</b>	<b>Mis.55</b> - Autodichiarazione prodotta dai tecnici nominate attestante l'assenza di conflitto di interesse in capo agli stessi	Patrimonio, lavori e manutenzioni <i>(tempestiva)</i>
<b>H - Attività tecniche e gestione del patrimonio</b>	H.3 - Selezione del contraente	P.H.9 - Esclusioni	RUP	<b>Ris.54</b> - Mancata o distorta applicazione delle norme di esclusione alto numero di concorrenti esclusi	<b>Medio</b>	<b>Mis.21</b> - Collegialità e trasparenza nell'assunzione delle decisioni e tracciabilità nel percorso decisionale	Patrimonio, lavori e manutenzioni <i>(annuale)</i>
<b>H - Attività tecniche e gestione del patrimonio</b>	H.3 - Selezione del contraente	P.H.10 - Individuazione degli operatori economici	Patrimonio, lavori e manutenzioni	<b>Ris.55</b> - Accordi volti a stravolgere l'ordinario iter procedurale, al fine di favorire uno o più operatori economici	<b>Alto</b>	<b>Mis.54</b> - Rotazione nella nomina del RUP e dei tecnici	Patrimonio, lavori e manutenzioni <i>(tempestiva)</i>
				<b>Ris.56</b> - Azioni od omissioni tendenti a restringere indebitamente la platea dei concorrenti		<b>Mis.97</b> - Rotazione degli operatori economici con frequenza da valutare non inferiore ai 6 mesi per fasce di importo lavori: - fino a € 40.000,00; - da 40.000,00 a 150.000; - da 150.000,00 a 500.000,00; - da 500.000,00 a 1.000.000; oltre 1.000.000,00	

**AREA H - ATTIVITA' TECNICHE E GESTIONE DEL PATRIMONIO**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/tempi
<b>H - Attività tecniche e gestione del patrimonio</b>	H.4 - Verifica aggiudicazioni e e stipula del contratto	P.H.11 - Verifica dell'eventuale anomalia dell'offerta	RUP Patrimonio, lavori e manutenzioni	<b>Ris. 57</b> - Controllo non proceduralizzato dei giustificativi prodotti dal concorrente, per giustificare il ribasso offerto	<b>Medio</b>	<b>Mis.21</b> - Collegialità e trasparenza nell'assunzione delle decisioni	Patrimonio, lavori e manutenzioni ( <i>tempestiva</i> )
<b>H - Attività tecniche e gestione del patrimonio</b>	H.4 - Verifica aggiudicazioni e e stipula del contratto	P.H.12 - Aggiudicazione provvisoria	RUP Patrimonio, lavori e manutenzioni	<b>Ris. 58</b> - Assenza di pubblicità sull'esito della gara per eludere/ritardare possibili contraddittori	<b>Medio</b>	<b>Mis.98</b> - Rispetto tempestivo degli obblighi di pubblicazione in amministrazione trasparente e servizi contratti pubblici del MIT	Patrimonio, lavori e manutenzioni ( <i>tempestiva</i> )
<b>H - Attività tecniche e gestione del patrimonio</b>	H.4 - Verifica aggiudicazioni e e stipula del contratto	P.H.13 - Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	Patrimonio, lavori e manutenzioni	<b>Ris.71</b> - Alterazione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti o dei ricorsi da parte dei concorrenti	<b>Medio</b>	<b>Mis.25</b> - Verifica della delibera di aggiudicazione e della relativa documentazione giustificativa da parte dello Staff di direzione prima della sottoscrizione dell'atto da parte della Direzione stessa	Patrimonio, lavori e manutenzioni ( <i>annuale</i> )
<b>H - Attività tecniche e gestione del patrimonio</b>	H.5 - Esecuzione del contratto	P.H.14 - Verifiche in corso di esecuzione	Patrimonio, lavori e manutenzioni	<b>Ris.64</b> - Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore	align="center"> <b>Medio</b>	<b>Mis.63</b> - Verifica della completezza della documentazione attinente allo stato di avanzamento dei lavori da parte del RUP da allegare all'atto di liquidazione	Patrimonio, lavori e manutenzioni ( <i>tempestiva</i> )
				<b>Ris.60</b> - Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti			
<b>H - Patrimonio, lavori e manutenzioni</b>	H.5 - Esecuzione del contratto	P.H.15 - Subappalto	Patrimonio, lavori e manutenzioni	<b>Ris.60</b> - Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti	<b>Alto</b>	<b>Mis.64</b> - Verifica della documentazione prodotta dall'affidatario che richiede il sub appalto e verifica dei requisiti della ditta subappaltatrice	Patrimonio, lavori e manutenzioni ( <i>tempestiva</i> )

**AREA H - ATTIVITA' TECNICHE E GESTIONE DEL PATRIMONIO**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/tempi
				<b>Ris.65</b> - Superamento in fase esecutiva della percentuale di subappalto autorizzata dalla Stazione Appaltante			
<b>H - Attività tecniche e gestione del patrimonio</b>	H.6 - Rendicontazione del contratto	P.H.16 - Varianti in corso di esecuzione del contratto	RUP Patrimonio, lavori e manutenzioni	<b>Ris.66</b> - Ammissione di varianti, al di fuori delle tassative ipotesi previste ex lege, durante la fase esecutiva del contratto, al fine di consentire all'Appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori.	<b>Medio</b>	<b>Mis.65</b> - Tempestiva comunicazione ad ANAC delle modifiche contrattuali e, nei casi previsti dal codice degli appalti, pubblicazione sul portale della trasparenza	Patrimonio, lavori e manutenzioni ( <i>tempestiva</i> )
<b>H - Attività tecniche e gestione del patrimonio</b>	H.6 - Rendicontazione del contratto	P.H.17 - Nomina del collaudatore	Direzione strategica	<b>Ris.67</b> - Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti	<b>Medio</b>	<b>Mis.55</b> - Autodichiarazione prodotta dai tecnici nominate attestante l'assenza di conflitto di interesse in capo agli stessi	Patrimonio, lavori e manutenzioni ( <i>tempestiva</i> )



**AREA L - LIBERA PROFESSIONE**

Area di rischio	Sotto area	Processo	Struttura responsabile del processo	Rischio	Valut. Rischio	Misura	Struttura che applica la misura/tempi
<b>L - Libera Professione</b>	L.1 - Concessione ed erogazione di prestazioni sanitarie in Libera Professione	P.L.1 - Erogazione di prestazioni e servizi sanitari	Cup aziendale e monitoraggio liste di attesa  Dipartimenti sanitari che erogano libera professione  Direzioni PP.OO.	<b>Ris.31</b> - Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale	<b>Medio</b>	<b>Mis.37</b> - Monitoraggio cura della Commissione Paritetica sul rispetto delle norme e del regolamento aziendale con relazione semestrale al RPC	Commissione paritetica ( <i>semestrale</i> )
						<b>Mis.38</b> - Monitoraggio dei volumi di prestazione erogate in LPI rispetto ai volumi erogati in regime istituzionale delle modalità e tempi di erogazione	Uffici LPI Direzioni Sanitarie PP.OO.  Cup aziendale e monitoraggio liste di attesa ( <i>quadrimestrale</i> )
				<b>Ris.76</b> - Mancata, errata o parziale registrazione delle prestazioni per creare un vantaggio economico al professionista	<b>Medio</b>	<b>Mis.37</b> - Monitoraggio trimestrale corretta esecuzione attività LPI a cura della Commissione Paritetica sul rispetto delle norme e del regolamento aziendale, con indicazione delle criticità rilevate per singolo professionista e delle azioni intraprese. Relazione alla Direzione Generale ed RPCT	Commissione paritetica  Direzioni PP.OO. ( <i>trimestrale</i> )



**Allegato 4 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili produzione e aggiornamento dati	Responsabili pubblicazione dati
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	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) ( <a href="#">link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione</a> )	Annuale	RPCT	URP
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <a href="#">link</a> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI	URP
			Atti amministrativi generali	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI	URP
			Documenti di programmazione strategicogestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI	URP
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	LINK AL SITO DELLA REGIONE	URP
	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	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	Tempestivo	PRESIDENTE UPD	URP	
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario 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	Tempestivo	LINK ALLO SCADENZARIO FUNZIONE PUBBLICA	URP
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (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)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP	
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI + SISTEMI INFORMATIVI	URP
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	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  Per ciascun titolare di incarico:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili produzione e aggiornamento dati	Responsabili pubblicazione dati
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
<b>Consulenti e collaboratori</b>	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	3) compensi comunque 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	TUTTE LE UU.OO. CHE AFFIDANO INCARICHI ESTERNI	(Segr. Gen. e Aff. Leg.)
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo		
<b>Personale</b>	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:		COORDINAMENTO STAFF + SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI	URP
				Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili produzione e aggiornamento dati	Responsabili pubblicazione dati		
		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		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'apposizione 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]	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).				
<b>Personale</b>	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	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	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	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: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	OBBLIGO SOSPESO	OBBLIGO SOSPESO		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		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)]	Annuale				
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)			COORDINAMENTO DI STAFF + SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI	URP
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)			COORDINAMENTO DI STAFF + SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI	URP
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	COORDINAMENTO DI STAFF + SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI	URP		
			Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti	<b>Per ciascun titolare di incarico:</b>					
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	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 individuati discrezionalmente, titolari di	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP	
			Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP	
			Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP	

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili produzione e aggiornamento dati	Responsabili pubblicazione dati		
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP		
				Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP		
				Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP		
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	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 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 Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	Incarichi 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 individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	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'apposizione 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]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi alla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	OBBLIGO SOSPESO	OBBLIGO SOSPESO		
				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: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico				
				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)]	Annuale				
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
				Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
				Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001		Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	GESTIONE DEL PERSONALE	URP

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili produzione e aggiornamento dati	Responsabili pubblicazione dati
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	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 dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT comunica ad ANAC la violazione e pubblica eventuale provvedimento sanzionatorio adottato dall' Autorità	URP
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	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	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo 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	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	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	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	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	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili produzione e aggiornamento dati	Responsabili pubblicazione dati
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP	
Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP	
<b>Bandi di concorso</b>		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
<b>Performance</b>	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	CONTROLLO DI GESTIONE	URP
<b>Performance</b>	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTROLLO DI GESTIONE	URP
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CONTROLLO DI GESTIONE	URP
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	GESTIONE DEL PERSONALE	URP
<b>Attività e Procedimenti</b>	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		<b>Per ciascuna tipologia di procedimento:</b>		SEGRETERIA ENERALE E AFFARI LEGALI; GESTIONE DEL PERSONALE;	PP.OO. ATT.TEC.:
			Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		



**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili produzione e aggiornamento dati	Responsabili pubblicazione dati
					33/2013)	ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI; PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI; ATTIVITA' AMM.VA PRESIDI OSPEDALIERI; ATTIVITA' AMM.VE ASSISTENZA TERRITORIALE E DISTRETTUALE; DIP. DI PREVENZIONE; MEDICINA LEGALE, NECROSCOPICA E RISK MANAGEMENT; UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO; CONTROLLO DI GESTIONE; ATTIVITA' ECONOMICHE E FINANZIARIE	ABS: AA.GG. + GEST. PERSONALE: Urp; ATTIVITA' AMM.VE ASSISTENZA TERRITORIALE E DISTRETTUALE; DIP. PREVENZION E; Referenti indicati dal Direttore di Dipartimento; URP: L. Bocci; CONTR. di GEST.: L. De Flaviis; ATTIVITA' ECONOMICHE E FINANZIARIE : A. Di Felice; MEDICINA LEGALE, NECROSCOPICA E RISK MANAGEMENT: P. Vagnozzi
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. f), 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. g), 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. h), 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
<b>Attività e Procedimenti</b>	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. i), 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. l), 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. m), 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
			<b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b>				



**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili produzione e aggiornamento dati	Responsabili pubblicazione dati
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	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 precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI; GESTIONE DEL PERSONALE; ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI; PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI; ATTIVITA' AMM.VA PRESIDIO OSPEDALIERI; DIP. ASSISTENZA TERRITORIALE; DIP. DI PREVENZIONE; MEDICINA LEGALE, NECROSCOPICA E RISK MANAGEMENT; UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO; CONTROLLO DI GESTIONE; ATTIVITA' ECONOMICHE E FINANZIARIE	PP.OO.: Alessandro Iannetti; ATT.TEC.: Iacovone, Cimini; ABS: M. Troiani; AA.GG. + GEST. PERSONALE: Urp; ATTIVITA' AMM.VE ASSISTENZA TERRITORIALE E DISTRETTUALE: Francesco Baiocchi; DIP. PREVENZIONE: Referenti indicati dal Direttore di Dipartimento; URP: L. Bocci; CONTR.di GEST.: L. De Flaviis; ATTIVITA' ECONOMICHE E FINANZIARIE: A. Di Felice; MEDICINA LEGALE, NECROSCOPICA E RISK MANAGEMENT: P. Vagnozzi

