ORIGINALE

REGIONE ABRUZZO

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TERAMO

Circ.ne Ragusa 1, 64100 Teramo

C.F. 00115590671

Direttore Generale: Avv. Roberto Fagnano

Deliberazione n° 112 del 30 GEN. 2015

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione Dott.ssa Domenica Ruffini
Il Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità Dott. Franco Santarelli
Il Direttore della U.O.C. Servizio Controllo di Gestione Dott.ssa Domenica Ruffini

OGGETTO: Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC), del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) e del Piano della Performance (PP) per il triennio 2015/2017.

I Responsabili del procedimento:

Il Responsabile dell'istruttoria
Dott.ssa Maria Rotili
Data 30/1/15 Firma

Dott. Riccardo Baci Riccardo Baci

Dott. Fabrizio Rapagna

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, il Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità e il Direttore della U.O.C. Servizio Controllo di Gestione proponenti con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione
Il Direttore UOC Servizio Controllo di Gestione
Dott.ssa Domenica Ruffini
Data 30/01/15 Firma Domenica Ruffini

Il Responsabile per la trasparenza e l'integrità
Dott. Franco Santarell)
Data 30-1-2015 Firma

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

favorevole

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ★ TERAMO

~~non favorevole~~
(con motivazioni allegate al presente atto)

Data 30/01/2015

Firma
Il Direttore Amministrativo: Dott. Maurizio Di Giosia

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

favorevole

non favorevole
(con motivazioni allegate al presente atto)

Data

Firma
Il Direttore Sanitario:

REGIONE ABRUZZO

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TERAMO

Circ.ne Ragusa 1, 64100 Teramo

C.F. 00115590671

Direttore Generale: Avv. Roberto Fagnano

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione Dott.ssa Domenica Ruffini
Il Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità Dott. Franco Santarelli
Il Direttore della U.O.C. Servizio Controllo di Gestione Dott.ssa Domenica Ruffini

VISTI:

- il D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, recante "*Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*" che prevede l'adozione, entro il 31 gennaio di ogni anno, del Piano della Performance, documento programmatico triennale "*da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché degli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed ai relativi indicatori*" ;
- la deliberazione n. 112/2010, integrata con delibera n. 1/2012, con la quale l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), ha fornito indicazioni sul miglioramento dei sistemi di misurazione e valutazione della *performance* e sulla struttura e modalità di redazione del relativo Piano
- la legge 6 novembre 2012, n. 190, ha introdotto strumenti per la prevenzione e la repressione della corruzione nelle pubbliche amministrazioni;
- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, e s.m.i., con il quale è stata riordinata la disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni
- la deliberazione n. 72/2013 con la quale l'ANAC ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), che prescrive, tra l'altro, l'adozione, da parte di ciascuna amministrazione, di un proprio Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, sulla base dei contenuti del PNA, entro il 31 gennaio di ciascun anno;
- la deliberazione n. 735 del 29/7/2013, con la quale la Dott.ssa Domenica Ruffini, Dirigente a tempo indeterminato, è stata nominata Responsabile per la Prevenzione della Corruzione di questa Azienda
- la deliberazione n. 753 del 29/7/2013, con la quale Dott. Franco Santarelli, Dirigente a tempo indeterminato, è stato nominato Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità;
- la deliberazione dell'ANAC n. 50/2013 indica le modalità ed il termine (31 gennaio 2014) di aggiornamento del P.T.T.I.;

RILEVATO che:

- con deliberazione n. 6/2013 l'ANAC ha ribadito il collegamento tra il Piano della *performance* e il ciclo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio, nonché il coordinamento ed integrazione fra gli ambiti relativi alla *performance,* alla qualità, alla trasparenza, all'integrità e anticorruzione;
- con la successiva deliberazione n. 72/2013 l'ANAC ha ribadito il coordinamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione con gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione e, innanzi tutto, con il Piano della performance ed il Programma per la Trasparenza (se predisposto in forma autonoma);

VISTE :

- la deliberazione n. 100 del 28/01/2014, con la quale è stato approvato il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) per il triennio 2014-2016;
- la deliberazione n. 118 del 30/01/2014 con la quale è stato approvato il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) per il triennio 2014-2016;
- la deliberazione n. 727 del 7/7/2014 con la quale è stato adottato il Piano della Performance di questa Azienda per il triennio 2014/2016;

RICHIAMATA la deliberazione n.1485 del 2/12/2014 con la quale sono stati adottati, in applicazione della L.R.- Abruzzo 24 dicembre 1996, n. 146, e s.m.i., e del D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118, gli strumenti di programmazione dell'Azienda 2015/2017;

DATO ATTO che:

- il coordinamento e l'integrazione fra gli ambiti relativi alla *performance,* alla trasparenza, all'integrità e anticorruzione sono stati attuati attraverso la previsione di specifici obiettivi di budget finalizzati ad incentivare la realizzazione delle misure previste nei rispettivi Piani;
- gli obiettivi, gli indicatori e i target contenuti nel Piano della Performance sono coerenti con il processo ed i contenuti della programmazione economico-finanziaria e di bilancio;
- il piano è propedeutico all'avvio del processo di budget;

VALUTATE:

- la proposta di Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2015/2017, predisposta dal relativo Responsabile, Dott.ssa Domenica Ruffini;

- la proposta di Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2015/2017, predisposta dal relativo Responsabile, Dott. Franco Santarelli;

- la proposta di Piano della Performance 2015/2017, predisposta dal Responsabile della Unità Operativa Complessa "Servizio Controllo di Gestione";

RITENUTO di adottare contestualmente, con il presente provvedimento, i seguenti tre piani in considerazione della loro interconnessione e del termine del 31 gennaio di ciascun anno fissato per il loro aggiornamento:

- il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2015/2017
- il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2015/2017
- il Piano della Performance per il triennio 2015/2017

nei testi proposti dai relativi Responsabili ed allegati al presente provvedimento quali parti integranti e sostanziali;

RITENUTO di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile in considerazione della rilevanza dei piani e del termine fissato per la loro adozione;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il D.Lgs. 30 luglio 1999, n. 286, e successive modifiche ed integrazioni;

PROPONGONO DI

1. **ADOTTARE** i tre Piani di seguito specificati, nei testi proposti dai relativi Responsabili, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:
   a) Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2015/2017 (all. n. 1);
   b) Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2015/2017 (all. n. 2);
   c) Piano della Performance per il triennio 2015/2017 (all. n. 3);

2. **PRECISARE** che gli obiettivi del Piano della Performance saranno declinati negli strumenti di negoziazione del budget 2015;

3. **DARE MANDATO** alla U.O.C. "Servizio Controllo di Gestione" di avviare la negoziazione di cui al punto 2. con i Direttori delle articolazioni organizzative;

4. **PUBBLICARE** i piani di cui al punto 1. sul sito dell'Azienda (www.aslteramo.it – sezione "Amministrazione trasparente" e "Anticorruzione Legge 190/12");

5. **TRASMETTERE** copia del presente provvedimento, mediante e-mail, all'OIV e ai Dirigenti Responsabili delle Unità Operative;

6. **DARE ATTO** che dal presente atto non derivano oneri aggiuntivi a carico del bilancio aziendale;

7. **DICHIARARE** il presente provvedimento immediatamente eseguibile per quanto esposto in premessa;

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto:

- che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, ha attestato che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, è, nella forma e nella sostanza, legittimo ed utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche;
- che il Direttore Amministrativo ha espresso formalmente parere favorevole

DELIBERA

- di approvare e far propria la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata;

IL DIRETTORE GENERALE
Avv. Roberto Fagnano

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ★ TERAMO

U.O.C. *(proponente)* _____	**U.O.C. Programmazione e Gestione Attività Economiche e Finanziarie**
Spesa anno _____ € _____ Sottoconto _____	Prenotazione n. _____
Spesa anno _____ € _____ Sottoconto _____	Prenotazione n. _____
Spesa anno _____ € _____ Sottoconto _____	Prenotazione n. _____
Spesa anno _____ € _____ Sottoconto _____	Prenotazione n. _____
Spesa anno _____ € _____ Sottoconto _____	Prenotazione n. _____
Spesa anno _____ € _____ Sottoconto _____	Prenotazione n. _____
Fonte di Finanziamento _____	Del. Max. n°/ del _____
Referente U.O.C. proponente _____	Settore: _____
Utilizzo prenotazione: O S	
Data: _____	Data: _____
Il Dirigente	
(_____)	Il Contabile (_____) Il Dirigente (_____)

Della suestesa deliberazione viene iniziata la pubblicazione il giorno 30 GEN. 2015 con prot. n. 320/15 all'Albo informatico della ASL per rimanervi 15 giorni consecutivi ai sensi della L. n. 267/2000 e della L.R. n. 28/1992.

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

☐ La suestesa deliberazione è stata dichiarata "immediatamente eseguibile"

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TERAMO

IL TITOLARE p.o. "UFFICIO DI LEVA"

Firma _____

Il Funzionario preposto alla pubblicazione

La trasmissione al Collegio Sindacale è assolta mediante pubblicazione sull'Albo Aziendale.