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili produzione e aggiornamento dati	Responsabili pubblicazione dati
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	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 ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI	URP
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	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 ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI	URP
<b>Bandi di gara e contratti</b>	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190	Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	ABS + PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI;	link al software gestione Gare Telematiche
		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	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)	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	Tempestivo	ABS + PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI;	link al software gestione Gare Telematiche
	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	190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Tabelle 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)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	ABS + PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI;	link al software gestione Gare Telematiche	
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	ABS + PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI;	ABS: V. D'Ambrosio; ATT.TECN: M. Cimini
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Per ciascuna procedura: <b>Avvisi di preinformazione</b> - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	ABS + PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI;	link al software gestione Gare Telematiche

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili produzione e aggiornamento dati	Responsabili pubblicazione dati
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Delibera a contrarre o atto equivalente</b> (per tutte le procedure)	Tempestivo	ABS + PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI;	link al software gestione Gare Telematiche
<b>Bandi di gara e contratti</b>	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	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 dlgs n. 50/2016	<b>Avvisi e bandi -</b> Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	ABS + PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI;	link al software gestione Gare Telematiche
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Avviso sui risultati della procedura di affidamento -</b> Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Tempestivo	ABS + PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI;	link al software gestione Gare Telematiche
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Avvisi sistema di qualificazione -</b> Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	ABS + PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI;	link al software gestione Gare Telematiche
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Affidamenti</b> 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, 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 (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	ABS + PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI;	link al software gestione Gare Telematiche
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Informazioni ulteriori -</b> Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	ABS + PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI;	link al software gestione Gare Telematiche
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	ABS + PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI;

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili produzione e aggiornamento dati	Responsabili pubblicazione dati
		50/2016	e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.				
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	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 i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	ABS +PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI;	link al software gestione Gare Telematiche
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo	ABS + PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI;	link al software gestione Gare Telematiche
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo	MONITORAGGIO CONTRATTI DI BENI E SERVIZI;	MONITORAGGIO CONTRATTI DI BENI E SERVIZI;
		Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.; GESTIONE DEL PERSONALE; DIP. SALUTE MENTALE	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.: F. Di Sante; GESTIONE DEL PERSONALE; C. Dei Giudici; DIP. SALUTE MENTALE; M. De Angelis.
		Art. 26, c. 2, 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	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.; GESTIONE DEL PERSONALE; DIP. SALUTE MENTALE	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.: F. Di Sante; GESTIONE DEL PERSONALE; C. Dei Giudici; DIP. SALUTE MENTALE; M. De Angelis.
				<b>Per ciascun atto:</b>			

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili produzione e aggiornamento dati	Responsabili pubblicazione dati
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.; GESTIONE DEL PERSONALE; DIP. SALUTE MENTALE	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.: F. Di Sante; GESTIONE DEL PERSONALE; C. Dei Giudici; DIP. SALUTE MENTALE; M. De Angelis.
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.; GESTIONE DEL PERSONALE; DIP. SALUTE MENTALE	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.: F. Di Sante; GESTIONE DEL PERSONALE; C. Dei Giudici; DIP. SALUTE MENTALE; M. De Angelis.
	Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (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)	3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.; GESTIONE DEL PERSONALE; DIP. SALUTE MENTALE	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.: F. Di Sante; GESTIONE DEL PERSONALE; C. Dei Giudici; DIP. SALUTE MENTALE; M. De Angelis.
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.; GESTIONE DEL PERSONALE; DIP. SALUTE MENTALE	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.: F. Di Sante; GESTIONE DEL PERSONALE; C. Dei Giudici; DIP. SALUTE MENTALE

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili produzione e aggiornamento dati	Responsabili pubblicazione dati
							MENTALE: M. De Angelis.
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.; GESTIONE DEL PERSONALE; DIP. SALUTE MENTALE	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.: F. Di Sante; GESTIONE DEL PERSONALE; C. Dei Giudici; DIP. SALUTE MENTALE: M. De Angelis.
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.; GESTIONE DEL PERSONALE; DIP. SALUTE MENTALE	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.: F. Di Sante; GESTIONE DEL PERSONALE; C. Dei Giudici; DIP. SALUTE MENTALE: M. De Angelis.
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.; GESTIONE DEL PERSONALE; DIP. SALUTE MENTALE	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.: F. Di Sante; GESTIONE DEL PERSONALE; C. Dei Giudici; DIP. SALUTE MENTALE: M. De Angelis.

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili produzione e aggiornamento dati	Responsabili pubblicazione dati
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.; GESTIONE DEL PERSONALE; DIP. SALUTE MENTALE	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.: F. Di Sante; GESTIONE DEL PERSONALE; C. Dei Giudici; DIP. SALUTE MENTALE; M. De Angelis.
<b>Bilanci</b>	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' ECONOMICHE E FINANZIARIE	DOTT. ANTONELLA DI FELICE
<b>ilanci</b>	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		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.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' ECONOMICHE E FINANZIARIE	DOTT. ANTONELLA DI FELICE
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' ECONOMICHE E FINANZIARIE	DOTT. ANTONELLA DI FELICE
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		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.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' ECONOMICHE E FINANZIARIE	DOTT. ANTONELLA DI FELICE
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' ECONOMICHE E FINANZIARIE	DOTT. ANTONELLA DI FELICE
<b>Beni immobili e gestione patrimonio</b>	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI	DOTT. SIMONE DE SANTIS
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI	DOTT. SIMONE DE SANTIS
<b>Controlli e rilievi sull'amministrazione</b>	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di		Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	PRESIDENTE OIV	URP

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili produzione e aggiornamento dati	Responsabili pubblicazione dati
	valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	organismi con funzioni analoghe	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	PRESIDENTE OIV	URP
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	PRESIDENTE OIV	URP
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	PRESIDENTE OIV	URP
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	COLLEGIO SINDACALE	URP (dati forniti dalla Sig.ra Tatiana Valeri)	
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' ECONOMICHE E FINANZIARIE;	URP
<b>Servizi erogati</b>	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	URP	DOTT. LIDIA BOCCI
<b>Servizi erogati</b>	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	CONTROLLO DI GESTIONE	URP
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CUP AZIENDALE E MONITORAGGIO LISTE DI ATTESA	lnk al software Sisweb
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati 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.	Tempestivo	SISTEMI INFORMATIVI + FORMAZIONE, QUALITA' E COMUNICAZ. STRATEGICA	FORMAZIONE, QUALITA' E COMUNICAZIONE STRATEGICA
<b>Pagamenti dell'Amministrazione</b>	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	ATTIVITA' ECONOMICHE E FINANZIARIE	DOTT. ANTONELLA DI FELICE
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata	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	Trimestrale	ATTIVITA' ECONOMICHE E FINANZIARIE	DOTT. ANTONELLA DI FELICE



**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili produzione e aggiornamento dati	Responsabili pubblicazione dati
			(da pubblicare in tabelle)		(in fase di prima attuazione semestrale)		
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' ECONOMICHE E FINANZIARIE	DOTT. ANTONELLA DI FELICE
Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti				Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' ECONOMICHE E FINANZIARIE	DOTT. ANTONELLA DI FELICE	
Ammontare complessivo dei debiti			Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' ECONOMICHE E FINANZIARIE	DOTT. ANTONELLA DI FELICE		
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' ECONOMICHE E FINANZIARIE	DOTT. ANTONELLA DI FELICE
<b>Opere pubbliche</b>	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	Atti di programmazione delle opere pubbliche ( <i>link</i> 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)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI;	MARCO CIMINI
<b>Opere pubbliche</b>	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI;	MARCO CIMINI
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI;	MARCO CIMINI
<b>Informazioni ambientali</b>		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	DIP. DI PREVENZIONE	F. Di Gialleonardo
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Link al sito di ARTA Abruzzo	
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Link al sito di ARTA Abruzzo	

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili produzione e aggiornamento dati	Responsabili pubblicazione dati
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Link al sito di ARTA Abruzzo	
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Link al sito di ARTA Abruzzo	
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Link al sito di ARTA Abruzzo	
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Link al sito di ARTA Abruzzo	
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	link al sito del Ministero dell'Ambiente	
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.;	Sabina Pelusi
			Accordi interscambi con le strutture private accreditate	Accordi interscambi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	ATTIVITA' AMM.VE ASS. TERR. E DISTR.;	Sabina Pelusi
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI; DIP. DI PREVENZIONE; ATTIVITA' AMMINISTRATIVE PRESIDI OSPEDALIERI.	PP.OO.: Alessandro Iannetti; DIP. PREVENZ.: Referenti indicati dal Direttore di Dipartimento; PATRIMONIO, LAVORI E MANUTENZIONI: M. Cimini
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	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)	Annuale	RPCT	URP
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	RPCT	URP

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili produzione e aggiornamento dati	Responsabili pubblicazione dati
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	RPCT	URP
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	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)	RPCT	URP
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	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	Tempestivo	RPCT	URP
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	RPCT	URP
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	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	Tempestivo	RPCT + URP	URP
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	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	Tempestivo	RPCT + URP	URP
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	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	Semestrale	DIPARTIMENTI di: Assistenza Territoriale, Amministrativo, Tecnico-logistico, Prevenzione, Salute mentale, Staff di Direzione, Coord. Assistenza Ospedaliera.	URP
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	SISTEMI INFORMATIVI	DOTT. GIOVANNI DI ANTONIO
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	SISTEMI INFORMATIVI	DOTT. GIOVANNI DI ANTONIO
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	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)	SISTEMI INFORMATIVI	DOTT. GIOVANNI DI ANTONIO

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabili produzione e aggiornamento dati	Responsabili pubblicazione dati
Altri contenuti		Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	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. 33/2013)	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	....	TUTTE LE UU.OO. CHE PUBBLICANO DATI NON PREVISTI DAL DECRETO 33/2013 E S.M.I.	URP

LEGGENDA TEMPI DI PUBBLICAZIONE
Publicazione tempestiva: monitoraggio ogni
Publicazione trimestrale
Publicazione semestrale
Publicazione annuale
N.B. se i giorni indicati dovessero essere festivi

\* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)

## SEZIONE 4 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### 4.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

#### 4.1.1 Articolazione a livello centrale e territoriale

L'AZIENDA ASSICURA UNA STRUTTURA ORGANIZZATIVA SNELLA ED ORIENTATA AL CITTADINO A GARANZIA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA) PREVISTI DALLA PIANIFICAZIONE NAZIONALE E REGIONALE EROGANDO PRESTAZIONI SANITARIE DI QUALITÀ, VALUTANDO E VERIFICANDO PERIODICAMENTE LE ATTIVITÀ ESPLETATE E LE RISORSE UMANE IMPIEGATE.

L'AZIENDA È ARTICOLATA IN STRUTTURE COMPLESSE E SEMPLICI ORGANIZZATE IN DIPARTIMENTI CHE ASSICURANO:

- Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro
- Assistenza distrettuale
- Assistenza ospedaliera

#### 4.1.2 Modalità di identificazione dei dipartimenti e relative aggregazioni

L'art 17 bis del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni, considera l'organizzazione dipartimentale il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie.

Il Dipartimento è costituito da strutture omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità

professionale. Le strutture costituenti il Dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati. (Cfr. Linee Guida Regionali)

Il Dipartimento è una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti d'orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto. Esso aggrega strutture complesse e strutture semplici a valenza dipartimentale. Le altre strutture semplici, quali articolazioni di quelle complesse, sono già comprese nella struttura principale aggregata.

L'organizzazione dipartimentale è predeterminata solo nei casi specificatamente previsti dalla legge o dalle indicazioni regionali (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, etc.).

Oltre tali previsioni è possibile l'istituzione d'altri Dipartimenti qualora si renda necessario razionalizzare, in termini sia d'efficienza che d'economicità, i rapporti fra diverse strutture organizzative non altrimenti aggregabili.

L'Azienda USL di Teramo adotta un modello dipartimentale prevalentemente gestionale con finalità di razionalizzare sia in termini d'efficacia, efficienza ed economicità, l'utilizzo delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche assegnate adottando, ove possibile, un approccio multidisciplinare al paziente ed alla continuità delle cure specie relativamente alle patologie complesse.

A norma della vigente normativa e delle direttive regionali in materia, l'Atto Aziendale individua i Dipartimenti Aziendali.

Attraverso l'organizzazione dipartimentale si intende perseguire i seguenti obiettivi:

- sviluppo dei percorsi clinico- assistenziali ed organizzativi volti a garantire la continuità assistenziale pur nella consapevolezza della loro trasversalità che travalica i confini del Dipartimento medesimo;
- adozione di best practice cliniche ed assistenziali;
- miglioramento e integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento volta a "costruire"
- professionalità di eccellenza ed a valorizzare le competenze distintive;
- miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, del livello d'umanizzazione
- delle strutture interne al singolo Dipartimento;
- razionalizzazione dell'utilizzo di risorse umane e tecnologiche, di posti letto, di materiali di consumo, di servizi sanitari intermedi, anche attraverso la metodologia di budget;

I Dipartimenti svolgono attività di coordinamento, d'indirizzo di direzione e di valutazione dei risultati conseguiti nell'area omogenea di competenza. Le funzioni dei Dipartimenti comprendono in particolare:

- definizione dei progetti e programmi, individuazione degli obiettivi prioritari, allocazione delle risorse e dei mezzi funzionali a supporto della Direzione Generale e nei confronti delle strutture ad essa afferenti;
- coordinamento e guida nei confronti del livello operativo e verifica dei risultati conseguiti, concorrenti al processo di revisione periodica delle strategie aziendali e dell'assetto organizzativo e produttivo;
- studio, applicazione e verifica dei sistemi (linee guida, protocolli, etc.) per conferire la massima omogeneità alle procedure organizzative, amministrative, assistenziali e d'utilizzo delle apparecchiature;
- certificazione dei processi di attività interna;
- studio e applicazione di sistemi informatici di gestione in rete all'interno del dipartimento e tra dipartimenti per l'interscambio d'informazioni e d'immagini nonché per l'archiviazione unificata e centralizzata dei dati;
- individuazione e promozione di nuove attività e modelli organizzativi innovativi;
- organizzazione della didattica;
- gestione del budget assegnato al dipartimento.
- coordinamento tra le attività del dipartimento e le attività extra ospedaliere per un'integrazione dei servizi del dipartimento stesso nel territorio, e in particolare nei distretti, nonché con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta al fine di realizzare l'indispensabile raccordo tra ospedale (hub) e strutture territoriali (spoke) per la definizione del piano di dimissione del paziente e gestione del successivo follow up, garantendo la continuità assistenziale;
- promozione d'iniziative volte ad umanizzare l'assistenza all'interno delle strutture dipartimentali;
- valutazione e verifica della qualità dell'assistenza fornita da effettuarsi attraverso sistemi strutturati di audit con particolare riguardo alle attività cliniche ed all'analisi dei risultati ottenuti, anche in termini di esito delle cure;



- organizzazione dell'attività libero professionale dipartimentale.

Sono organi del Dipartimento:

- il Comitato di Dipartimento nella composizione prescritta dalle vigenti disposizioni regionali.
- il Direttore di Dipartimento;

Partecipano alle riunioni dei Comitati di Dipartimento, senza diritto di voto:

- Dirigenti delle Professioni Sanitarie del Comparto
- Responsabili delle posizioni organizzative relative alle professioni sanitarie e sociali del comparto attinenti ai Dipartimenti.

Il Comitato di Dipartimento:

- predispone i modelli di funzionamento del Dipartimento;
- propone la gestione di attrezzature, presidi e risorse economiche assegnate all'area dipartimentale;
- fornisce indicazioni per la gestione del budget assegnato al Dipartimento;
- adotta, per le specifiche esigenze del Dipartimento, le linee-guida per un corretto indirizzo diagnostico-terapeutico;
- stabilisce i modelli per la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza data;
- propone i piani d'aggiornamento clinico per il personale e programma l'attività di didattica e ricerca scientifica;
- propone, nell'ambito del budget assegnato i fabbisogni di risorse sia per il personale che per la dotazione strumentale, valutandone le priorità ed il rapporto costi-benefici;
- propone l'istituzione di gruppi operativi interdisciplinari;
- valuta proposte e problemi che gli vengano sottoposti dal Direttore del Dipartimento o da singoli appartenenti al dipartimento stesso in relazione a problemi od eventi di particolare rilievo.

Il Comitato di Dipartimento adotta le proprie decisioni a maggioranza dei suoi componenti.

Il Direttore del Dipartimento alla fine di ogni anno invia al Direttore Generale una relazione sull'attività svolta, approvata dal Comitato di dipartimento.

L'incarico di Direzione del Dipartimento comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali che di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine, il Direttore del Dipartimento, in accordo con il Comitato di Dipartimento, predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzo delle risorse disponibili, e lo negozia con il Direttore Generale, nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e verifica sono assicurate con la partecipazione attiva del Comitato di Dipartimento. Il direttore di dipartimento è direttamente responsabile di tutte le funzioni attribuite anche in ordine alle problematiche generali di competenza ed è tenuto ad attivarsi in maniera propositiva anche al fine di evitare tutti i rischi o le conseguenze negative derivanti dalla gestione attribuita.



Il Direttore di Dipartimento stipula con il Direttore Generale un contratto individuale di lavoro, con la previsione dell'esclusività di rapporto con l'Azienda.

I Dipartimenti sanitari Aziendali sono i seguenti:

1. Dipartimento Cardio- Toraco -Vascolare
2. Dipartimento Chirurgico
3. Dipartimento Emergenza Urgenza
4. Dipartimento Salute Mentale
5. Dipartimento Oncologico
6. Dipartimento Medico
7. Dipartimento dei Servizi
8. Dipartimento di Prevenzione
9. Dipartimento Materno Infantile
10. Dipartimento Assistenza Territoriale

I Dipartimenti del supporto tecnico- amministrativo sono i seguenti:

1. DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
2. DIPARTIMENTO TECNICO-LOGISTICO

Sono organizzati sul modello dipartimentale:

3. COORDINAMENTO STAFF DI DIREZIONE
4. COORDINAMENTO ASSISTENZA OSPEDALIERA

All'interno dei Dipartimenti Aziendali e dei Coordinamenti trovano allocazione le strutture complesse, le strutture semplici, i Servizi e gli Uffici, nel rispetto di quanto stabilito dalla vigente legislazione in materia.

Potranno essere sperimentate forme di costituzione di Dipartimenti regionali ed interaziendali che saranno oggetto di appositi atti, previa:

- approvazione regionale
- esplicitazione degli obiettivi e delle finalità del Dipartimento
- individuazione, per ciascuna azienda partecipante, delle strutture che compongono il Dipartimento con chiara definizione delle regole gerarchiche e dei rapporti, previa stesura di un regolamento che definisca nel dettaglio gli aspetti organizzativi compresi la nomina del Direttore e del Comitato.





## ***Il Dipartimento di Assistenza Territoriale***

È istituito al fine di governare i processi organizzativi e gestionali del territorio avvalendosi: dei Direttori delle aree distrettuali e relative UU.OO. primaria, assistenza intermedia ed assistenza consultoriale, psicologia aziendale, di integrazione ospedale-territorio, della disabilità, delle dipendenze patologiche, delle cure palliative e della medicina penitenziaria e per il coordinamento delle aree distrettuali.

### ***L'Organizzazione Distrettuale***

Nell'ambito del Dipartimento l'Organizzazione Distrettuale costituisce rete integrata:

- di presa in carico e di continuità dell'assistenza
- di monitoraggio del bisogno
- di governo della domanda.

I Distretti sono il luogo dove si attua la politica di tutela della salute sul territorio attraverso gli strumenti costituiti da:

- Piano Delle Attività Territoriali - P.A.T. (titolarità del distretto)
- Piano Di Zona - P.D.Z.- (titolarità dell'Ente di ambito sociale)

IL PAT ed il PDZ dovranno necessariamente coincidere nei contenuti della programmazione dell'area dell'integrazione socio sanitaria attraverso l'Accordo di Programma tra AUSL ed Ambito Sociale in materia di servizi alla persona e risorse da attivare nell'area.

Il Sistema Sanitario Nazionale pone al centro del sistema medesimo il cittadino/utente garantendogli l'unitarietà e la globalità degli interventi e la continuità di cura.

Il Distretto rappresenta l'articolazione dell'Azienda Sanitaria Locale in cui si realizza il livello di integrazione complessa delle attività sanitarie e sociali in favore della popolazione; è il nodo centrale per il governo della salute, per il controllo della spesa e dell'efficacia delle prestazioni.

Rappresenta inoltre il livello in cui si attivano, anche in via sperimentale, processi innovativi di gestione della sanità sul territorio.

Attraverso il Punto Unico d'Accesso (P.U.A.) il Distretto Sanitario costituisce, per il cittadino, il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi socio-sanitari dell'Azienda nonché il luogo di integrazione di tutti i servizi territoriali.

Il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria ed intermedia, relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel programma delle attività territoriali.

Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all' interno del bilancio dell'unità sanitaria locale.

Il Distretto assume quindi un ruolo strategico nell'erogazione di servizi e prestazioni con il miglior rapporto costi/efficacia.

L'ottimizzazione delle risorse, richiesta dall'attuale scenario economico, non solo regionale ma

anche nazionale ed europeo, richiede che il Distretto Sanitario, in accordo con le varie componenti della comunità locale, definisca le "priorità sociali dell'assistenza sanitaria".

Il Distretto dovrà operare con modelli di gestione manageriale fornendo risposte logiche e coerenti allo scenario epidemiologico e sociale in continua evoluzione.

In una moderna visione della rete assistenziale, la struttura dell'offerta delle prestazioni sanitarie è rivolta a rendere il processo assistenziale unitario rispetto ai bisogni espressi dall'assistito con la presa in carico complessiva del paziente. Per far ciò occorre una struttura organizzativa flessibile, snella con forte integrazione tra le varie aree più propriamente professionali e quelle gestionali. La ricerca dell'appropriatezza non si limita perciò alla medicina basata sull'evidenza: un altro importante aspetto del recupero di appropriatezza è quello relativo all'ambito di cura. Il Distretto deve perciò garantire un elevato livello di cure territoriali e domiciliari attraverso l'integrazione fattiva tra le componenti aziendali, quelle della medicina convenzionata e quelle del privato accreditato nonché delle organizzazioni non profit.

La stessa integrazione socio-sanitaria deve prevedere progettualità comuni che vadano oltre la definizione dei percorsi di assistenza domiciliare e servizi alla persona.

Il Piano delle Attività Territoriali ed il Piano di Zona sono supportati da un'analisi dei bisogni basata su dati statistico-epidemiologici e da mappe di rischio per la definizione di percorsi di prevenzione primaria e secondaria su temi che coinvolgono più agenti del contesto sociale quali ad esempio la prevenzione dell'incidentalità stradale o sul lavoro. Possiamo, perciò, distinguere due funzioni chiave del distretto:

- **funzione di committenza:** con la quale il D.S.B. concorre e collabora, in relazione al proprio bacino di popolazione, alla complessiva valutazione aziendale dei bisogni e alla conseguente definizione dei servizi necessari;
- **funzione di produzione:** con la quale il D.S.B. eroga direttamente i servizi nell'ambito del Dipartimento dell'Assistenza Territoriale ovvero li acquisisce dal privato accreditato nel rispetto delle risorse disponibili.

Trasversali alla struttura del Distretto, si delineano diverse aree di produzione omogenea:

- **assistenza primaria ed intermedia:** cui afferiscono le attività della Medicina Generale e Continuità Assistenziale, la Pediatria di Libera Scelta, la Specialistica Ambulatoriale, l'Assistenza Termale, la Guardia Turistica, assicurate dagli stessi distretti e che eroga le prestazioni Domiciliari e Residenziali
- **assistenza ai pazienti affetti da dipendenze e patologie da abuso.**
- **l'assistenza consultoriale** cui afferiscono le attività consultoriali per l'assistenza alla gravidanza e puerperio, la prevenzione della I.V.G., il controllo della fertilità, la prevenzione dei tumori femminili, le attività dello spazio adolescenziale e della famiglia con particolare riguardo alla prevenzione del disagio, le attività pediatriche con il settore delle vaccinazioni obbligatorie e le attività riabilitative dell'età evolutiva svolte da *équipes* composte da neuropsichiatri infantili, logopedisti, fisioterapisti, psicologi ed assistenti sociali;



Ulteriori attività trasversali ai distretti sono erogate in modo omogeneo su tutto il territorio provinciale dalle seguenti unità operative: UOC Servizio Dipendenze Patologiche, UOSD Assistenza Psicologica, UOC Servizio farmaceutico Territoriale, UOSD Radiologia Territoriale, UOC Medicina Penitenziaria, UOSD Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), UOSD Allergologia.

La sopradescritta organizzazione delinea un modello organizzativo territoriale tipicamente matriciale.