Per l'esecuzione (E) ovvero per opportuna conoscenza (C) trasmessa a:

Coordinamenti/Dipartimenti e Distretti		***Unità Operative***		***Staff***	
Coordinamento di Staff	☐ E ☐ C	Acquisizione Beni e Servizi	☐ E ☐ C	UOC Affari Generali	☐ E ☐ C
Dipartimento Amministrativo	☐ E ☐ C	Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio	☐ E ☐ C	UOC Controllo di gestione	☐ E ☐ C
Dipartimento Fisico Tecnico Informatico	☐ E ☐ C	Gestione del Personale	☐ E ☐ C	UOC Formazione Aggiornamento e Qualità	☐ E ☐ C
Coordinamento Responsabili dei PP.OO.	☐ E ☐ C	Programmazione e Gestione Economico Finanziaria	☐ E ☐ C	UOC Medicina Legale	☐ E ☐ C
Coordinamento Assistenza Sanitaria Territoriale	☐ E ☐ C	Sistemi Informativi Aziendali	☐ E ☐ C	UOSD Ufficio Relazioni con il Pubblico	☐ E ☐ C
Dipartimento Emergenza e Accettazione	☐ E ☐ C	Direzione Amm.va PP.OO.	☐ E ☐ C	UOSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	☐ E ☐ C
Dipartimento Cardio-Vascolare	☐ E ☐ C	Direzione Presidio Ospedaliero di Teramo	☐ E ☐ C	UOSD Liste di attesa e CUP	☐ E ☐ C
Dipartimento Discipline Mediche	☐ E ☐ C	Direzione Presidio Ospedaliero di Atri	☐ E ☐ C	***altre Funzioni di Staff***	
Dipartimento Discipline Chirurgiche	☐ E ☐ C	Direzione Presidio Ospedaliero di Giulianova	☐ E ☐ C	Gestione del Rischio	☐ E ☐ C
Dipartimento dei Servizi	☐ E ☐ C	Direzione Presidio Ospedaliero di Sant'Omero	☐ E ☐ C	Relazioni Sindacali	☐ E ☐ C
Dipartimento Tecnologie Pesanti	☐ E ☐ C	Servizio Farmaceutico territoriale	☐ E ☐ C	Ufficio Infermieristico	☐ E ☐ C
Dipartimento di Salute Mentale	☐ E ☐ C	Farmacia Ospedaliera di	☐ E ☐ C	Organismo indipendente di valutazione	☐ E ☐ C
Dipartimento di Prevenzione	☐ E ☐ C	U.O. di	☐ E ☐ C	Ufficio Procedimenti Disciplinari	☐ E ☐ C
Dipartimento Materno-Infantile	☐ E ☐ C		☐ E ☐ C	Comitato Unico di Garanzia	☐ E ☐ C
Distretto di	☐ E ☐ C		☐ E ☐ C		☐ E ☐ C

AUSL 4
TERAMO

il meglio è nel tuo territorio

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2015-2017

(redatto ai sensi della Legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione")

Sommario

PREMESSA 3

1. OGGETTO E FINALITÀ 4

2. DEFINIZIONI E ACRONIMI 5

3. I SOGGETTI E COMPITI DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE AZIENDALE 6

4. PROCEDURA DI ELABORAZIONE/AGGIORNAMENTO ED ADOZIONE DEL PTPC 11

4.1 ATTUAZIONE PTCP ANNO 2014 12

4.2 AGGIORNAMENTO PTPC 2015 13

5. GESTIONE DEL RISCHIO NELL'AZIENDA 14

5.1 MAPPATURA DEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE 14

5.2 VALUTAZIONE DEL RISCHIO 14

Tab.1 - INDICI DI VALUTAZIONE DELLE PROBABILITA' 16

Tab.2 - INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO 16

5.3 LIVELLI DI RISCHIO RILEVATI PER SINGOLO PROCESSO 17

5.4 TRATTAMENTO DEL RISCHIO ATTRAVERSO MISURE DI PREVENZIONE E NEUTRALIZZAZIONE 24

NORMATIVA DI RIFERIMENTO: 29

ALLEGATO: 29

PREMESSA

In attuazione a quanto previsto dalla Legge 6 novembre 2012, n. 190, entrata in vigore il 28 novembre 2012, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", il 30 gennaio 2014 l'Azienda USL di Teramo ha adottato con delibera del Direttore Generale n. 118, il primo Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione per il triennio 2014-2016.
Il Piano è stato predisposto dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione dott.ssa Domenica Ruffini, nominata con delibera 735 del Direttore Generale del 29 luglio 2013.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) attraverso la mappatura dei principali processi amministrativi e sanitari, ha fornito una valutazione del diverso livello di esposizione dei processi amministrativi e sanitari al rischio di corruzione ed ha indicato le misure volte a prevenirlo con l'indicazione dei soggetti responsabili e dei tempi di attuazione.

Si è partiti dall'analisi dei processi organizzativi, con particolare attenzione alle aree sensibili nel cui ambito avrebbero potuto verificarsi episodi di corruzione. Con il coinvolgimento dei Dirigenti delle UU.OO. interessate, e tenendo conto delle indicazioni riportate nel Piano Nazionale Anticorruzione, sono state individuate le attività a rischio raggruppate in macro processi. È seguita una valutazione probabilistica del rischio per ciascuna delle attività individuate e la successiva adozione di un sistema di gestione dello stesso definendo, nel *CRONOPROGRAMMA DELLE AZIONI INDIVIDUATE,* le misure di prevenzione e/o neutralizzazione dei rischi di corruzione con l'indicazione dei tempi e dei soggetti responsabili della loro attuazione.

La redazione e la successiva gestione del Piano - diffusione, verifica della sua attuazione e aggiornamento annuale - costituiscono di per sé uno strumento di prevenzione della corruzione. Il PTPC ha una natura dinamica, sia la mappatura dei processi a rischio di corruzione che l'indicazione delle misure individuate per prevenirli, devono essere aggiornati sulla base dei riscontri ottenuti dall'applicazione del Piano e di eventuali modifiche normative e/o organizzative, tenendo conto del contributo di tutti i soggetti coinvolti – Referenti, Dirigenti, Dipendenti, Organismo Indipendente di Valutazione, Collaboratori e Utenti.

Il presente documento, aggiorna la mappatura dei processi a rischio ed il Cronoprogramma delle Azioni di Prevenzione contenuti nel PTCP 2014 – 2016 e

costituisce il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2015 – 2017 della Azienda Usl di Teramo.**

L'aggiornamento è stato effettuato valutando la realizzazione e l'efficacia delle misure di gestione del rischio previste nell'anno 2014 e già analizzate nella Relazione Annuale 2014 ai sensi dell'art. 1, comma 14 della L. 190/2012, tenendo conto delle proposte trasmesse dai Referenti per la Prevenzione della Corruzione e dai Dirigenti delle UU.OO. coinvolte, delle sanzioni disciplinari irrogate dall'UPD nel biennio 2013-2014 e dei recenti aggiornamenti normativi in materia di anticorruzione.
Gli aggiornamenti hanno riguardato in particolare:

- mappatura dei rischi per nuove attività nell'ambito delle macro aree già individuate;
- variazione del livello di rischio attribuito a seguito della valutazione degli indicatori di probabilità e di impatto;
- la previsione di nuove misure di prevenzione;
- la previsione di specifici monitoraggi relativi alle azioni adottate nell'anno precedente.

1. OGGETTO E FINALITÀ

L'Azienda adotta il presente PTPC ai sensi dell'art. 1, commi 5 e 60, della Legge n. 190 del 2012.
Il PTPC rappresenta il documento fondamentale dell'Azienda per la definizione della strategia di prevenzione della corruzione.
Si tratta di un documento di natura programmatica che ingloba tutte le misure di prevenzione obbligatorie per legge e quelle ulteriori, prevedendone il coordinamento degli interventi.
La struttura ed i contenuti specifici del PTPC sono definiti tenendo conto delle funzioni svolte e della specifica realtà amministrativa dell'Azienda.
Il PTPC è coordinato rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'Azienda e, innanzitutto, con il Piano delle Performance, ed è strutturato come documento di programmazione, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, azioni, responsabili, tempistica e risorse.
Nello specifico, il PTPC fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione delle proprie articolazioni organizzative al rischio di corruzione e stabilisce gli interventi volti a prevenire il medesimo rischio e individuare le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione.
Il PTPC si presenta come un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono, come affermato dalle Linee di indirizzo del Comitato Ministeriale, di cui al D.P.CM. 16 gennaio 2013, "*via via affinati, modificati o sostituiti in relazione al feedback*

ottenuto dalla loro applicazione" ed è aggiornato con cadenza annuale sulla base di fattori di seguito indicati al successivo punto 4. *"Procedura di elaborazione/aggiornamento ed adozione del PTPC".*

2. DEFINIZIONI E ACRONIMI

Corruzione. Il concetto di corruzione ha un'accezione ampia ed è comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontra l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato, al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono più ampie della fattispecie penalistica, che è disciplinata dagli artt. 318, 319, 319 ter del c.p. e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel titolo II, capo I del Codice Penale, ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzione attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa *ab externo*, sia che tale azione abbia successo, sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

Per "**evento**" si intende il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'Azienda.

Per "**rischio**" si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'Azienda, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento.

ANAC: Autorità Nazionale Anticorruzione per la valutazione e la trasparenza delle Amministrazioni Pubbliche (ex CIVIT)

Azienda: Azienda USL 4 Teramo

PP: Piano delle Performance

PNA: Piano Nazionale Anticorruzione

PTPC: Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

PTTI: Programma Triennale della Trasparenza ed Integrità

RPC: Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione

RTI: Responsabile aziendale della Trasparenza e dell'Integrità

UPD: Ufficio Procedimenti Disciplinari

UOC: Unità Operativa Complessa

URP: Ufficio Relazioni con il Pubblico

PO: Presidio Ospedaliero

SIAN: Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

SIESP: Servizio Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica

SPSAL: Servizio Prevenzione Salute Ambienti e Luoghi di Lavoro

3. I SOGGETTI E COMPITI DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE AZIENDALE

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, quale organo di indirizzo politico dell'Azienda:

- designa il RPC (art. 1, comma 7, Legge n. 190 del 2012);
- designa il Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità (RTI) (art. 43, D. Lgs. n. 33 del 2013);
- adotta il PTPC e i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti *ex* art. 53 del D. Lgs. n. 165 del 2001, Codice Aziendale di Comportamento, etc.);
- garantisce la coerenza degli atti adottati con le previsioni del presente piano, con particolare riferimento a quelli di natura organizzativa.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione:

- elabora la proposta di PTPC e suo aggiornamento annuale, che deve essere adottato dal Direttore Generale entro il 31 gennaio di ogni anno, nei contenuti, che caratterizzano anche l'oggetto dell'attività del RPC, indicati nell'art. 1, comma 9, Legge n. 190 del 2012;
- definisce appropriate procedure per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- verifica l'attuazione del PTPC e la sua idoneità;
- propone la modifica del PTPC quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero allorché intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Azienda;
- verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli

uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;

- individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- pubblica il PTPC adottato sul sito *web* istituzionale dell'Azienda, nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente", entro il 31 gennaio di ogni anno, salvo diverso termine fissato dalla normativa;
- redige entro il 15 dicembre di ogni anno, una relazione annuale che offre il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal PTPC. Questo documento deve essere pubblicato sul sito *web* istituzionale dell'Azienda, nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente";
- progetta ed implementa misure preventive nuove o migliorative/sostitutive di quelle esistenti, sulla base dei monitoraggi periodici allo scopo di ridurre la probabilità dell'evento corruttivo negli uffici/servizi dell'Azienda.

Il Responsabile della Trasparenza e dell'Integrità

Il Responsabile della Trasparenza ed Integrità:

- svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, 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;
- provvede all'aggiornamento del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, all'interno del quale sono previste specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza e ulteriori misure e iniziative di promozione della trasparenza in rapporto con il Piano anticorruzione;
- controlla ed assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal D. Lgs. n. 33/2013.

I Referenti per la prevenzione della corruzione

I Referenti per la Prevenzione della Corruzione:

- collaborano con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione garantendo un costante flusso informativo relativamente all'attuazione delle previsioni del piano;
- svolgono attività informativa nei confronti del RPC, 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, anche

con riferimento agli obblighi di rotazione del personale;

- collaborano nell'attività di monitoraggio sul rispetto dei codici di comportamento nazionale ed aziendale;
- formulano proposte per la definizione dei criteri di rotazione del personale;
- monitorano le scadenze fissate nel PTPC per la definizione e/o revisione dei regolamenti aziendali avendo cura di relazionare al Responsabile della Prevenzione della Corruzione con cadenza almeno semestrale;
- vigilano sul rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui all'allegato 1 del programma triennale per la trasparenza e l'integrità segnalando eventuali scostamenti e/o criticità al Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- collaborano alla 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;
- vigilano sul rispetto dei tempi previsti dalla Legge o dai Regolamenti per la conclusione dei procedimenti segnalando tempestivamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione eventuali scostamenti e/o criticità, avendo cura altresì di relazionare semestralmente sull'esito di dette verifiche;
- osservano le misure contenute nel PTPC;
- collaborano con il RPC alla programmazione ed attuazione dei piani di controllo a campione.

I Referenti sono stati nominati con la delibera del Direttore Generale, n. 639 del 18 giugno 2014, garantendo la rappresentanza di tutte le aree a maggior rischio di corruzione e delle articolazioni aziendali a maggiore complessità organizzativa.

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;
- propongono le misure di prevenzione (art. 16, D. Lgs. n. 165 del 2001);
- 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 RPC, 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 PTCP;
- garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dal D. Lgs. n.33 del 2013 e dal PTTI.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e gli altri organismi di controllo interno

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 la 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)

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 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.

4. PROCEDURA DI ELABORAZIONE/AGGIORNAMENTO ED ADOZIONE DEL PTPC

Ai fini dell'aggiornamento e del miglioramento del PTPC, entro il 31 ottobre di ogni anno, i dirigenti responsabili delle articolazioni organizzative aziendali trasmettono una relazione al RPC, 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. Ai fini, in particolare, del miglioramento, in considerazione della peculiarità delle attività istituzionali svolte in Azienda e della complessità dell'assetto organizzativo, in fase di aggiornamento del PTPC saranno individuati e mappati ai fini del rischio, ulteriori processi nell'ambito delle attività assistenziali.

Entro il 31 gennaio di ogni anno, il RPC aggiorna il PTPC, sulla scorta delle indicazioni contenute nelle sopra menzionate relazioni dirigenziali e sulla base dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongano ulteriori adempimenti;
- normative sopravvenute che modifichino le finalità istituzionali dell'Azienda (es.: acquisizione di nuove competenze);
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel PNA;
- emersione di rischi non considerati adeguatamente in fase di predisposizione del PTPC del precedente anno;
- *feedback* delle attività di verifica e controllo svolte;
- suggerimenti degli Organi istituzionali, di altri soggetti sia interni che esterni all'Azienda.

Il PTPC redatto dal RPC è trasmesso al Direttore Generale per la sua adozione e pubblicato in forma permanente nella sezione "Amministrazione Trasparente" entro il 31 gennaio di ogni anno, salvo diverso termine fissato dalla normativa.

Il PTPC può essere modificato anche in corso d'anno, su proposta del RPC, allorché siano accertate significative violazione delle prescrizioni ovvero quando intervengano rilevanti mutamenti organizzativi o modifiche in ordine all'attività dell'Azienda.

Per la predisposizione del presente PTPC 2015-2017 il Responsabile della Prevenzione della Corruzione si è avvalso della collaborazione del gruppo di supporto individuato tra il personale dirigente dell'UOC Affari Generali e dei Referenti di cui alla delibera del Direttore Generale n. 639/2014.

Ai fini dell'aggiornamento delle aree a rischio, si è tenuto conto:

- della Relazione Annuale sull'applicazione del PTCP predisposta il 15 dicembre 2014 dal RPC (http://www.gazzettaamministrativa.it/opencms/opencms/_gazzetta_amministrativa/amministrazione_trasparente/_abruzzo/_azienda_usl_di_teramo/222_alt_con_corr/);
- delle relazioni trasmesse dai Referenti, dai Direttori di Dipartimento/Coordinamento
- del monitoraggio periodico a cura dell'UPD sull'applicazione del Codice di Comportamento e sui procedimenti disciplinari conclusi nel corso del biennio 2013-2014;
- del monitoraggio sul rispetto degli obblighi di trasparenza.

4.1 ATTUAZIONE PTCP ANNO 2014

La valutazione sull'attuazione delle misure previste per contrastare i rischi di corruzione è stata complessivamente positiva. Sono state adottate numerose azioni di miglioramento tra quelle indicate ed in particolare:

- ***PTPC:*** è stato effettuato il monitoraggio previsto (Relazione Annuale), sono stati nominati i referenti per la Prevenzione della Corruzione (Delibera n. 639/2014) e si è proceduto all'aggiornamento della mappatura delle aree e dei processi a rischio, ai fini della predisposizione del PTPC 2015-2017.
- ***Piano della Trasparenza ed Integrità*:** è stato effettuato il monitoraggio periodico degli obblighi di pubblicazione stimolando i soggetti preposti alla pubblicazione delle informazioni ed è stato raggiunto un livello soddisfacente in relazione alla quantità e qualità dei dati pubblicati nonostante la numerosità e complessità degli adempimenti e le difficoltà organizzative ed i tempi necessari all'adeguamento delle procedure informatiche richieste.
- ***Codice Aziendale di Comportamento***: tutte le misure sono state adottate nel rispetto delle scadenze.
- ***Rotazione del Personale***: sono state applicate solo le misure previste a seguito di procedimenti penali o di irrogazione di sanzioni disciplinari. Dalle relazioni dei referenti e dei dirigenti emerge la necessità di utilizzare tale misura di prevenzione previa regolamentazione specifica e tenendo conto della insufficiente dotazione di personale.
- ***Conferimento e autorizzazione incarichi***: è stato adottato il regolamento per il conferimento degli incarichi istituzionali; è stata effettuata una specifica formazione ed è in corso di revisione il vigente regolamento per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali.
- ***Incompatibilità per le posizioni dirigenziali***: si è proceduto a costituire il Servizio Ispettivo Aziendale (Delibera n. 924/2014) ed è in corso di approvazione il regolamento di funzionamento dello stesso.

- ***Svolgimento di attività successiva alla cessazione dal rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors):*** nei bandi di gara è stata inserita la dichiarazione di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad *ex* dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda USL.
- ***Whistleblowing:*** è stata predisposta un'apposita procedura informatizzata per la segnalazione delle condotte illecite da parte dei dipendenti che garantisce la necessaria riservatezza del segnalante.
- ***Formazione del personale:*** sono stati effettuati alcuni corsi di formazione specialistica destinati alle principali figure della prevenzione della corruzione; è stata effettuata una formazione sul Codice di Comportamento destinata a tutti i dipendenti con n. 4 eventi.
- ***Sensibilizzazione della società civile:*** gli obblighi di pubblicazione sono stati rispettati, è stata creata una casella di posta elettronica a disposizione degli utenti ed è stato predisposto il modello per la segnalazione di episodi di corruzione o di illecito, disponibile sul sito web aziendale.
- ***Patti di integrità negli affidamenti:*** è stato adottato ed inserito, negli avvisi nei bandi di gara e nelle lettere di invito, il modello per i Patti di Integrità.
- ***Relazioni con gli altri soggetti aziendali:*** è in corso di predisposizione la definizione di uno specifico sistema di monitoraggio dei rapporti tra gli operatori coinvolti nei processi decisionali e i soggetti con i quali sono stati stipulati contratti; nel corso del 2014, le azioni di monitoraggio sono state avviate a seguito di specifiche segnalazioni.
- ***Riduzione discrezionalità dei processi:*** ha riguardato soprattutto le procedure di prenotazione delle prestazioni sanitarie (nuova procedura CUP avviata a novembre 2014) e delle liste di attesa per i ricoveri programmati (estensione alle prenotazioni della procedura gestione ricoveri – ADT) avviata nel presidio di Atri e in alcuni reparti degli altri presidi ospedalieri; è stata prevista la verifica della corrispondenza sia per i beni che per i servizi fra quanto previsto nel capitolato d'appalto e quanto effettivamente fornito con individuazione dei DEC ed Assistenti al DEC (Delibera n. 80/2014).