Le aree distrettuali, attraverso le articolazioni organizzative del Dipartimento dell'Assistenza Territoriale, operano sinergicamente con i Dipartimenti Clinici, di Prevenzione, di Salute Mentale, Materno Infantile ed Oncologico. Per ragioni funzionali, comunque, può e deve interagire con qualsiasi dipartimento aziendale.

Sulla base delle caratteristiche oro-geografiche, demografiche e socio economiche, è possibile suddividere il territorio della Provincia di Teramo, coincidente con quello della A.S.L., in due distinte macroaree.

Una interna, per lo più montana e a bassa densità abitativa ed una costiera e collinare ad alta densità abitativa.

Sono state articolate quali strutture complesse le due Macro Aree Distrettuali contenenti complessivamente 5 Distretti Sanitari di Base articolati quali strutture semplici di struttura complessa, tre dell'area costiera e due dell'area Montana:

<b>U.O.C. AREA DISTRETTUALE GRAN SASSO – LAGA</b>	
<b>UOS Distretto Socio Sanitario Teramo</b>	<b>Abitanti (CENSIMENTO 2011)</b>
Basciano	2.447
Campoli	7.256
Canzano	1.962
Castellalto	7.343
Cortino	683
Penna Sant'Andrea	1.724
Teramo	54.210
Rocca Santa Maria	566
Torricella Sicura	2.667
Valle Castellana	1.029
<b>TOTALE</b>	<b>79.887</b>
<b>UOS Distretto Socio Sanitario Montorio al Vomano</b>	<b>Abitanti</b>
Castel Castagna	494
Castelli	1.224
Colledara	2.239
Crognaleto	1.414
Fano Adriano	347
Isola del Gran Sasso d'Italia	4.835
Montorio al Vomano	8.199
Pietracamela	305
Tossicia	1.409
<b>TOTALE</b>	<b>20.466</b>

POPOLAZIONE DISTRETTUALE	COMPLESSIVA GRAN SASSO - LAGA	AREA	
			100.353
<b>UOC AREA DISTRETTUALE ADRIATICO</b>			
<b>UOS Distretto Socio Sanitario Roseto degli Abruzzi</b>		<b>Abitanti</b>	
Bellante			7.143
Giulianova			23.188
Morro d'Oro			3.631
Mosciano Sant'Angelo			9.231
Notaresco			6.856
Roseto degli Abruzzi			25.011
<b>TOTALE</b>			<b>75.060</b>
<b>UOS Distretto Socio Sanitario Atri</b>		<b>Abitanti</b>	
Atri			11.111
Arsita			872
Bisenti			2.065
Castiglione Messer Raimondo			2.355
Castilenti			1.551
Cellino Attanasio			2.579
Cermignano			1.783
Montefino			1.093
Pineto			14.614
Silvi			15.394
<b>TOTALE</b>			<b>53.417</b>
<b>UOS Distretto Socio Sanitario Sant'Omero</b>		<b>Abitanti</b>	
Alba Adriatica			11.570
Ancarano			1.880
Civitella del Tronto			5.317
Colonnella			3.786
Controguerra			2.409
Corropoli			4.771
Martinsicuro			15.481
Nereto			5.096
Sant'Egidio alla Vibrata			9.656



Sant'Omero	5.306
Torano Nuovo	1.659
Tortoreto	10.416
TOTALE	77.347
POPOLAZIONE COMPLESSIVA AREA DISTRETTUALE ADRIATICO:	205.824
POPOLAZIONE TOTALE TERRITORIO	306.177

Il Direttore dell'Area Distrettuale è nominato dal Direttore Generale e:

- elabora e propone al Direttore Generale, previo parere del Comitato dei Sindaci di Distretto, il Programma delle Attività Territoriali (PAT);
- è responsabile della negoziazione delle risorse di budget di I livello con la Direzione Generale e della conseguente rilevazione della spesa indotta mediante la "monetizzazione" formale delle prestazioni rese ai residenti, nonché mediante la rilevazione dei flussi d'utenza;
- è responsabile del raggiungimento degli obiettivi concordati nell'ambito della negoziazione del budget, con la direzione generale;
- è responsabile, sotto l'aspetto gestionale, dei servizi resi dalle articolazioni organizzative del Distretto a livello territoriale (ambulatori, domicilio, ospedale di comunità, etc.);
- è responsabile dell'integrazione organizzativa e funzionale delle figure professionali operanti nelle UU.OO. e nei servizi che si articolano nel Distretto, al fine di garantire risposte unitarie alla domanda di assistenza accolta attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA);
- coordina i processi di integrazione tra Distretto, i Presidi Ospedalieri e gli altri Dipartimenti Aziendali, nonché con i servizi sociali degli Enti Comunali e/o di ambito insistenti sul proprio territorio.

All'interno delle aree distrettuali trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative del Dipartimento di Salute Mentale e di Prevenzione.

La determinazione delle funzioni afferenti alle singole unità operative complesse e semplici dipartimentali è indicata nel funzionigramma aziendale.

### ***Il Presidio Territoriale di Assistenza h.24 (PTA H24)***

È una organizzazione territoriale idonea a rispondere in modo adeguato alle necessità della popolazione residente nel Distretto secondo quanto stabilito dalla vigente legislazione. Il PTA H24 è allocato presso la sede del Distretto ubicato nel Comune dove insiste il PTA e presenta le seguenti caratteristiche:

- punto unico di accesso alla rete dei servizi
- spazi dedicati all'attività ambulatoriale specialistica con particolare riferimento alle discipline di base;
- integrazione con gli specialisti ospedalieri di branche ulteriori rispetto a quelle di base;



- servizi di accoglienza alla persona;
- servizi sanitari di base e specialistici;
- punto prelievi
- servizi di diagnostica specialistica; ecografia, radiodiagnostica tradizionale, elettrocardiogramma, etc.;
- consultori e servizi socio sanitari integrati, ivi compresi i servizi in favore dei minori e delle famiglie;
- assistenza medica ed infermieristica h.24
- forme di associazionismo dei MMG e PLS anche per assicurare continuità assistenziale, assistenza notturna e/o a chiamata;
- servizi di coordinamento delle cure domiciliari secondo i livelli di intensità;
- gestione da parte dei MMG di eventuali letti a bassa intensità assistenziale e centri diurni per pazienti fragili
- Il posizionamento dei punti di erogazione territoriali rispetto alla rete di strutture di offerta di  
ciascun bacino di distretto verrà individuato nel Piano della rete Territoriale

### ***I medici di medicina generale e di continuità assistenziale***

Svolgono un ruolo di primo piano nell'evitare il ricorso improprio all'ospedale.

Sono impegnati in prima linea sul campo dell'appropriatezza, dal farmaco alla diagnostica, nel solco segnato dall'Accordo collettivo nazionale con la Medicina generale e dalla legge n. 189/2012.

L'Azienda favorisce l'istituzione delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) che rappresentano il modello organizzativo e funzionale di cui fanno parte i medici di medicina generale ed eventualmente i pediatri di famiglia oltre ad infermieri, assistenti sociali e specialisti, assicurando una presenza oraria quasi continua.

Le UCCP hanno come obiettivo:

- effettuare - in maniera integrata - le attività utili ad affrontare soprattutto la cronicità.
- perseguire il coordinamento funzionale con i servizi e le attività del Distretto di riferimento mediante i medici convenzionati, i medici della continuità assistenziale, gli specialisti convenzionati e altri operatori socio-sanitari.
- rapportarsi, oltre che con il distretto, con l'ospedale e gli altri poli della rete integrata;
- realizzare un processo organizzativo che garantisce assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello, realizzando la continuità assistenziale 24 ore su 24, 7 giorni su 7;
- l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello con particolare attenzione ai pazienti cronici
- utilizzare nelle località logisticamente disagiate gli strumenti della telemedicina per la gestione del paziente

- dotarsi di supporti tecnologici ed informativi in grado di collegare tra loro i professionisti che vi operano e di scambiare dati con i poli di riferimento
- sviluppare la medicina d'iniziativa al fine di promuovere la prevenzione, l'educazione e l'informazione sanitaria

### **La UOC di Medicina Penitenziaria**

Trova allocazione nell'ambito del Dipartimento dell'Assistenza territoriale.

Fornisce risposte adeguate alle specifiche e particolari esigenze assistenziali della popolazione detenuta, allo scopo di assicurare gli obiettivi di salute prioritari, attraverso le seguenti linee di attività:

#### **a) prevenzione**

- la prevenzione ambientale: consiste nella ricognizione dei rischi ambientali, con l'obiettivo di individuare le principali problematiche connesse all'igiene e alla sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro, al fine di realizzare interventi che incidano sul miglioramento della qualità della vita in carcere;
- la tutela e promozione della salute dell'individuo e della comunità penitenziaria: comprende l'insieme degli interventi atti a ridurre il rischio di patologie correlate al regime detentivo.

#### **b) cura attraverso:**

- elaborazione, d'intesa con le Aree Sanitarie degli Istituti penitenziari, linee guida atte ad assicurare il soddisfacimento della domanda di cura dei detenuti e degli internati;
- organizzazione, d'intesa con le Aree Sanitarie degli Istituti penitenziari, percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni;
- del volume di risorse professionali, tecnologiche e strutturali assegnate per il raggiungimento degli obiettivi di cui sopra.

Le principali aree di intervento, così come previsto dal progetto obiettivo Regionale per la tutela della salute in ambito penitenziario, sono:

- la medicina generale;
- la medicina d'urgenza;
- la medicina specialistica;
- l'assistenza dei detenuti dipendenti da sostanze;
- le patologie infettive con particolare riferimento all'infezione da HIV e sindromi correlate;
- le attività di riabilitazione;
- la tutela della salute della donna e la salvaguardia del diritto di maternità;
- la tutela della salute dei detenuti disabili e portatori di handicap;
- l'assistenza sanitaria alle persone immigrate detenute;



- la tutela della salute mentale;
- l'assistenza farmaceutica.

**c) *ricovero in unità operativa di degenza protetta.***

Il ricovero in una unità operativa di degenza esterna al carcere è previsto per la cura degli stati acuti di malattia dei soggetti detenuti.

Per evidenti ragioni di sicurezza, è necessario limitare il ricorso al ricovero esterno ai soli casi necessari, anche se in nessun caso le ragioni della sicurezza possono mettere a rischio la salute e la vita dei detenuti.

Nell'ambito del P.O. Hub sono istituite una o più stanze di degenza "protetta" ove allocare il detenuto degente.

La determinazione delle funzioni afferenti all' unità operativa è effettuata con successivo specifico provvedimento.

***L'integrazione sociosanitaria***

Costituisce una priorità strategica sia sociale che sanitaria per riuscire a dare risposta ai bisogni complessi di assistenza, in quanto dipendenti da disturbi, patologie o problemi legati alla componente psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa, agli stili di vita e ai fattori ambientali.

L'integrazione istituzionale si fonda sulla collaborazione fra l'Azienda ed i Comuni, in modo da assicurare coerenza e unitarietà al processo di programmazione sociosanitaria. Le scelte di concertazione sono concretizzate e definite in modo coordinato nel Piano di zona dell'ambito sociale, nel Programma della attività territoriali del distretto e nel Piano aziendale dell'azienda USL.

L'integrazione gestionale riguarda l'assetto organizzativo in termini di individuazione di protocolli e procedure di coordinamento in grado di agevolare l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni ed al tempo stesso di consentirne il monitoraggio al fine di creare quel processo virtuoso che va sotto il nome di "miglioramento continuo" delle attività socio-assistenziali.

A tal fine è necessario codificare le procedure ed i protocolli di coordinamento a livello territoriale, in modo da assicurare il raccordo e la collaborazione decisionale ed operativa, anche per ciò che attiene alla compatibilità finanziaria delle scelte di programmazione.

L'integrazione professionale è indispensabile al fine di favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, di assicurare l'efficace valutazione multidimensionale del bisogno e per definire il progetto integrato personalizzato, oltre che per la valutazione periodica dei risultati.





### ***Il Coordinamento di staff***

È lo strumento del quale si avvale la direzione strategica a sostegno delle attività tipiche di governo strategico.

Si compone di unità operative e di organismi funzionali di supporto che presiedono a specifiche attività ivi compresi i rapporti interistituzionali e di comunicazione.

Svolge attività di supporto tecnico alla Direzione strategica ed alla "line" produttiva con attività di analisi, progettazione e monitoraggio dei principali meccanismi operativi aziendali e servizi di carattere generale.

È costituito dall'insieme delle UUOCC e UOOSSDD afferenti (cfr. Organigramma) e si interpone tra direzione strategica ed il resto dell'organizzazione quale supporto al vertice direzionale per l'esercizio delle funzioni di pianificazione, indirizzo e controllo, nonché della "line" produttiva ai fini del suo orientamento verso il perseguimento degli obiettivi aziendali.