4.2 AGGIORNAMENTO PTPC 2015

Per ciascuna area di attività aziendale definita a rischio, sono stati coinvolti i Dirigenti responsabili delle articolazioni organizzative interessate, attraverso un confronto diretto con il RPC per una ulteriore valutazione in merito all'attribuzione dei livelli di rischio.
Ai predetti responsabili, è stato chiesto di:

- relazionare in merito all'adozione delle misure di prevenzione previste nel PTCP per l'anno 2014 e di esprimere una valutazione sulla loro efficacia;

- indicare nuove eventuali attività a rischio nell'ambito della macro area rappresentata;
- assegnare un punteggio di probabilità e di impatto a ciascuna attività utilizzando la stessa griglia di misurazione del 2014.

5. *GESTIONE DEL RISCHIO NELL'AZIENDA*

La gestione del rischio si articola in tre fasi principali:

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

5.1 MAPPATURA DEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

La mappatura dei processi consiste nell'individuazione delle aree, delle fasi dei processi e dei responsabili degli stessi.

Per l'individuazione delle aree aziendali a rischio si è partiti da quelle indicate nel PTPC 2014-2016, aggiornate a seguito del feedback ricevuto dai Dirigenti e Referenti e dall'UPD, con le seguenti ulteriori sotto aree e fasi:

Area/ Processo	**Sotto Area e fasi del Processo**	
Gestione Presenze in servizio	Rilevamento della presenza e dell'orario	Attestazione presenze in servizio
Affidamento di lavori, servizi e forniture	Proroghe ed estensioni	Proroghe ed estensioni

5.2 VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Così come previsto dall'Allegato 5 del PNA utilizzato per il PTPC 2014-2016, per dare un valore e quindi una scala di priorità al rischio, sono stati valutati per ciascuno dei processi mappati, cinque indici di Probabilità (tabella 1) e quattro indici di Impatto (tabella 2).

L'Indice di Probabilità (IP) scaturisce dalla media aritmetica dei valori ottenuti dai cinque Indici di Probabilità applicati a ciascun processo.

L'Indice di Impatto (IG) scaturisce dalla media aritmetica dei valori ottenuti dai quattro Indici di Impatto applicati a ciascun processo.

Il Livello di Rischio viene calcolato, come indicato dall'All.5 al PNA, moltiplicando l'Indice di Probabilità (IP) con l'Indice di Impatto (IG). Infatti : IP X IG = IR definito per ogni singolo processo analizzato.

Dall'indice di Rischio si deduce che per ogni singola attività considerata sensibile si definiscono tre classi di rischio per ciascuna delle quali si prevedono livelli differenziati di intervento:

1. **da 0 a 4 = rischio basso: (RB)**

Le azioni già messe in atto dall'azienda sono sufficienti a rendere il rischio accettabile, il rischio è cioè stato ridotto ad un livello che può essere sostenuto dall'organizzazione in riferimento agli obblighi di legge e alla politica adottata; non richiede interventi nel breve periodo ma solo azioni tese ad elevare nel tempo le condizioni di sicurezza.

2. **da 5 a 9 = rischio medio: (RM)**

richiede attenzione, approfondimento delle misure di controllo, la necessità di proceduralizzare tutte le fasi del processo, diminuzione della discrezionalità, aumento del numero di operatori coinvolti nel processo decisionale e dei livelli di controllo, implementare la formazione del personale e prevedere l'eventuale rotazione dello stesso.

3. **da 10 a 25 = rischio critico: (RC)**

richiede interventi immediati mirati a migliorare le condizioni di sicurezza formazione degli addetti, prevedere procedure per eliminare per quanto possibile ogni discrezionalità, provvedere nel breve periodo alla formazione specifica del personale, prevedere per quanto realizzabile la rotazione del personale.

Nel caso in cui ci sia stata irrogazione di sanzione disciplinare a seguito di un procedimento collegato ad un evento corruttivo, nell'ambito di una delle sotto aree o fasi dei processi oggetto di mappatura, la sua classe è stata portata a quella immediatamente superiore.

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

Tab.1 - INDICI DI VALUTAZIONE DELLE PROBABILITA'

INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ[1]				
D.1 Discrezionalità	D. 2 Rilevanza esterna	D.3 Complessità	D.4 Valore economico	D.5 Controlli
Il processo è discrezionale? 1= altamente vincolato 2= parzialmente vincolato (da leggi ed atti amm.vi) 3= parzialmente vincolato (solo dalla legge) 4= vincolato ma con la presenza di fasi discrezionali 5= è altamente discrezionale	Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento? 2= no 5= sì	Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più U.O./ amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato? 1=No 3=Più di tre 5=Più di cinque	Qual è l'impatto economico del processo in termini di attribuzione di vantaggi? 1=Rilevanza solo interna 3=Vantaggi esterni di non particolare rilievo 5=Vantaggi di particolare rilievo	Anche sulla base dell'esperienza pregressa, le misure utilizzate per la gestione del processo sono adeguate a neutralizzare il rischio? 1= molto efficace 2= efficace 3= efficace al 50% 4= sì , in minima parte 5= no, il rischio rimane indifferente

Tab.2 - INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO

INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO [2]			
D.7 Impatto reputazionale	D.8 Impatto economico	D.9 Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	D.10 Impatto organizzativo
Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi? 1 =no 2 = non ricordo 3 = stampa locale 4 = stampa nazionale 5=stampa locale e nazionale	Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei conti o sentenze di Organi giurisdizionali ordinari o speciali a carico di dipendenti (Direttori, Dirigenti, Dipendenti) e Collaboratori esterni o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della ASL per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe? 1 =no 5 =si	A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa? 1= addetto 2= collaboratore o funzionario 3=dirigente o posizione organizzativa 4= direttore U.O... 5= direttore Dipartimento/coordinamento	Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è impiegata nel processo? 1= fino al 20% 2=fino al 40% 3=fino al 60% 4=fino all'80% 5=fino al 100%

5.3 LIVELLI DI RISCHIO RILEVATI PER SINGOLO PROCESSO

L'elaborazione dei risultati e la valutazione dei rischi per i 43 processi analizzati, ha individuato n. 9 processi a rischio critico, n. 27 processi sono risultati a rischio medio, mentre i restanti 7 sono risultati a medio basso.

Area/ Processo	Sotto Area e fasi del Processo		Unità Operative/uffici interessati al processo.	Livello di Rischio 2014-2016	Livello di Rischio 2015-2017	Livello di Rischio rideterminato a seguito di provvedimenti disciplinari
Reclutamento e progressione del personale	**Reclutamento**	Procedimento concorsuale per assunzioni a tempo indeterminato	Gestione del Personale/ Commissioni di concorso	RB	RM	RM
		Procedure selettive per assunzioni a tempo determinato/co.co.co / consulenti/borse di studio/personale somministrato	Gestione del Personale/Proponente incarico da conferire	RM	RM	RM
		Assunzione mediante liste di collocamento	Gestione del Personale/Proponente richiesta fabbisogno di personale	RM	RM	RM
	Progressioni economiche e di carriera	Progressioni economiche	Gestione del Personale	RB	RB	RB
		Conferimento incarichi dirigenziali e di posizione organizzativa	Gestione del Personale; Direttori di UUOOCC /Dipartimenti proponenti	RM	RM	RM
	conferimento incarichi collaborazione	Conferimento incarichi di collaborazione ad esterni all'Azienda	Gestione del Personale; Formazione e Qualità; Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio; Acquisizione Beni e Servizi; Affari Generali	RM	RM	RM
	Reclutamento, gestione giuridica ed economica personale convenzionato	Procedure di selezione per l'assegnazione di ore di medicina convenzionata e specialistica ambulatoriale. Reclutamento a tempo indeterminato dei medici convenzionati. Gestione dei contratti di medici convenzionati (MMG, PLS, CA, Medicina Specialistica, Emergenza Territoriale)	Assistenza Sanitaria Territoriale	RM	RM	RM

Area/ Processo	Sotto Area e fasi del Processo		Unità Operative/uffici interessati al processo.	Livello di Rischio 2014-2016	Livello di Rischio 2015-2017	Livello di Rischio rideterminato a seguito di provvedimenti disciplinari
Affidamento di lavori, servizi e forniture	**Definizione oggetto dell'affidamento**	Definizione oggetto dell'affidamento	Acquisizione Beni e Servizi /Macro articolazioni Aziendali delegate; Tutte le strutture richiedenti	RM	RM	RM
	Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento	Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento di esecuzione di lavori	Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio	RM	RC	RC
		Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento di forniture di beni e/o servizi	Acquisizione Beni e Servizi/ Macro articolazioni aziendali delegate per gli affidamenti entro il limite di valore di €5000.	RM	RM	**RC**
	Individuazione dello strumento/istituto per la gestione del patrimonio	Individuazione dello strumento/istituto per la gestione del patrimonio immobiliare	Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio	RM	RM	RM
	Requisiti di qualificazione	Definizione dei requisiti di qualificazione	Attività Tecniche e Gestione del patrimonio/ Acquisizione Beni e Servizi	RM	RM	**RC**
	Requisiti di aggiudicazione	Scelta del Criterio di Aggiudicazione	Attività Tecniche e Gestione del patrimonio/ Acquisizione Beni e Servizi / Richiedenti la fornitura/soggetti incaricati della redazione del capitolato speciale	RM	RM	RM
	Valutazione delle offerte	Valutazione delle offerte	Attività Tecniche e Gestione del patrimonio/ Acquisizione Beni e Servizi /Commissioni di Gara	RM	RM	RM
	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	Attività Tecniche e Gestione del patrimonio/ Acquisizione Beni e Servizi Tecnico	RB	RB	RB
	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	Individuazione procedura	Attività Tecniche e Gestione del patrimonio/ Acquisizione Beni e Servizi / Strutture Richiedenti	RM	RM	RM
		Affidamenti diretti	Attività Tecniche e Gestione del patrimonio\ Acquisizione Beni e Servizi	RM	RM	RM

Area/ Processo	Sotto Area e fasi del Processo		Unità Operative/uffici interessati al processo.	Livello di Rischio 2014-2016	Livello di Rischio 2015-2017	Livello di Rischio rideterminato a seguito di provvedimenti disciplinari
(Segue) Affidamento di lavori, servizi e forniture	**Redazione del cronoprogramma**	Redazione del cronoprogramma	Attività Tecniche e Gestione del patrimonio	RM	RM	RM
	Proroghe ed estensioni	Proroghe ed estensioni	Attività Tecniche e Gestione del patrimonio\ Acquisizione Beni e Servizi	Non valutato	RC	RC
	Varianti in corso di esecuzione del contratto	Varianti in corso di esecuzione del contratto	Attività Tecniche e Gestione del patrimonio	RM	RM	RM
	Sub appalto	Sub appalto	Attività Tecniche e Gestione del patrimonio\ Acquisizione Beni e Servizi Tecnico	RM	RM	RM
	Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Transazioni	Attività Tecniche e Gestione del patrimonio/ Acquisizione Beni e Servizi / Affari Generali	RM	RC	RC
	Direzione Lavori	Redazione Documenti Contabili (Misure e Contabilità)	Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio	RB	RB	RB

Area/ Processo	Sotto Area e fasi del Processo		Unità Operative/uffici interessati al processo.	Livello di Rischio 2014-2016	Livello di Rischio 2015-2017	Livello di Rischio rideterminato a seguito di provvedimenti disciplinari
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	**Autorizzazione o Accreditamento di soggetti pubblici e privati per l'erogazione di servizi sanitari**	Autorizzazione o Accreditamento di soggetti pubblici e privati per l'erogazione di servizi sanitari	Dipartimento di Prevenzione/ CAST	RM	RM	**RC**
	Attività autorizzativa	Rilascio di autorizzazioni sanitarie o di pareri finalizzati al rilascio di concessioni di varia natura	SIAN	RM	RM	**RC**
			SIESP			
			Servizi Veterinari			
			SPSAL.			
	Prenotazione/Erogazione di prestazioni e servizi sanitari	Prenotazione prestazioni sanitarie/liste interventi chirurgici	Tutte le strutture che erogano servizi o autorizzano prestazioni sanitarie: Ambulatori, Cup, Servizi Distrettuali, unità di degenza, ecc.	RM	RM	RM
		Erogazione prestazioni sanitarie	Tutti i professionisti sanitari dipendenti o convenzionati che erogano la prestazione;	RM	RM	RM

Area/ Processo	Sotto Area e fasi del Processo		Unità Operative/uffici interessati al processo.	Livello di Rischio 2014-2016	Livello di Rischio 2015-2017	Livello di Rischio rideterminato a seguito di provvedimenti disciplinari
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	**Valutazioni medico legali**	Valutazioni collegiali per: Invalidità civile; Dispensa dal servizio; commissione patenti; gravi patologie; collegio porto d'armi, collegio regime carcerario	Medicina Legale e Sicurezza Sociale medicina del Lavoro	RM	RM	RM
		Valutazioni medico legali con accertamenti monocratici	Medicina Legale e Sicurezza Sociale medicina del Lavoro Medico competente	RM	RM	RM
	Erogazione di assistenza protesica	Erogazione di assistenza protesica	Medici Prescrittori; UOC di Medicina Fisica e Riabilitazione; Ufficio di Assistenza protesica;	RM	RM	RM
	Inserimento in strutture Assistenziali/Riabilitative	Inserimento in strutture Assistenziali/Riabilitative	UVM; SERT; DSM;	RB	RB	RB
	Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Riconoscimento diritto all'esenzione del Ticket	Tutte le strutture che erogano servizi Sanitari; Distretti	RM	RB	RB

Area/ Processo	Sotto Area e fasi del Processo		Unità Operative/uffici interessati al processo.	Livello di Rischio 2014-2016	Livello di Rischio 2015-2017	Livello di Rischio rideterminato a seguito di provvedimenti disciplinari
Vigilanza ed Ispezione	**Sorveglianza sulle Farmacie e Parafarmacie**	Sorveglianza sulle Farmacie e Parafarmacie	Servizio Farmaceutico Territoriale	RM	RM	RM
	Attività di vigilanza, controllo e ispezione nelle materie di competenza del Dipartimento di Prevenzionee del Servizio di Prevenzione e Protezione Interna	Attività di vigilanza, controllo e ispezione nelle materie di competenza del Dipartimento di Prevenzione	Direzione Dipartimento di Prevenzione; SIAN, SIESP, SPSAL.; Servizi Veterinari, Coordinamento di Staff: SPPI	RM	RM	**RC**
	Attività di controllo sulle strutture Sanitarie e socio assistenziali pubbliche e private	Gestione contratti strutture private accreditate	Assistenza Sanitaria Territoriale - Ufficio Monitoraggio Strutture Private accreditate	RM	RM	RM
		Controllo Strutture Accreditate	NOC	RM	RM	RM
Liquidazione e pagamenti	**Liquidazione fatture**	Liquidazione fatture	PO e Servizi addetti al riscontro/liquidazione fatture	RB	RB	RB
	pagamento fatture	Pagamento fatture	UOC Attività Economiche e Finanziarie	RM	RM	RM
	Liquidazione competenze agli Esercizi Farmaceutici	Liquidazione competenze alle Farmacie convenzionate	Servizio farmaceutico Territoriale/ Economico	RM	RM	RM
	Maneggio denaro	Incassi ticket/ Tariffe	CUP/ Tutte le UU.OO. interessate	RM	RM	RM
Libera Professione	**Svolgimento attività LPI**	Svolgimento Attività LPI	Tutti i professionisti abilitati	RM	RM	**RC**
	Gestione e liquidazione dell'A.L.P.I.	Gestione e liquidazione dell'A. L.P.I.	Direzione Amministrativa e Sanitaria PP.OO.; Gestione del Personale	RB	RB	RB

Area/ Processo	Sotto Area e fasi del Processo		Unità Operative/uffici interessati al processo.	Livello di Rischio 2014-2016	Livello di Rischio 2015-2017	Livello di Rischio rideterminato a seguito di provvedimenti disciplinari
Gestione Presenze in servizio	**Rilevamento della presenza e dell'orario**	Attestazione presenze in servizio	Dipendenti/ Responsabili UU.OO / Gestione del Personale	Non valutato	RB	**RM**

5.4 TRATTAMENTO DEL RISCHIO ATTRAVERSO MISURE DI PREVENZIONE E NEUTRALIZZAZIONE

CRONOPROGRAMMA DELLE AZIONI INDIVIDUATE

Sulla base delle indicazioni del PNA, della valutazione 2014 sull'attuazione ed efficacia delle misure previste nel PTPC 2014-2016, della valutazione dei rischi effettuata, sono state individuate le seguenti azioni, obbligatorie ed ulteriori, al fine di diminuire i livelli di rischio di corruzione nell' Azienda.

AZIONI OBBLIGATORIE

Area di intervento	Azioni di miglioramento da adottare	Scadenza	Soggetti responsabili
Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	Coordinamento tra PTPC e gli strumenti di programmazione aziendale, con particolare riferimento al Piano delle Performance, al Piano della formazione e al PTTI	Triennio	Direttore Generale, RPC , RTI, Dirigenti responsabili
	Aggiornamento PTPC:	30 novembre di ogni anno	RPC
	- Verifica efficace attuazione del Piano e sua idoneità;		
	- aggiornamento della "mappatura delle Aree e dei processi a rischio di corruzione";		
PTTI	Aggiornamento Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità	31 gennaio di ogni anno	Responsabile della Trasparenza e Integrità
	Monitoraggio periodico obblighi di pubblicazione	Verifica con cadenza quadrimestrale e relazione sugli esiti della stessa da trasmettere al RPC	RTI, OIV
Codice Aziendale di Comportamento	Verifica adeguatezza del Codice di Comportamento ed eventuale aggiornamento coordinato con l'aggiornamento del PTPC	Entro 30 aprile di ogni anno	UPD in collaborazione con RPC
	Monitoraggio relativo all'adeguamento degli atti di incarico e dei contratti di nuova stipula alle prescrizione di cui all'art.14 comma 11 del Codice di Comportamento	Verifica a campione entro il 31/12 di ogni anno	RPC/Acquisizione Beni e Servizi/ Formazione/Attività Tecniche
	Adeguamento degli atti di incarico e dei contratti esistenti alle prescrizione di cui all'art.14 comma 11 del Codice Aziendale di Comportamento	dic-15	Acquisizione Beni e Servizi/ Formazione/Attività Tecniche
	Monitoraggio sulla attuazione del Codice, tramite confronto tra i responsabili delle UU.OO. aziendali, l' UPD ed il RPC:		
	- Incontri per singolo dipartimento finalizzati a condividere i principi ed i valori i criteri per del monitoraggio	entro il 30/11/2015	Tutti i soggetti interessati
	-azione di vigilanza e controllo sulle singole UU.OO. sulla base dei criteri condivisi	entro il 30/11/2016 e 30/11/2017	RPC / UPD
	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	Annuale	UPD / RPC
	Formazione dei Titolari del potere/dovere disciplinare per la corretta conoscenza e applicazione del Codice	31 dicembre 2015	RPC in collaborazione con il Dirigente U.O. Formazione