L'organizzazione è caratterizzata da flessibilità e dinamismo per facilitare l'integrazione fra le diverse funzioni a garanzia di una forte adattabilità alle esigenze funzionali dell'organizzazione e dei suoi processi produttivi.

Afferiscono al Coordinamento di Staff anche le funzioni relative ad Anticorruzione e Trasparenza e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

### ***Il Coordinamento dell'assistenza ospedaliera***

Governa, di concerto con il Direttore Sanitario e con i Direttori dei Dipartimenti ed i Responsabili delle UU.OO. specificamente preposte, i processi organizzativi di carattere clinico-sanitario, di formazione e aggiornamento e promozione della qualità dei servizi sanitari, il rischio clinico e la sicurezza dei pazienti.

Afferiscono al Direttore del Coordinamento dell'assistenza Ospedaliera le seguenti funzioni:

- definizione dei criteri organizzativi generali, dettati dagli obiettivi aziendali;
- governo delle relazioni tra dipartimenti ospedalieri;
- collaborazione alla negoziazione per l'allocazione delle risorse e per la definizione degli obiettivi e della produttività dei Dipartimenti e delle UU.OO.CC.;
- supporto ai direttori di Dipartimento e di UO per il raggiungimento degli obiettivi;
- effettuazione valutazioni tecnico-sanitarie ed organizzative sui progetti di nuova realizzazione e sulla ristrutturazione degli spazi assegnati ai dipartimenti;
- organizzazione di percorsi finalizzati a favorire la presa in carico e la continuità assistenziale secondo logiche funzionali anche al corretto andamento della spesa ed all'utilizzo appropriato delle risorse;
- partecipazione alla programmazione, organizzazione e realizzazione delle attività rivolte a migliorare il percorso assistenziale;
- coordinamento e partecipazione a commissioni e gruppi di lavoro;
- collaborazione alla stesura dei capitolati tecnici per l'acquisto di beni o l'esternalizzazione di servizi, anche attraverso la partecipazione a commissioni tecniche di gara;

- garanzia, con il supporto dei dirigenti delle professioni sanitarie, della migliore funzionalità dei servizi ospedalieri;
- collaborazione finalizzata a favorire un'adeguata ed appropriata assistenza ospedaliera alle persone nonché la continuità dell'assistenza, operando in stretta interrelazione con il direttore del coordinamento dell'assistenza territoriale e con il direttore del dipartimento di Prevenzione nell'ambito degli indirizzi strategici stabiliti dalla direzione aziendale e del budget attribuito alla struttura ospedaliera;
- vigilanza sulle attività di prelievo degli organi;
- organizzazione delle attività relative alla sorveglianza sanitaria al personale che a vario titolo afferisce ai presidi ospedalieri, in collaborazione con il medico competente, la direzione delle professioni sanitarie e la UOSD Servizio Prevenzione Sicurezza Interna;
- organizzazione e controllo delle aree omogenee aziendali dedicate all'assistenza;
- organizzazione e controllo delle rilevazioni dati in collaborazione con la UOC Servizio Controllo di Gestione, anche ai fini del soddisfacimento dei debiti informativi nei confronti della Regione e del Ministero della Salute;
- coordinamento delle attività di specifica competenza nell'ambito della gestione degli eventi critici, del governo clinico, dell'audit clinico, della gestione del rischio e della prevenzione degli eventi avversi;
- garanzia dell'unitarietà nella gestione degli ospedali dell'Azienda finalizzata all'equità di accesso alle strutture, uniformità nella qualità delle prestazioni erogate e rete dei servizi adeguata ai bisogni di salute.

### ***Direzione delle Professioni Sanitarie***

Riferimenti legislativi:

- Legge 26 febbraio 1999, n. 42 (in Gazz. Uff., 2 marzo, n. 50). - Disposizioni in materia di professioni sanitarie.
- Legge 10 agosto 2000, n. 251 (in Gazz. Uff., 6 settembre, n. 208). - Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.
- LEGGE 1° febbraio 2006, n. 43 (in Gazz. Uff., 17 febbraio, n. 40) - Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali.

La direzione delle professioni sanitarie del comparto è strutturata quale unità operativa complessa nell'ambito del Coordinamento di Staff di Direzione al fine di assicurare un'adeguata risposta ai bisogni di salute dei singoli cittadini e della collettività, mediante la gestione diretta e l'ottimizzazione delle risorse, il coordinamento ed il controllo della qualità delle prestazioni delle professioni sanitarie e di supporto, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali, nonché degli specifici Codici Deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi, così come previsto dalla vigente legislazione.

All'interno della UOC trovano allocazione cinque UUOOS non ancora attivate:



- Direzione Area Infermieristica Rete Ospedaliera
- Direzione Area Infermieristica Rete Territoriale
- Direzione Area Ostetrica
- Direzione Area Tecnico Sanitaria
- Direzione Area Riabilitativa
- Direzione Area Prevenzione

L'Azienda si è dotata già di 2 dirigenti delle professioni sanitarie del comparto (ambidue di estrazione infermieristica) ed è in itinere la procedura per il conferimento di incarico ex art.15 *septies* del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. ad una ulteriore unità reclutata in particolare quale supporto alla Direzione Strategica per la realizzazione delle azioni 5 e 6 del PNRR.

Il servizio assicura la corretta allocazione delle risorse professionali del comparto afferenti tanto agli ospedali quanto al territorio.

Il servizio assicura anche la corretta allocazione delle risorse professionali di assistente sociale per dare risposta a tutte le richieste di assistenza sociale provenienti dalle strutture aziendali ospedaliere e del territorio.



## 4.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

### 4.2.1 Premessa

Il lavoro agile, detto anche “*smart working*” (e i due termini verranno utilizzati alternativamente nell’ambito del presente documento), rappresenta una modalità flessibile di esecuzione del rapporto di lavoro che risponde alle seguenti finalità:

- a) favorire, attraverso lo sviluppo di una prestazione lavorativa effettuata all’esterno della sede di lavoro, un incremento di efficacia ed efficienza dell’azione amministrativa attraverso la valorizzazione del risultato e dell’obiettivo dell’attività lavorativa;
- b) promuovere i principi di flessibilità, autonomia e responsabilità;
- e) favorire processi di reingegnerizzazione e informatizzazione attraverso tecnologie e competenze digitali nonché utilizzo per il lavoro da remoto di strumenti tecnologici messi a disposizione in parte dall’Amministrazione e in parte dal dipendente;
- d) rafforzare le misure di conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare dei dipendenti, anche al fine di migliorare la qualità del lavoro e il benessere organizzativo;

La Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016, facendo riferimento a concetti più ampi, definisce il lavoro agile come un nuovo approccio all’organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione.

Il lavoro agile pertanto supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione lavorativa, ponendosi quale patto fiduciario tra l’amministrazione e il lavoratore, basato sul principio guida “*FAR BUT CLOSE*”, ovvero “lontano ma vicino”, a significare la collaborazione tra l’amministrazione e i lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall’amministrazione.

Nel nostro ordinamento il lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche è stato introdotto dall’art. 14 della legge n. 124/2015 e successivamente disciplinato dall’art. 18 della legge n. 81/2017.

Successivamente, con la Direttiva n. 3/2017, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha fornito indirizzi per l’attuazione delle predette disposizioni, individuando gli strumenti organizzativi e operativi che le pubbliche amministrazioni dovevano porre in essere per la promozione e lo sviluppo del lavoro agile e prevedendo una prima fase di sperimentazione.

A seguito dell’emergenza sanitaria determinata dalla pandemia da Covid-19, a partire dal marzo 2020, il lavoro agile è stato promosso nelle amministrazioni pubbliche quale “modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa” per preservare la salute dei dipendenti pubblici e, nel contempo, garantire la continuità dell’azione amministrativa. Conseguentemente, la fase di attuazione sperimentale del lavoro agile, avviata dalla citata legge n. 124/2015, è stata dichiarata chiusa.



La disciplina del lavoro agile nella fase emergenziale è stata affidata ad una serie di provvedimenti normativi che, anche in relazione all'evolvere dell'emergenza pandemica, hanno fissato le percentuali di dipendenti pubblici incaricati di svolgere le proprie prestazioni lavorative da remoto e disciplinato le modalità operative del lavoro agile.

La ASL di Teramo con apposita circolare prot. n. 0025921/20 del 10.3.2020 ha disciplinato provvisoriamente l'istituto del lavoro agile a seguito dell'emergenza Covid 19, nelle more dell'adozione di uno specifico Regolamento aziendale in materia (punto 2 della Circolare).

Nell'ambito dei riferiti interventi normativi in tema di lavoro agile posti in essere durante la fase emergenziale, l'art. 263, comma 4-bis, del D.L. n. 34/2020, convertito dalla legge n. 77/2020, ha provveduto a modificare l'art. 14, comma 1, della richiamata legge n. 124/2015, prevedendo che le amministrazioni pubbliche redigano, sentite le organizzazioni sindacali, un Piano organizzativo del lavoro agile (POLA). Con decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 9/12/2020 sono state quindi approvate le "Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e Indicatori di performance".

In virtù, infine, della previsione normativa recata dall'art. 6 del D.L. n. 80/2021, convertito con legge n. 113/2021, la redazione del POLA confluisce all'interno del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.), di durata triennale e con aggiornamento annuale.

Il presente documento, costituente apposita sezione del P.I.A.O., viene pertanto redatto secondo le impostazioni ed indicazioni fornite con le richiamate Linee guida sul P.O.L.A. emanate dal Ministro per la P.A., riservandosi ad un apposito Regolamento la disciplina di dettaglio dell'istituto e delle concrete modalità attuative, secondo quanto già previsto nell'ambito della richiamata circolare prot. n. 0025921/20 del 10.3.2020.

#### ***4.2.2 Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile***

Negli ultimi due anni – anche in relazione alle contingenze determinate dalla emergenza pandemica da Covid - si è assistito, nell'ambito della ASL di Teramo, ad un utilizzo rilevante del lavoro agile adibendo i dipendenti allo svolgimento delle prestazioni lavorative presso il proprio domicilio o altra sede individuata.

Sin dal mese di marzo 2020, infatti, per fare fronte all'emergenza sanitaria al fine di dare attuazione alle normative relative al distanziamento sociale progressivamente dettate dal legislatore nazionale, si è proceduto ad autorizzare allo *smart working* oltre ai lavoratori c.d. "fragili" (e, dunque, con condizioni personali e/o di salute richiedenti particolari tutele), anche dipendenti che non rientravano nelle categorie da tutelare. La materia è stata provvisoriamente regolamentata con la richiamata circolare prot. n. 0025921/20 del 10.3.2020.

Di seguito si può riassumere, nel corso progressivo dell'ultimo triennio, il numero dei dipendenti lavoratori che hanno utilizzato l'istituto dello *smart working* e il numero di giornate lavorative effettuate con tali modalità:



ANNO	N. DIPENDENTI	N. GIORNI
2020	161	9526
2021	93	5178
2022	53	954

Per quanto attiene alla dotazione informatica utilizzata dai lavoratori in *smart working*, può evidenziarsi come nell'ambito di questa fase, i dipendenti in lavoro agile hanno utilizzato nella maggior parte dei casi la propria dotazione personale.

A partire dal 15 ottobre 2021 l'azienda ha provveduto ad adottare le misure di rientro dei dipendenti presso la propria sede lavorativa in ottemperanza delle disposizioni contenute nel D.M. dell'08.01.2021 e del D.P.C.M. del 23.09.2021.

Si segnala infatti che il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021 ha disposto dal 15 ottobre scorso che la "modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa" è quella "svolta in presenza".

Il successivo D.P.C.M. dell'8 ottobre 2021, nel disciplinare il rientro in sede dei dipendenti pubblici, ha previsto (articolo 1 comma 3) che - nelle more "della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile da parte della contrattazione collettiva" e tenuto conto che a decorrere dalla data del 15 ottobre "il lavoro agile non è più una modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa" - l'accesso a tale modalità lavorativa potrà essere autorizzata esclusivamente **nel rispetto di una serie di condizionalità, tra cui (lettera f) l'accordo individuale ai sensi della Legge n. 81/2017.**

In ragione delle previsioni normative citate, quest'Azienda ha provveduto ad adottare le misure di rientro in servizio di tutti i dipendenti, invitando i medesimi al rientro presso la sede lavorativa a partire dal 15 ottobre 2021 ed entro i quindici giorni successivi, considerando così decadute le autorizzazioni precedentemente concesse per lo svolgimento del lavoro agile e demandando, ai Dirigenti responsabili, le valutazioni relative al rispetto delle indicazioni sul distanziamento nei luoghi di lavoro, alle quali è stato previsto di poter far fronte anche definendo fasce temporali di flessibilità oraria, nell'ambito delle Strutture di appartenenza.

Si deve peraltro specificare che la normativa sopra richiamata ha previsto un'eccezione al rientro in servizio del personale, disponendo che l'obbligo del rientro in presenza non potesse applicarsi ai c.d. "lavoratori fragili", i quali sono stati autorizzati a svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile fino al 31 dicembre 2021, e poi fino al 31 marzo 2022, in ragione delle disposizioni del D.L. 221 del 24 dicembre 2021, poi convertito in Legge 18 febbraio 2022, n. 11. Dette previsioni normative si sono rivolte, nello specifico, ai dipendenti in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico legali attestante immunodepressione, esiti patologie oncologiche e terapie salvavita, nonché coloro che siano in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ex art. 3, comma 3, legge 104/1992.



A partire dal 15 ottobre pertanto il personale che operava in *smart working* è rientrato gradualmente in servizio, con l'unica eccezione dei già citati lavoratori fragili e di limitate situazioni particolari segnalate dai Responsabili delle UUOO.

#### **4.2.3 Modalità attuative**

L'articolo 1, comma 3, del richiamato D.M. 8.10.2021 stabilisce che, in attesa che la contrattazione collettiva definisca gli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile e che si dia definizione delle modalità e degli obiettivi del lavoro agile nell'ambito del PIAO, il ricorso al lavoro agile può essere autorizzato esclusivamente garantendo il rispetto delle seguenti condizioni:

- lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
- l'adeguata rotazione del personale in modalità agile, garantendo comunque la prevalenza, per ogni lavoratore, della prestazione lavorativa in presenza;
- la messa in atto da parte dell'Azienda di ogni adempimento al fine di dotarsi utilizzo di una piattaforma digitale o di un cloud o comunque di strumenti tecnologici idonei a garantire la riservatezza dei dati e delle informazioni trattate durante lo svolgimento della prestazione lavorativa agile;
- la necessità per l'Amministrazione di prevedere un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato
- la messa in atto da parte dell'Azienda di ogni adempimento al fine di fornire, di norma, al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta;
- la sottoscrizione di accordo individuale, tra il dipendente e l'Azienda, che definisca quantomeno gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile, le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione agile nonché le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della prestazione lavorativa in modalità agile;
- la prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, con particolare riferimento ai dipendenti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi;
- la rotazione del personale impiegato in presenza, ove le eventuali misure di carattere sanitario lo richiedano.

Ciò premesso, si precisa innanzitutto che – ai sensi del disposto vigente dell'art. 14 della legge n. 124/2015 – può avvalersi dell'istituto del lavoro agile almeno il 15 per cento dei dipendenti impegnati in attività che possono essere svolte in modalità agile, garantendosi inoltre che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

Fermo restando che lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non deve pregiudicare in alcun modo la qualità dei servizi erogati, la prestazione può essere eseguita in modalità agile quando sussistono le seguenti **condizioni**:

- a) possibilità di delocalizzare, almeno in parte, le attività assegnate al dipendente senza la necessità di una costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- b) possibilità di utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee – senza compromettere la sicurezza informatica dell'azienda - allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- c) possibilità di organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi prefissati ed in piena autonomia operativa;
- d) l'attività lavorativa in modalità agile deve essere pienamente coerente e compatibile con le esigenze organizzative e gestionali della struttura presso cui il dipendente presta servizio;
- e) sia possibile monitorare e valutare i risultati delle attività assegnate al dipendente che opera in modalità agile rispetto agli obiettivi programmati.

In considerazione delle condizioni applicative sopra specificate, il ricorso all'istituto del lavoro agile è consentito al personale a tempo indeterminato e determinato, anche in regime di part-time, del ruolo amministrativo, tecnico, professionale e sanitario, tenuto conto – soprattutto per il personale appartenente al ruolo sanitario – che, in relazione alla tipologia di attività prestata, non possono comunque essere svolte in modalità agile le seguenti attività:

- a) attività di cura e di assistenza diretta;
- b) attività per le quali è necessario un contatto diretto con l'utenza e con il pubblico;
- c) attività per le quali è richiesta la presenza in sede in ragione delle mansioni svolte (es magazzini, laboratori) o incarichi attribuiti (es. attività di ispezione e controllo su strutture, macchinari, attrezzature, materiali);
- d) attività che richiedono, in misura prevalente, l'utilizzo di documentazione contenente dati sensibili che, per esigenze di tutela della riservatezza delle informazioni, non è opportuno che vengano trattati al di fuori della sede di lavoro (es. cartelle cliniche);
- e) attività per le quali si richiede un costante utilizzo della strumentazione non utilizzabile da remoto.

Pur potendo essere richiesto da tutto il personale appartenente ai diversi ruoli (amministrativi, professionale, sanitario e tecnico) laddove le relative attività lavorative consentano lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, hanno comunque precedenza nella concessione dell'istituto i lavoratori che presentano particolari esigenze e condizioni, previste da normative di particolare tutela:

- condizioni di salute del lavoratore, quali la disabilità ex art. 3, comma 3, L. 104/1992 o certificazione di condizione di rischio derivante da immunodepressione o esiti da patologie oncologiche o da svolgimento di terapie salvavita;
- lavoratrici madri in gravidanza o nei tre anni successivi alla conclusione del congedo di maternità ex art. 16 D.Lgs. 151/2001 o lavoratori con figli in condizioni di disabilità ex art. 3, comma 3, L. 104/1992;





- lavoratori che assistono un parente disabile ex art. 3, comma 3, L. 104/1992 o in condizioni di immunodepressione certificate;
- maggior tempo di percorrenza dall'abitazione del lavoratore alla sede di lavoro;
- ulteriori particolari necessità da individuarsi anche in trattativa sindacale.

Le condizioni sopra citate rappresentano un ordine di priorità ad ausilio del Responsabile, competente a decidere relativamente all'autorizzazione del dipendente interessato allo *smart working*.

L'accesso al lavoro agile può avvenire:

- a) su richiesta individuale del lavoratore afferente alle Strutture aziendali i cui responsabili, in relazione alla tipologia di prestazioni lavorative effettuate, abbiano evidenziato la possibilità del ricorso a tale modalità lavorativa in regime ordinario;
- b) per scelta organizzativa da parte del Responsabile di struttura, previa adesione del dipendente;
- c) per specifiche esigenze di natura temporanea e/o eccezionale (es. emergenze sanitarie, allerte meteo o di altro tipo).

Il dipendente interessato allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile deve in primo luogo provvedere alla compilazione di apposita richiesta scritta, mediante apposito modello predisposto dalla UOC Pianificazione Dinamiche e Sviluppo del Personale e dalla UOC Amministrazione del Personale, acquisendo, con il medesimo, autorizzazione da parte del proprio Responsabile di struttura. Successivamente all'ottenimento dell'autorizzazione del Responsabile, questi ed il dipendente devono provvedere alla sottoscrizione di apposito accordo individuale (redatto secondo modello appositamente predisposto dalle riferite UU.OO.CC), che avrà la durata definita dalle parti, eventualmente rinnovabile.

L'accordo contiene esplicitamente sia le mansioni da svolgersi sia gli obiettivi che il lavoratore deve raggiungere nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile: detti obiettivi devono essere chiari, puntuali e misurabili mediante indicatori definiti dal Responsabile di struttura.

Particolare attenzione è posta anche alla salute e alla sicurezza nello svolgimento del lavoro agile, in applicazione del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81: come previsto dall'art. 22 del D.Lgs. 81/2017. Il lavoratore interessato allo *smart working* deve sottoscrivere apposita informativa in materia, predisposta dal Servizio Prevenzione Protezione e Sicurezza Interna, contenente l'indicazione dei rischi generali e di quelli specifici connessi alla modalità peculiare di svolgimento della prestazione lavorativa in *smart working*.

In un'ottica di tutela del lavoratore, peraltro, si dà applicazione alle vigenti disposizioni INAIL (circolare n. 48 del 2 novembre 2017), assicurando il diritto alla tutela contro gli infortuni nel luogo prescelto per la prestazione, laddove questi siano correlati all'attività lavorativa e occorsi nel normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per il lavoro agile o la sede aziendale. Conseguentemente, viene richiesto al lavoratore che abbia la necessità di svolgere la prestazione in modalità agile in una sede differente da quella precedentemente individuata, di comunicare almeno 24 ore prima detta circostanza al proprio Responsabile.

Per quanto attiene al profilo degli obblighi di riservatezza sui dati trattati, si evidenzia che il ricorso a forme di lavoro agile non comporta alcun cambiamento organizzativo sostanziale dell'Azienda in relazione alla tutela dei dati personali sia del dipendente, che di terzi, eventualmente presenti in banche dati, dovendosi unicamente adattare l'organizzazione esistente alla nuova modalità lavorativa. Ciò in quanto la postazione SW non è una sede autonoma, restando la sede di lavoro



quella del Servizio cui il dipendente è assegnato. Alla postazione SW saranno applicati i normali protocolli di sicurezza previsti in generale nell'ambito dei piani per il trattamento dei dati e per la salvaguardia della loro integrità. Il lavoratore "agile" è già designato dalla ASL di Teramo quale autorizzato al trattamento dei dati personali ai sensi e con le modalità previste dalla normativa vigente e, sempre nel rispetto dei principi normativi, è tenuto ad utilizzare il software che gli è stato fornito e ad applicare le misure di sicurezza che gli competono, a salvaguardia dei dati.

Il dipendente deve ottemperare agli obblighi di riservatezza sia sulle informazioni in suo possesso sia sulle banche dati a disposizione e deve prestare la sua attività con diligenza. In particolare deve curare che, in occasione delle operazioni di trattamento effettuate, i dati personali non siano soggetti a rischio distruzione o perdita anche accidentale e si assicura che le informazioni non siano accessibili a persone non autorizzate o che non vengano svolte operazioni di trattamento non consentite. Il trattamento dei dati, in particolare la loro raccolta e conservazione deve essere conforme ai principi di liceità, correttezza, pertinenza. Qualora, per l'attività lavorativa a domicilio, sia necessario utilizzare materiale cartaceo, dal momento della consegna il lavoratore SW è tenuto a custodirlo con la massima diligenza ed è conseguentemente ritenuto responsabile della sua distruzione, del suo smarrimento o del suo danneggiamento.

In fase di prima applicazione, fatta salva l'eventuale disponibilità presso le strutture di pertinenza di strumentazioni informatiche idonee, il dipendente svolge l'attività lavorativa in modalità *smart* avvalendosi della propria dotazione informatica, composta da:

- pc;
- connessione dati.

Gli uffici responsabili dei sistemi informatici adottano le soluzioni tecnologiche necessarie a consentire al dipendente l'accesso da remoto alla postazione di lavoro e ai sistemi applicativi necessari allo svolgimento dell'attività lavorativa dal proprio dispositivo esterno, salvaguardando, al contempo, la sicurezza della rete e dei dati dell'Amministrazione. I predetti uffici adottano le misure necessarie a proteggere documenti e informazioni trattati dal dipendente in *smart working* da attacchi informatici esterni e a consentire al lavoratore agile la comunicazione sicura ed efficace da remoto.

L'amministrazione provvederà, nell'arco temporale di attuazione del POLA e tenuto conto delle risorse economiche che potranno rendersi disponibili per tale finalità, a mettere progressivamente a disposizione delle varie strutture aziendali gli apparati digitali e tecnologici adeguati allo svolgimento delle prestazioni di lavoro in modalità agile.

Il luogo in cui espletare l'attività lavorativa è scelto discrezionalmente dal dipendente, ferma restando l'osservanza delle prescrizioni in materia di protezione della rete e dei dati dell'Amministrazione, affinché non sia pregiudicata la tutela del lavoratore e la riservatezza dei dati di cui si dispone per ragioni d'ufficio.

Non è in alcun caso consentita la trattazione di dati e documenti dell'Amministrazione con modalità diverse dal collegamento da remoto alla postazione di lavoro e dall'utilizzo di sistemi applicativi necessari allo svolgimento dell'attività lavorativa messi a disposizione dagli uffici preposti.