Segue AZIONI OBBLIGATORIE

Area di intervento	Azioni di miglioramento da adottare	Scadenza	Soggetti responsabili
(Segue) Codice Aziendale di Comportamento	Informazione/Formazione di tutto il personale per la corretta conoscenza e applicazione del Codice:		
	-Individuazione da parte dei Dirigenti Responsabili delle UU.OO. del personale addetto alle aree/attività a rischio da formare prioritariamente	Entro il 30 aprile 2015	Responsabili delle Aree a rischio, RPC, Responsabile formazione
	-programmazione percorsi formativi da inserire tempestivamente nel Piano della Formazione	entro il 30 giugno 2015	RPC / Responsabile della formazione
	Vigilanza sul rispetto delle norme e dei regolamenti vigenti in materia di rilevazione delle presenze Relazione sugli esiti del monitoraggio da trasmettere all' RPC	tempestiva 30 novembre di ogni anno	UOC Gestione del Personale/responsabili UU.OO.
Rotazione del personale	Definizione delle linee guida generali per le modalità e criteri per rotazione del personale dirigenziale e del comparto. Dovranno essere previsti criteri di rotazione, modalità e limiti anche per la partecipazione alle commissioni esaminatrici, di valutazione, verifica, etc, incluso il segretario	30-set-15	RPC / UOC Gestione del personale
	Definizione dei regolamenti della rotazione del personale delle singole UU.OO. sulla base delle linee guida aziendali	31/12/2015 per aree a rischio critico 31/12/2016 per altre aree (rischio medio e basso)	Responsabili UUOO interessate Referenti per la prevenzione della corruzione
	Step intermedio: favorire l'intercambialità delle professionalità all'interno delle Unità Operative prevedendo uno specifico percorso di formazione "on the job" adattabile all'interno di ciascuna struttura	31 dicembre 2016	RPC Dirigente U.O. Formazione e Qualità Dirigente U.O. Gestione del personale
	Nelle more dell'adozione delle linee guida e dei regolamenti per la rotazione del personale, rotazione nell'ambito dell'area amministrativa dei responsabili dei procedimenti individuati in applicazione del vigente regolamento aziendale, nel rispetto del profilo professionale di appartenenza. Trasmissione relazione al RPC nella quale sia data evidenza dell'avvenuta rotazione con indicazione dei nominativi dei singoli responsabili e dei procedimenti assegnati	31 dicembre 2015	Responsabili UUOO interessate
	Nel caso di incompatibilità allo svolgimento dell'incarico immediata adozione di tutte le misure finalizzate a garantire l'imparzialità ed il buon andamento dell'attività amministrativa. Relazione al RPC sulle misure adottate a seguito dell'accertamento dell'incompatibilità	Annuale	I Responsabili immediatamente sovraordinati in via gerarchica
	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: "*(l-quater) provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.*"	Tempestivamente	Dirigenti UU.OO. interessate / UPD

Segue AZIONI OBBLIGATORIE

Area di intervento	Azioni di miglioramento da adottare	Scadenza	Soggetti responsabili
Conferimento e autorizzazione incarichi	Monitoraggio a campione sull'applicazione del regolamento contenente criteri per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali e per l'autorizzazione all'effettuazione di incarichi extraistituzionali	31-dic-15	Servizio ispettivo
	Nei regolamenti relativi a conferimenti di incarichi dirigenziali, posizioni organizzativa, funzioni di coordinamento, autorizzazione incarichi extra-istituzionali, dovranno essere inserite le previsioni di cui all'art. 16 comma 7 del vigente Codice Aziendale di Comportamento (Irrogazione di sanzione disciplinare o pendenza di procedimento)	30-giu-15	Dirigenti UU.OO. Interessate
	Adozione e/o revisione dei regolamenti esistenti per la nomina nelle commissioni aziendali, nei quali si dovrà tener conto delle previsioni normative in materia di anticorruzione e trasparenza con particolare riferimento alla incompatibilità ed al confitto di interessi; revisione dei regolamenti aziendali ove esistenti o adozione di regolamenti per la disciplina degli incarichi da conferire a collaboratori esterni all'azienda	31-dic-15	Dirigenti UU.OO. Interessate
Incompatibilità per le posizioni dirigenziali	Attivazione del sistema di controllo a campione sulle dichiarazioni sulla base del sistema di definizione adottato. Monitoraggio semestrale da trasmettere con relazione al RPC	30-giu-15	Dirigente U.O. Gestione del Personale
Svolgimento di attività successiva alla cessazione dal rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)	Inserimento nei contratti di assunzione del personale della clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente	tempestivo	Dirigente Gestione del Personale
	Per i dipendenti già in servizio, integrazione con la clausola sopra riportata.	31-dic-15	Dirigente U.O. Risorse umane
	Inserimento nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, o a cottimo fiduciario di dichiarare di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad *ex* dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda USL	tempestivo	Acquisizione Beni e Servizi/ Attività tecniche e gestione patrimonio
SEGNALAZIONE CONDOTTE ILLECITE (whistleblowing)	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 aziendale a disposizione sul sito web (Whistleblowing), che garantisce le adeguate misure di tutela e riservatezza nel rispetto di quanto previsto dall'art. 54 bis del d.lgs. n.165 del 2001.	Decorrenza immediata, all'adozione del PTPC	Dirigente interessato
	Estensione porcedura di whistleblowing ai cittadini	31/12/2015	Sistemi Informativi / RPC / URP

Segue AZIONI OBBLIGATORIE

Area di intervento	Azioni di miglioramento da adottare	Scadenza	Soggetti responsabili
Formazione del personale	La formazione nell'ambito della Prevenzione della corruzione, può essere suddivisa in due grandi categorie:	Misura da riprodurre nel Piano della formazione per ciascun anno di valenza del Piano	
	- La **Formazione specialistica** è destinata alle figure principali della prevenzione della corruzione . Gli obiettivi formativi sono quelli previsti dal PNA. Per conseguire detti obiettivi formativi l'Azienda oltre che delle proprie risorse interne, potrà avvalersi di società di formazione e/o di singoli professionisti esperti.		RPC
	- La **formazione destinata a tutti i dipendenti** sarà principalmente rivolta a favorire la diffusione dell'etica e della legalità, nonché l'acquisizione delle conoscenze e delle abilità necessarie a garantire la corretta attuazione del Codice disciplinare e del Piano Triennale della Prevenzione. La formazione sarà realizzata sia con l'utilizzo di risorse interne che esterne all'azienda		Formazione e Qualità
	-Individuazione da parte dei Dirigenti Responsabili delle UU.OO. del personale addetto alle aree/attività a rischio da formare prioritariamente	Entro il 30 aprile 2015	Responsabili delle Aree a rischio / RPC / Responsabile formazione /Referenti
	-programmazione percorsi formativi da prevedere nel Piano della Formazione	entro il 30 giugno 2015	RPC / Responsabile della formazione
Trasparenza e rapporti con la società civile	Sarà generata una casella di posta elettronica che cripta automaticamente l'identità del mittente, che viene decriptata solo nei casi necessari indicati sopra (vedi whistleblower)	31-dic-15	Sistemi Informativi / RPC / URP
	Annualmente sarà organizzata la "Giornata della della Trasparenza" ove sarà previsto un tavolo di confronto con le associazioni di volontariato e dei consumatori, e con gli altri portatori d'interesse. L'incontro rappresenta un momento di confronto e di ascolto e di partecipazione dei cittadini e dei loro rappresentanti, anche al fine di acquisire le informazioni di concreto interesse per la prevenzione della corruzione	Entro il 31/12 di ogni anno	RTTI / RPC / URP
	Responsabile della trasparenza: il rapporto fra questa figura ed il RPC è necessario al fine di garantire un'azione sinergica tra le misure e le azioni dei due soggetti. In particolare il Responsabile della Trasparenza è tenuto a segnalare formalmente, in relazione alla loro gravità, i casi di inadempimento o di adempimento parziale o di ritardato adempimento degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente	Decorrenza immediata dall'adozione del PTCP	Figure interessate

AZIONI ULTERIORI

Area di intervento	Azioni di miglioramento da adottare	Scadenza	Soggetti responsabili
Contratti ed altri atti negoziali	Adozione regolamento per la definizione dei criteri di nomina delle commissioni di gara, ivi compresa quella deputata alla predisposizione dei capitolati	28/02/2015	Responsabile Acquisizione Beni e Servizi / Ufficio tecnico / Affari generali
	Monitoraggio tramite verifica campionaria su dichiarazioni dei commisari ed invio al RPC della relazione annuale sul rispetto del regolamento	Annuale	Responsabile Acquisizione Beni e Servizi
	Ricognizione delle forniture sanitarie in essere e individuazione criticità	30/04/2015	UU.OO. Farmacie, Direzione amm.va, Acquisizione Beni e Servizi, Controllo di gestione
	Applicazione e monitoraggio art. 15 commi 9, 10 e 11 del Codice di Comportamento Aziendale: "Assegnazione e rispetto dei tempi assegnati per la redazione dei capitolati d'appalto "	Applicazione immediata monitoraggio semestrale	Acquisizione Beni e Servizi/ RPC
	I partecipanti alla procedure di bandi di gara o atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, o a cottimo fiduciario dovranno dichiarare la sussistenza o meno di eventuali rapporti di affinità o parentela intercorrenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti partecipanti ed i dirigenti e i dipendenti di questa Azienda USL	tempestivo	RUP
	Monitoraggio sugli 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	Annuale	DEC / RUP
Riduzione della discrezionalità dei processi	I dirigenti devono favorire l'applicazione dei processi ad evidenza pubblica e trasparenti, che siano disciplinati da normative nazionali, regionali o inquadrati in regolamenti aziendali. Relazione di monitoraggio sull'applicazione di tali processi	semestrale per quelli ad alto rischio Annuale per quelli a medio rischio	Dirigenti responsabili / Referenti
	Informatizzare per quanto possibile tutti i process a rischioi, partendo da quelli a rischio critico. Monitoraggio delle azioni intraprese	Avvio informatizzazione entro il 31/12/2015 monitoraggo annuale	Dirigenti responsabili / RPC / Sistemi informativi
	Ogni struttura deve rispettare i tempi previsti dalla legge o dai propri regolamenti per la conclusione dei procedimenti, deve vigilare sul rispetto dei termini e segnalare al RPC eventuali scostamenti, motivandoli: - aggiornamento sito sezione Amministrazione Trasparente, con le informazioni sui tempi dei procedimenti; - monitoraggio degli scostamenti e relative cause	Aggiornamento tempestivo Monitoraggio semestrale	Dirigenti responsabili / RTTI / Referenti
	Completare l'informatizzazione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati	31/12/2015	Referenti / Sistemi informativi / Direzioni sanitarie / CUP
	Potenziare i controlli informatizzati per la verificare la fittizia prenotazione presso i CUP e per i ricoveri programmati di prestazioni al fine di agevolare determinati utenti	31/12/2015	