Al fine di consentire un utilizzo corretto, efficace ed efficiente dell'istituto del lavoro agile, l'Azienda provvederà inoltre ad attivare le opportune iniziative formative, dirette sia al personale dirigenziale che di area comparto, volte a garantire la migliore operatività possibile dell'istituto in parola e l'acquisizione delle conoscenze informatiche necessarie per l'utilizzo

#### 4.2.4 *Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile*

I principali soggetti aziendali coinvolti nel processo di attuazione del lavoro agile sono i seguenti:

- Dirigenti: quali promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi nell'ambito delle strutture di propria competenza, gli stessi assumono un ruolo fondamentale nell'attuazione del lavoro agile. In particolare, ad essi spetta:
  - a) individuare le attività del proprio settore di competenza che possono essere svolte da remoto (mediante un adeguato processo di mappatura);
  - b) valutare le richieste di *smart working* del personale afferente la propria struttura e eventualmente autorizzarle, previa verifica delle condizioni applicative sopra specificate;
  - c) procedere al monitoraggio ed alla verifica dell'attività svolta dal lavoratore in *smart working*, ponendo particolare attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa;
  - d) garantire costantemente il corretto e regolare funzionamento della struttura che non può assolutamente essere pregiudicato per effetto del ricorso all'utilizzo del lavoro agile;
  - e) assicurare adeguati percorsi formativi e informativi per tutto il personale in ordine all'utilizzo dell'istituto in questione.

- UOC Pianificazione Dinamiche e Sviluppo del Personale ed UOC Amministrazione del Personale:

Predispongono:

- il Regolamento aziendale per l'applicazione del lavoro agile, anche tramite il confronto con le OO.SS.
  - la modulistica necessaria per l'attivazione del lavoro agile; monitora l'utilizzo dell'istituto in ambito aziendale;
  - supportano le Direzioni di struttura per le ipotesi di eventuali problematiche applicative nell'attuazione della Regolamentazione aziendale in materia.
- UOC Sistemi Informativi: fornisce la propria attività di supporto tecnico in ordine alle modalità di corretto svolgimento della prestazione lavorativa da remoto, provvedendo anche a garantire – progressivamente, nel corso del periodo di attuazione del Piano – la provvista di apparati digitali e tecnologici adeguati allo svolgimento delle prestazioni di lavoro in modalità agile;



- **UOC Formazione:** programma e predispone adeguate iniziative formative, sia per il personale dirigenziale che di comparto, utili a garantire la piena ed efficace applicazione dell'istituto in esame;
- **Comitato Unico di Garanzia (C.U.G):** esprime pareri e formula contributi in merito alle politiche attuative per l'implementazione del lavoro agile; ponendo particolare attenzione alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, alla promozione della parità di genere e al benessere organizzativo;
- **Responsabile della Transizione al Digitale (RTD):** si occupa degli adeguamenti tecnologici che devono supportare il cambiamento organizzativo per l'attuazione delle prestazioni lavorative in modalità agile;
- **Organizzazioni Sindacali:** vengono informate e formulano contributi in merito alle politiche attuative per l'implementazione del lavoro agile;
- **Organismo Interno di Valutazione (O.I.V):** può fornire supporto nella predisposizione degli indicatori necessari per il monitoraggio dell'attuazione del Lavoro Agile.

Per quanto attiene ai **processi e gli strumenti** per l'attuazione del lavoro agile si riporta di seguito una tabella riassuntiva dell'iter procedimentale relativo:

<b>Soggetto</b>	<b>Adempimenti</b>
<b>Dipendente</b>	Prende visione, compila per la parte di propria competenza e trasmette la modulistica necessaria (istanza e accordo) per attivare lo <i>smart working</i> , indirizzandola alle Strutture di competenza. In seguito all'attivazione dello <i>smart working</i> , attraverso il portale del dipendente, inserisce in autonomia il giustificativo relativo, a copertura delle giornate di <i>smart working</i> , con successiva convalida da parte del Responsabile. Qualora il portale non sia attivato, il dipendente è tenuto a trasmettere via mail ogni 15 giorni, il modulo recante l'indicazione dei giorni di effettuazione del lavoro agile al Settore Rilevazione Presenze. Al fine di garantire il monitoraggio della propria prestazione in modalità agile, è tenuto alla rendicontazione delle attività svolte tramite report mensile da trasmettere al Responsabile.
<b>Responsabile di Struttura</b>	Autorizza la prestazione lavorativa in modalità agile, indicando gli obiettivi della prestazione stessa e sottoscrive il relativo accordo. In seguito all'attivazione dello <i>smart working</i> , convalida il giustificativo relativo al dipendente, procedendo al monitoraggio della prestazione lavorativa, tramite le verifiche, di propria competenza, relative al raggiungimento degli obiettivi indicati e dei risultati conseguiti
<b>Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza</b>	Sottoscrive l'informativa per la sicurezza

Soggetto	Adempimenti
Datore di lavoro ai sensi della normativa sulla sicurezza	Sottoscrive l'informativa per la sicurezza
UOC Pianificazione Dinamiche e Sviluppo del Personale e UOC Amministrazione del Personale	Ricevuta l'istanza e la documentazione del dipendente, effettuano le verifiche di propria competenza circa la corretta compilazione dell'istanza anche per la parte relativa alle sottoscrizioni richieste da parte di soggetti diversi dal dipendente interessato, invitando il dipendente ad adempiere ad eventuali mancanze nella documentazione. In seguito all'ottenimento dell'autorizzazione da parte del Responsabile, provvedono alla consegna dell'accordo da sottoscrivere a cura del dipendente e del Responsabile. Successivamente all'acquisizione dell'accordo sottoscritto da entrambe le parti, provvedono alla registrazione dello stesso su apposito repertorio e all'adozione di presa d'atto dello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, trasmettendo la stessa alle Strutture aziendali competenti (Rilevazione Presenze ai fini del riconoscimento del giustificativo e ICT per l'attivazione dei collegamenti informatici necessari)
UOC Sistemi Informativi	Ricevuta la comunicazione della nota di presa d'atto dello svolgimento dello <i>smart working</i> , chiede all'interessato alcune informazioni di carattere tecnico, al fine di verificare la possibilità di attivare i collegamenti informatici. Una volta effettuata tale verifica, comunica al dipendente le modalità per accedere alla postazione lavorativa da remoto, indicando allo stesso le procedure
Rilevazione Presenze	Registra i giorni di effettuazione del lavoro agile, qualora non si attivo il portale del dipendente del lavoratore in <i>smart working</i> .

#### 4.2.5 Programma di sviluppo del lavoro agile

La ASL di Teramo, superata la fase emergenziale, intende introdurre e promuovere il lavoro agile “a regime” in maniera progressiva e graduale.

A tal fine l’Azienda intende procedere alla costituzione ed attivazione di un gruppo di lavoro interdisciplinare al fine di valutare ed intraprendere tutte le azioni idonee ed opportune affinché la modalità di lavoro agile operi a regime in modo strutturale.

Nel corso del triennio 2022-2024 si intende quindi programmare 3 step progressivi del programma di sviluppo:

- Fase di avvio (2022)
- Fase di sviluppo intermedio (2023)
- Fase di sviluppo avanzato (2024).

Durante la fase di avvio si provvederà a definire e porre in essere:

- la mappatura delle attività e dei processi lavorativi che possono essere svolti in modalità agile con riferimento alle UU.OO. del Dipartimento Tecnico Logistico ed Amministrativo, la Direzione Amministrativa dei PP.OO., gli Uffici di Staff della Direzione Strategica, gli Uffici Amministrativi dei Distretti e dei Dipartimento di Prevenzione e Salute Mentale;

- il regolamento contenente la disciplina del lavoro agile nella ASL di Teramo;
- l’attivazione di percorsi formativi utili a sviluppare le competenze necessarie per la piena ed efficace applicazione dell’istituto in esame: sia per il personale dirigenziale, sviluppando le competenze necessarie per individuare le attività che possono essere svolte in *smart working* e introdurre i relativi strumenti di misurazione e rendicontazione di tali attività; sia per il personale del comparto, mediante l’aggiornamento delle competenze digitali e delle capacità di auto-organizzazione del lavoro e di cooperazione a distanza tra colleghi;
- la ricognizione degli apparati digitali e tecnologici adeguati allo svolgimento delle prestazioni di lavoro in modalità agile e avvio delle attività di progressiva acquisizione di quanto eventualmente ed ulteriormente necessario;
- il coinvolgimento dei vari soggetti sopra individuati che partecipano al processo di attuazione del lavoro agile a livello aziendale.

**Durante la seconda fase (di sviluppo intermedio)** si perseguirà l’obiettivo della progressiva messa a regime del lavoro agile nei servizi che hanno effettuato la mappatura delle attività.

**Durante l’ultima fase (di sviluppo avanzato)**, l’Azienda perseguirà l’obiettivo del consolidamento e della messa a regime del modello organizzativo con l’implementazione della modalità lavorativa in *smart working* estendendolo ad ulteriori settori, andando progressivamente ad evolvere verso un modello organico e funzionale indotto da una macroprogrammazione triennale che porti al coinvolgimento di sempre più settori e Unità Operative amministrative e tecniche e che influenzi in modo determinante e innovativo il Piano della Performance implementando il lavoro agile con nuovi modelli organizzativi.

Durante l’implementazione delle fasi suddette l’Azienda utilizzerà specifici indicatori per monitorare e verificare periodicamente l’attuazione di quanto programmato.

In particolar modo, tenuto conto di quelli che sono gli indicatori minimi da introdurre e monitorare in base alle sopra richiamate Linee guida sul P.O.L.A. emanate dal Ministro per la P.A., si procederà alla progressiva introduzione e implementazione degli stessi secondo lo schema riepilogativo sotto riportato, ponendosi l’obiettivo – alla fine del triennio di riferimento del P.O.L.A. - di pervenire al monitoraggio di tutte le dimensioni indicate.

<i>Dimensione</i>	<i>Indicatori</i>	<i>Fase di avvio</i>	<i>Fase di sviluppo intermedio</i>	<i>Fase di sviluppo avanzato</i>
<b>Condizioni abilitanti del lavoro agile</b>	<b>SALUTE ORGANIZZATIVA</b>			
	1) Coordinamento organizzativo del lavoro agile			
	2) Monitoraggio del lavoro agile			
	3) Help desk informatico dedicato al lavoro agile			
	4) Programmazione per obiettivi e/o per progetti e/o per processi			
	5) Mappatura delle attività amministrative svolgibili in modalità lavoro agile			
	<b>SALUTE PROFESSIONALE</b>			

<i>Dimensione</i>	<i>Indicatori</i>	<i>Fase di avvio</i>	<i>Fase di sviluppo intermedio</i>	<i>Fase di sviluppo avanzato</i>
	<b>Competenze direzionali:</b>			
	6) -% dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno			
	7) % dirigenti/posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi e/o per progetti e/o per processi per coordinare il personale			
	<b>Competenze organizzative:</b>			
	8) % lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno			
	9) % di lavoratori che lavorano per obiettivi e/o per progetti e/o per processi			
	<b>Competenze digitali:</b>			
	10) % lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno			
	11) % lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione			
	<b>SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA</b>			
	12) € Costi per formazione competenze funzionali al lavoro agile			
	13) € Investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile			
	14) € Investimenti in digitalizzazione di servizi progetti, processi			
	<b>SALUTE DIGITALE</b>			
	15) N. PC per lavoro agile			
	16) % lavoratori agili dotati di dispositivi e traffico dati			
	17) Sistema VPN			
	18) Intranet			
	19) Sistemi di collaboration (es. documenti in cloud)			
	20) % Applicativi consultabili in lavoro agile			
	21) % Banche dati consultabili in lavoro agile			
	22) % Firma digitale tra i lavoratori agili			
	23) % Processi digitalizzati			
	24) % Servizi digitalizzati			
	<b>INDICATORI QUANTITATIVI</b>			
	25) % lavoratori agili effettivi			
	26) % Giornate lavoro agile			
<b>Implementazione lavoro agile</b>	<b>INDICATORI QUALITATIVI</b>			
	27) Livello di soddisfazione sul lavoro agile di dirigenti/posizioni organizzative e dipendenti, articolato per genere, per età, per stato di famiglia, ecc.			
	<b>ECONOMICITÀ</b>			

<i>Dimensione</i>	<i>Indicatori</i>	<i>Fase di avvio</i>	<i>Fase di sviluppo intermedio</i>	<i>Fase di sviluppo avanzato</i>
<i>Performance organizzative</i>	28) Riflesso economico: Riduzione costi			
	29) Riflesso patrimoniale: Minor consumo di patrimonio a seguito della razionalizzazione degli spazi			
	<b>EFFICIENZA</b>			
	30) Produttiva: Diminuzione assenze, Aumento produttività			
	31) Economica: Riduzione di costi per output di servizio			
	32) Temporale: Riduzione dei tempi di lavorazione di pratiche ordinarie			
	<b>EFFICACIA</b>			
	33) Quantitativa: Quantità erogata, Quantità fruita			
34) Qualitativa: Qualità erogata, Qualità percepita				
<i>Impatti</i>	<b>IMPATTI ESTERNI</b>			
	35) Sociale: per gli utenti, per i lavoratori			
	36) Ambientale: per la collettività			
	37) Economico: per i lavoratori			
	<b>IMPATTI INTERNI</b>			
	37) Miglioramento/Peggioramento salute organizzativa			
	38) Miglioramento/Peggioramento salute professionale			
	39) Miglioramento/Peggioramento salute economico-finanziaria			
40) Miglioramento/Peggioramento salute digitale				

#### 4.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

##### FASE TRANSITORIA

La Asl di Teramo, nelle more della compiuta definizione delle modalità di esecuzione della citata normativa, è tenuta comunque a dotarsi del PIAO, predisposto in applicazione delle disposizioni attualmente vigenti, in quanto documento strategico fondamentale per la gestione delle attività dell'Azienda, indispensabile per l'organizzazione e la realizzazione in tempi congrui delle attività previste per l'anno 2022.

Questa Azienda provvederà ad integrare e/o modificare il presente documento a seguito delle future ulteriori disposizioni normative e direttive nazionali e regionali che interverranno in materia e, inoltre, l'Azienda procederà ad integrare e/o modificare, con specifico separato provvedimento, il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale contenuto nella Sezione 4.3 del PIAO, in quanto soggetto all'approvazione della Regione, all'esito della quale, in sede di monitoraggio, avrà cura di introdurre nella medesima Sezione le eventuali modifiche ed integrazioni necessarie.





## 4.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

### 4.4.1 Introduzione

La formazione è una delle leve che l'azienda utilizza per sviluppare le competenze e le abilità del personale, promuovere il coinvolgimento e la crescita professionale, introdurre strumenti di miglioramento organizzativo e, più in generale, per supportare i processi di cambiamento garantendo un'offerta sanitaria centrata sulla continuità assistenziale, la presa in carico e l'empowerment dei pazienti-utenti, l'integrazione delle risorse umane e strumentali.

In quest'ottica, tenuto conto delle trasformazioni in atto, anche nei profili di salute/malattia, nonché delle indicazioni e degli obiettivi nazionali, regionali e aziendali, si definiscono, di seguito, le linee di indirizzo che stabiliscono le coordinate entro le quali si colloca la strategia formativa della azienda USL di Teramo nel biennio 2022/2023.

Nella programmazione e realizzazione delle attività formative verrà data priorità alle azioni che mirano a:

- Valorizzare/favorire le iniziative formative trasversali (intraaziendali ed istituzionali) e lo sviluppo dell'integrazione tra le varie professionalità;
- Definire percorsi mirati allo sviluppo delle professionalità in linea con i cambiamenti organizzativi;
- Promuovere, ove possibile, percorsi formativi interni che siano in grado di introdurre maggiore flessibilità nell'organizzazione e rispondere in modo più adeguato agli obiettivi strategici aziendali;
- Garantire la diffusione delle conoscenze acquisite per migliorare la qualità delle prestazioni nelle diverse strutture aziendali;
- Garantire al personale sanitario l'acquisizione dei crediti formativi previsti dal Programma di Educazione Continua in Medicina (ECM).

La partecipazione alle iniziative formative aziendali viene garantita con le modalità stabilite nel Regolamento per la formazione.

Le risorse sia interne che esterne sono quelle previste dalla normativa di settore e dai contratti che devolvono, annualmente, lo 0,5 % del monte salari alle attività formative aziendali (sia obbligatorie che libere).

Particolare rilievo ha l'attivazione e implementazione della banca dati medico scientifica UpToDate per il personale sanitario, attivata nell'anno 2021 e già rinnovata per il 2022. UpToDate è un sistema di supporto alle decisioni cliniche basato su prove di efficacia che racchiude le informazioni mediche più recenti tramite un processo editoriale rigoroso. L'obiettivo è di trasformarle in raccomandazioni affidabili per migliorare la qualità dell'assistenza offerta ai pazienti.

L'ASL di Teramo, nel rispetto di quanto previsto dai contratti di settore in merito a permessi studi, incentiva l'utilizzo delle c.d. 150 ore per la formazione dei propri dipendenti e finanzia, interamente o in arte, percorsi di qualificazione, riqualificazione o aggiornamento del proprio personale a tutti i livelli, sia per l'Area sanitaria che amministrativa, sia del comparto, che della dirigenza, aderendo anche alle iniziative del Ministero della Funzione Pubblica per la diffusione dell'istruzione superiore (lauree, master e dottorati) presso i propri dipendenti.

Nell'ambito delle competenze digitali per la PA, l'ASL di Teramo, nel mese di marzo 2022, ha ottenuto l'approvazione dal Dipartimento della Funzione Pubblica per l'utilizzo della piattaforma [\*Syllabus\*](#).



Il **Syllabus** è uno strumento creato dall'Ufficio per l'innovazione e la digitalizzazione del Dipartimento della funzione pubblica che racchiude l'insieme minimo delle conoscenze e abilità che ogni dipendente pubblico, non specialista IT, dovrebbe possedere per partecipare attivamente alla trasformazione digitale della pubblica amministrazione. È organizzato in 5 aree tematiche: Dati, informazioni e documenti informatici; Comunicazione e condivisione; Sicurezza informatica; Servizi on-line; Trasformazione digitale.

Il dipendente abilitato avrà la possibilità di migliorare le proprie competenze digitali, compresa la gestione dei dati secondo le norme e le regole di *privacy* e sicurezza, attraverso le seguenti fasi che la piattaforma mette a disposizione dell'utente:

1. Esecuzione del test di *assessment* per la definizione dei livelli di padronanza delle competenze digitali;
2. Predisposizione di apposite pillole formative (FAD asincrona) sulla base dei risultati del test di *assessment*. Trattasi di un catalogo di corsi gratuiti di breve durata che la piattaforma mette a disposizione dell'utente sulla base dei risultati del pre test iniziale;
3. Frequenza e monitoraggio della formazione proposta;
4. Compilazione del post test di *assessment* per la valutazione delle competenze acquisite;
5. Stampa dell'attestato.

L'ASL di Teramo sta valutando la possibilità di acquisire, entro il triennio 2022-2024, un sistema software di monitoraggio continuo del grado e del livello di aggiornamento, riqualificazione e specializzazione del proprio personale, anche al fine di definire eventuali sistemi di valutazione e valorizzazione del personale.

IL software TOM (Training Online Management) è un'applicazione interamente sviluppata ad hoc per le necessità della formazione ed è capace di gestire l'intero processo formativo sia a livello individuale (fascicolo formativo del dipendente) sia a livello aziendale, producendo dati, statistiche, report, budget anche collegabili alla performance delle unità operative e/o del singolo lavoratore.

#### 4.4.2 Obiettivi

OBIETTIVO STRATEGICO	AZIONI	STAKEHOLDERS	INDICATORI	TEMPISTICA
Sviluppo, riqualificazione e potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale	<p>Definizione Linee di indirizzo strategiche per la redazione del Piano formazione aziendale</p> <p>Approvazione, previa concertazione con le Organizzazioni sindacali dei lavoratori, del Piano di formazione aziendale, sulla base delle Linee di indirizzo strategiche e dei Piani formativi dipartimentali, predisposti con e modalità stabilite nel Regolamento aziendale</p> <p>Garantire modalità formative che favoriscano la partecipazione del personale quali: la formazione sul campo, la formazione a distanza e modalità c.d. blended che permettono di contemperare le esigenze di servizio con la frequenza delle iniziative formative</p> <p>Accreditare le iniziative formative nell'ambito del Sistema nazionale per la formazione continua (ECM)</p>	Dipendenti	Approvazione di un piano formativo aziendale annuale	<b>Entro febbraio di ogni anno</b>
Definizione delle risorse finanziarie e strumentali disponibili e/o 'attivabili' ai fini delle strategie formative	<p>Destinazione dello 0,5% del monte salari del personale dipendente alle attività formative aziendali (sia obbligatorie che libere).</p> <p>Estensione utilizzo della banca dati medico scientifica UpToDate per il personale sanitario</p>	Dipendenti	<p>Appostamento in bilancio dello stanziamento pari allo 0,5% del monte salari personale</p> <p>Rinnovo della banca dati UpToDate per ciascuno degli anni di validità del presente PIAO</p>	<p><b>Entro l'approvazione del bilancio di previsione annuale</b></p> <p><b>A scadenza</b></p>
Favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato (es. permessi per il diritto allo studio)	<p>Assegnazione al personale interessato, nei limiti previsti dalla normativa in materia, delle 150 ore per il diritto allo studio</p> <p>Adesione alle iniziative del Ministero della Funzione Pubblica per la diffusione dell'istruzione superiore (lauree, master e dottorati) presso i propri dipendenti.</p> <p>Promuovere ed estendere le competenze digitali per la PA</p>	Dipendenti	<p>Approvazione della graduatoria per le 150 ore.</p> <p>Estensione del Syllabus ad almeno il 15% del personale dipendente</p>	<b>Entro febbraio di ogni anno</b>

## SEZIONE 5 MONITORAGGI

L'attività di monitoraggio, oltre quella prevista dai successivi paragrafi, coinvolge i seguenti soggetti:

- il gruppo di lavoro del PIAO;
- le funzioni responsabili di ciascuna Sezione del PIAO;
- i responsabili delle diverse articolazioni competenti.

L'attività riferita alla rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti è curata dall'Unità Operativa Complessa (U.O.C.) Formazione, Qualità e Comunicazione Strategica.

### 5.1 MONITORAGGIO DEL VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

Il monitoraggio della sezione Valore pubblico prevede altresì l'intervento da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Quanto alla sezione Performance il monitoraggio avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Nello specifico la Asl predisporrà entro il 30 giugno, secondo quanto previsto dall'art. 10, comma 1, lett. b, del D.Lgs. 150/2009, la *"Relazione annuale sulla performance"*, che è approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo di valutazione e che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

### 5.2 MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Come anche indicato negli Orientamenti (Vademecum) ANAC del 2 febbraio 2022 il monitoraggio è da considerarsi un'attività fondamentale per la verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle misure di trattamento del rischio corruttivo poste in essere dalle Amministrazioni Pubbliche.

Il monitoraggio del PTPCT, quale sezione del PIAO, va programmato evidenziando:

- i processi e le attività oggetto del monitoraggio;
- la periodicità delle verifiche;
- le modalità di svolgimento della verifica.

Sarà garantito il coordinamento fra il RPCT e chi si occupa più specificamente delle altre sezioni del PIAO, quali appunto quelle relative al capitale umano e allo sviluppo organizzativo. Le risultanze del monitoraggio vanno utilizzate per la migliore programmazione delle misure, secondo una logica sequenziale e ciclica che favorisca il continuo miglioramento del processo di gestione del rischio. Infatti, come anche precisato nell'Allegato 1) al PNA 2019-2021, la logica sequenziale e ciclica con cui viene condotto il monitoraggio consente, in un'ottica migliorativa, di tener conto e ripartire dalle risultanze del ciclo precedente ed utilizzare l'esperienza acquisita per apportare i necessari ed



opportuni aggiustamenti alla strategia di prevenzione adottata. Attività diversa ma strettamente collegata al monitoraggio è poi l'attività di riesame periodico, volta a valutare il funzionamento del sistema di prevenzione della corruzione nel suo complesso, in una prospettiva più ampia. Ciò allo scopo anche di considerare eventuali ulteriori elementi che possano incidere sulla strategia di prevenzione della corruzione e ad indurre a modificare il sistema di gestione del rischio per migliorare i presidi adottati. I risultati dell'attività di monitoraggio sono, in ogni caso, utilizzati per effettuare il riesame.

La ASL di Teramo definisce di attuare il monitoraggio delle Misure previste nel PTPCT con cadenza semestrale per valutare e la funzionalità complessiva del sistema e procedere ad eventuali modifiche.

Saranno valutate tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio. Tale attività sarà coordinata dal RPCT e realizzata con il contributo metodologico degli organismi deputati all'attività di valutazione delle performance: OIV, Internal audit e Controllo di Gestione.

Gli elementi essenziali che devono essere contenuti nella parte dedicata al monitoraggio e al riesame sono i seguenti:

- ✓ il monitoraggio sull'attuazione delle misure;
- ✓ il monitoraggio sull'idoneità delle stesse al trattamento del rischio;
- ✓ il riesame periodico della funzionalità del sistema di gestione del rischio.
- ✓ le fasi, le modalità di verifica e i responsabili

### **5.3 MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

Per la Sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.