Segue AZIONI ULTERIORI

Area di intervento	Azioni di miglioramento da adottare	Scadenza	Soggetti responsabili
Libera Professione	Realizzazione sistema di controllo per verificare la corrispondenza fra le prestazioni rese e quelle prenotate a CUP per la LPI	30/06/2015	Sistemi informativi / CUP
	Attivazione della Commissione Paritetica per la promozione e verifica della LPI	31/03/2015	Direzione Aziendale / UOC Gestione Personale
	Monitoraggio a cura della Commissione Paritetica sul rispetto delle norme e del regolamento aziendale con relazione semestrale al RPC	Semestrale	Commissione paritetica
	Budgettizzazione e monitoraggio dei volumi di prestazione erogate in LPI rispetto ai volumi erogati in regime istituzionale	30/04/2015	Controllo di gestione / Ufficio LPI / Liste d'attesa
	Controllo a campione sulle fatturazioni della LPI	Periodici	UOC Attività economiche / Commissione paritetica
Vigilanza e Ispezione	Trasmissione al Direttore del Dipartimento/Coordinamento di una relazione sui risultati delle attività di vigilanza in relazione agli interventi programmati ed attuati evidenziando eventuali anomalie o scostamenti - Controlli a campione sulla documentazione relativa all'attività di ispezione e vigilanza dandone evidenza in apposito verbale	30 novembre di ogni anno nel corso dell'anno	Responsabili UU.OO. Interessate Direttore Dipartimento/Coordinamento

NORMATIVA DI RIFERIMENTO:

Collegamento al link:

http://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/AttivitaAutorita/NormativeDiSettore.

ALLEGATO:

1) MAPPATURA DEI RISCHI

Allegato 1)

				INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ[1]					media	INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO [2]				media	rischio
				D.1 Discrezionalità	D. 2 Rilevanza esterna	D.3 Complessità	D.4 Valore economico	D.5 Controlli		D.7 Impatto reputazionale	D.8 Impatto economico	D.9 Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	D.10 Impatto organizzativo		
Aree di Rischio	Sotto Area	Processo	Unità Operatie/uffici interessati al processo	Il processo è discrezionale? 1= altamente vincolato 2= parzialmente vincolato (da leggi ed atti amm.vi) 3= parzialmente vincolato (solo dalla legge) 4= vincolato ma con la presenza di fasi discrezionali 5= è altamente discrezionale	Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento? 2= no 5= sì	Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più U.O./ amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato? 1=No 3=Più di tre 5=Più di cinque	Qual è l'impatto economico del processo in termini di attribuzione di vantaggi? 1=Rilevanza solo interna 3=Vantaggi esterni di non particolare rilievo 5=Vantaggi di particolare rilievo	Anche sulla base dell'esperienza pregressa, le misure utilizzate per la gestione del processo sono adeguate a neutralizzare il rischio? 1= molto efficace 2= efficace 3= efficace al 50% 4= sì , in minima parte 5= no, il rischio rimane indifferente		Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi? 1 =no 2 = non ricordo 3 = stampa locale 4 = stampa nazionale 5=stampa locale e nazionale	Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei conti o sentenze di Organi giurisdizionali ordinari o speciali a carico di dipendenti (Direttori, Dirigenti, Dipendenti) e Collaboratori esterni o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della ASL per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe? 1 =no 5 =si	A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa? 1= addetto 2= collaboratore o funzionario 3=dirigente o posizione organizzativa 4= direttore U.O... 5= direttore Dipartimento/coordinamento	Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è impiegata nel processo? 1= fino al 20% 2=fino al 40% 3=fino al 60% 4=fino all'80% 5=fino al 100%		
Area: acquisizione e progressione del personale	Reclutamento	Procedimento concorsuale per assunzioni a tempo indeterminato	Commissioni di concorso	4	5	1	5	4	4	3	1	3	1	2	8
		Procedimento concorsuale per assunzioni a tempo determinato/co.co.co / consulenti/borse di studio	Gestione del Personale/ Proponente incarico da conferire	4	5	1	3	4	3	3	1	5	2	3	9
		Assunzione mediante liste di collocamento	Gestione del Personale/ Proponente richiesta fabbisogno di personale	4	5	2	5	4	4	1	1	4	2	2	8
	Progressioni economiche e di carriera	Conferimento incarichi dirigenziali e di posizione organizzativa	Gestione del Personale; Direttore U.O.C./dipartimento	4	2	3	1	4	3	2	1	4	1	2	6
	Conferimento incarichi di collaborazione	Conferimento incarichi di collaborazione	Gestione del personale/formazione e qualità/Affari Generali/ Attività Tecniche	4	2	3	1	4	3	3	1	4	1	2	6

				INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ [1]					media	INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO [2]				media	rischio
				D.1 Discrezionalità	D. 2 Rilevanza esterna	D.3 Complessità	D.4 Valore economico	D.5 Controlli		D.7 Impatto reputazionale	D.8 Impatto economico	D.9 Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	D.10 Impatto organizzativo		
Area: affidamento di lavori, servizi e forniture	**Definizione oggetto dell'affidamento**	Definizione oggetto dell'affidamento	Acquisizione Beni e Servizie /Macro articolazioni Aziendali delegate; Tutte le strutture richiedenti	2	5	3	5	4	4	1	1	4	1	2	7
	Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento	Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento di lavori	Tecnico \ Richiedenti la fornitura	1	5	3	5	5	4	1	1	4	1	2	7
		Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento di lavori	Acquisizione Beni e Servizi e Macro articolazioni aziendali delegate	2	5	3	5	3	4	3	5	4	1	3	12
	Requisiti di qualificazione	Definizione dei requisiti di qualificazione	Tecnico	3	5	1	5	4	4	1	1	3	1	2	5
		Definizione dei requisiti di qualificazione	Acquisizione Beni e Servizi/Richiedenti la fornitura	3	5	3	5	4	4	1	1	3	1	2	6
	Requisiti di aggiudicazione	Scelta del Criterio di Aggiudicazione	Tecnico	2	5	1	5	5	4	0	1	4	1	2	5
		Scelta del Criterio di Aggiudicazione	Acquisizione Beni e Servizi/commissioni per la redazione del capitolato speciale	3	5	1	5	5	4	1	1	3	3	2	8
	Valutazione delle offerte	Valutazione delle offerte	Commissioni di Gara	3	5	1	5	3	3	1	1	4	1	2	6
	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	Tecnico	2	5	1	5	3	3	1	1	3	1	2	5
		Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	Acquisizione Beni e Servizii	2	5	1	5	3	3	1	1	3	1	2	5
	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	Individuazione procedura	Acquisizione Beni e Servizi\Tecnico\Strutture richiedenti	2	5	1	5	4	3	2	1	4	1	2	7
		Affidamenti diretti	Tecnico\ Acquisizione Beni e Servizi	2	5	1	5	4	3	3	1	4	1	2	8
	Redazione del cronoprogramma	Redazione del cronoprogramma	Tecnico	3	5	1	5	3	3	1	1	4	1	2	6
	Varianti in corso di esecuzione del contratto	Varianti in corso di esecuzione del contratto	Tecnico	2	5	1	5	4	3	1	1	3	1	2	5
	Proroghe ed estensioni	Proroghe ed estensioni	Beni e Servizi/ Tecnico	2	5	2	5	4	4	3	1	5	3	3	11
	Subappalto	Subappalto	Tecnico	2	5	1	5	4	3	2	1	4	1	2	7
		Subappalto	Acquisizione Beni e Servizi	2	5	1	5	4	3	1	1	4	1	2	6
	Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Transazioni	Tecnico/ Acquisizione Beni e Servizi / Affari Generali	5	5	3	5	4	4	1	1	5	2	2	10
	Autorizzazione o Accreditamento di soggetti pubblici e privati per l'erogazione di servizi sanitari	Autorizzazione o Accreditamento di soggetti pubblici e privati per l'erogazione di servizi sanitari	Servizio Ispettivo Accreditamento / Assistenza sanitaria Territoriale	2	5	3	5	4	4	2	1	4	1	2	8
	Direzione Lavori	Redazione Documenti Contabili (Misure e Contabilità)	Tecnico	3	5	1	5	4	4	0	1	3	1	1	5

				INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ[1]					media	INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO [2]				media	rischio
				D.1 Discrezionalità	D. 2 Rilevanza esterna	D.3 Complessità	D.4 Valore economico	D.5 Controlli		D.7 Impatto reputazionale	D.8 Impatto economico	D.9 Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	D.10 Impatto organizzativo		
Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o senza effetti economici diretti	**Prenotazione / Erogazione di prestazioni e servizi sanitari**	prenotazione prestazione sanitarie	Tutte le strutture che erogano servizi o autorizzano prestazioni sanitarie :Unità di degenza, Ambulatori, Cup, P.P.O.O., Servizi Distrettuali,ecc.	4	5	3	3	3	4	2	1	3	2	2	7
		erogazione prestazioni sanitarie	Tutti i professionisti sanitari dipendenti o convenzionati che erogano la prestazione; CUP; P.U.A.;	4	5	1	3	3	3	2	1	2	3	2	6
	Attività autorizzativa	Rilascio di autorizzazioni sanitarie o di pareri finalizzati al rilascio di concessioni	S.I.A.N. S.I.E.S.P Servizi Veterinari S.P.S.A.L. Comitato L.32/.....	2	5	1	3	4	3	1	1	3	4	2	7
		Gestione contratti strutture private accreditate	Assistenza Sanitaria Territoriale - Ufficio Monitoraggio Strutture Private accreditate	2	5	3	5	2	3	0	1	3	4	2	7
		gestione dei contratti di medici convenzionati (MMG, PLS, CA, Medicina Specialistica, Emergenza Territoriale) per agevolare determinati soggetti	Assistenza Sanitaria Territoriale - Ufficio Medicina Convenzionata	2	5	3	5	4	4	1	1	3	2	2	7
	Valutazioni medico legali	Valutazioni collegiali per: Invalidità civile;Dispensa dal servizio; comissione patenti; gravi patologie; collegio porto d'armi, collegio regime carcerario	Medicina Legale e Sicurezza Sociale medicina del Lavoro	1	2	1	2	5	2	1	1	4	4	3	6
	Valutazioni medico legali	Valutazioni medico legali con accertamenti monocratiche	Medicina Legale e Sicurezza Sociale medicina del Lavoro Medico competente	1	2	1	5	5	3	1	1	4	3	2	6
	Erogazione di assistenza protesica	Erogazione di assistenza protesica	Medici Prescrittori; UOC di Riabilitazione; Ufficio di Assistenza protesica;	2	5	3	5	5	4	1	1	3	4	2	9
	Inserimento in strutture Assistenziali/Riabilitative	Inserimento in strutture Assistenziali/Riabilitative	UVM; SERT; DSM;	2	5	1	3	3	3	1	1	3	1	2	4
	Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Riconoscimento diritto all'esenzione del Tiket	Tutte le strutture che erogano serviziSanitari; Distretti	1	5	1	3	3	3	2	1	1	2	2	4

				INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ[1]					media	INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO [2]				media	rischio
				D.1 Discrezionalità	D. 2 Rilevanza esterna	D.3 Complessità	D.4 Valore economico	D.5 Controlli		D.7 Impatto reputazionale	D.8 Impatto economico	D.9 Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	D.10 Impatto organizzativo		
Attività di Vigilanza Controllo e Ispezione	**Attività di controllo sulle strutture Sanitarie e socio assistenziali pubbliche e private**	Controllo Strutture Accreditate	NOC	1	5	3	3	4	3	1	1	3	5	3	8
	Sorveglianza sulle Farmacie e Parafarmacie	Sorveglianza sulle Farmacie e Parafarmacie	Servizio Farmeceutico Territoriale	1	5	1	5	4	3	1	1	3	3	2	6
	Attività di vigilanza, controllo e ispezione nelle materie di competenza del Dipartimento di Prevenzione	Attività di vigilanza, controllo e ispezione nelle materie di competenza del Dipartimento di Prevenzione	**Direzione Dipartimento di Prevenzione; S.I.A.N.; S.I.E.S.P; S.P.S.A.L; Servizi Veterinari Area I e II; Tutti i portatori di interesse**	3	5	1	5	2	3	2	1	3	4	3	8
Area Libera Professione	**Svolgimento Attività Intramoenia**	Svolgimento Attività Intramoenia	Tutti i professionisti abilitati	2	5	1	3	4	3	3	5	3	1	3	9
	Gestione e liquidazione dell'A. L.P.I.	Gestione e liquidazione dell'A. L.P.I.	Direzione Amministrativa e Sanitaria PP.OO.; Gestione del Personale	2	5	3	3	3	3	1	1	3	1	2	5
Area Gestione e maneggio di risorse economiche e finanziarie	**Liquidazione e pagamenti**	Liquidazione fatture	P.O: e Servizi addetti al riscontro/liquidazione fatture	4	2	3	5	2	3	1	1	1	3	2	5
		pagamento fatture	UOC Attività Economiche e Finanziarie	2	5	1	5	3	3	1	1	1	2	1	4
	Liquidazione competenze agli Eserci Farmaceutici	Liquidazione competenze alle Farmacie convenzionate	Servizio farmaceutico Territoriale/ Economico	2	5	1	5	4	3	1	1	3	2	2	6
	Incassi ticket/ Tariffe	Incassi ticket/ Tariffe	Tutte le UU.OO. interessate	4	2	1	3	5	3	2	1	1	1	1	4
Prenotazione/Erogazione di prestazioni e servizi sanitari	**Prenotazione/Erogazione di prestazioni e servizi sanitari**	Prenotazione prestazioni sanitarie/liste interventi chirurgici	Tutte le strutture che erogano servizi o autorizzano prestazioni sanitarie: Ambulatori, Cup, Servizi Distrettuali, unità di degenza, ecc.	4	5	2	3	3	3	3	1	3	1	2	7
		erogazione prestazioni sanitarie	Tutti i professionisti sanitari dipendenti o convenzionati che erogano la prestazione;	4	5	2	3	3	3	3	1	3	1	2	7
Gestione Presenze in servizio	**Rilevamento della presenza e dell'orario**	Attestazione presenze in servizio	Dipendenti/ Responsabili UU.OO / Gestione del Personale	1	2	1	3	3	2	3	1	1	1	2	3

AUSL 4 TERAMO

il meglio è nel tuo territorio

PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'
(2015-2017)

INDICE

Premessa

1. Organizzazione e funzioni dell'Azienda USL di Teramo

2. Procedimento di elaborazione e adozione del Programma

2.1 OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA DEFINITI DALLA DIREZIONE GENERALE - COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

2.2 STRUTTURE COINVOLTE PER L'INDIVIDUAZIONE DEI CONTENUTI DEL PROGRAMMA

2.3 MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER

2.4 TERMINI E MODALITA' DI ADOZIONE DEL PROGRAMMA

3. Iniziative di comunicazione della trasparenza

3.1 INIZIATIVE E STRUMENTI DI COMUNICAZIONE/SENSIBILIZZAZIONE PER LA DIFFUSIONE DEI CONTENUTI DEL PROGRAMMA E DELLA CULTURA DELLA TRASPARENZA E INTEGRITA'

3.2 ORGANIZZAZIONE DELLE GIORNATE DELLA TRASPARENZA

4. Processo di attuazione del programma

4.1 DIRIGENTI RESPONSABILI DELLA TRASMISSIONE, PUBBLICAZIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI - REFERENTI PER LA TRASPARENZA

4.2 MISURE ORGANIZZATIVE VOLTE AD ASSICURARE LA REGOLARITA' E LA TEMPESTIVITA' DEI FLUSSI INFORMATIVI

4.3 MISURE DI MONITORAGGIO E DI VIGILANZA SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

4.4 RILEVAZIONE DELL'EFFETTIVO UTILIZZO DEI DATI DA PARTE DEGLI UTENTI DELLA SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"

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

5. *"Dati ulteriori"*

ALLEGATO N. 1

PREMESSA

La trasparenza nei confronti dei cittadini e della collettività rappresenta lo strumento essenziale per assicurare i valori costituzionali dell'imparzialità e del buon andamento della Pubblica Amministrazione, favorendo un controllo sull'attività pubblica attraverso la conoscenza dei servizi resi dall'amministrazione, delle loro caratteristiche e delle modalità di erogazione.

La trasparenza è definita nell'art.1, comma 1, D.Lgs. 33/2013 "*come accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche*" .

Il rispetto pieno e diffuso degli obblighi di trasparenza è anche un valido strumento di prevenzione e di lotta alla corruzione, rende visibili i rischi di cattivo funzionamento, facilita la diffusione delle informazioni e delle conoscenze e consente la comparazione fra le diverse esperienze amministrative.

Le numerose disposizioni legislative in materia di obblighi di informazione, trasparenza e pubblicità da parte delle pubbliche amministrazioni, susseguitesi nel tempo e sparse in vari testi normativi, sono state riordinate, in un unico corpo normativo, dal D.Lgs. n. 33/2013, predisposto in attuazione dei principi e criteri di delega di cui all'art. 1, c. 35, della legge n. 190/2012 in materia di anticorruzione, il quale dispone che sul sito istituzionale sia resa accessibile e facilmente consultabile una sezione apposita, denominata "Amministrazione Trasparente", nella quale vanno pubblicati documenti, informazioni e dati concernenti l'organizzazione e l'attività della pubblica amministrazione.

Il Programma per la Trasparenza e l'integrità (PTTI) è il documento di programmazione triennale, da aggiornare annualmente, che individua le iniziative previste per garantire sia un adeguato livello di trasparenza e legalità sia lo sviluppo della cultura dell'integrità e costituisce uno degli strumenti attraverso il quale si realizza la prevenzione della corruzione ai sensi della L. n. 190/2012.

Elemento centrale della trasparenza è costituito dalla pubblicazione di dati ed informazioni sul sito internet istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente". In questo modo, attraverso la pubblicazione on line, si offre la possibilità agli stakeholder di conoscere le azioni ed i comportamenti strategici adottati, con il fine di sollecitarne ed agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento.

La verifica periodica dell'attuazione del PTTI, effettuata in modo continuo ed aperto, sia dagli operatori istituzionali preposti, sia dal pubblico, rappresenta uno stimolo per l'Azienda a migliorare costantemente la qualità delle informazioni a disposizione degli stakeholder.

Il presente Programma, valido per il triennio 2015-2017, è adottato dall'Azienda USL di Teramo in attuazione dell'art. 10 del D.Lgs. n. 33/2013 e secondo le indicazioni contenute nella delibera CIVIT n. 50/2013.

1. ORGANIZZAZIONE E FUNZIONI DELL'AZIENDA USL DI TERAMO

L'Azienda USL di Teramo, con sede legale in Circonvallazione Ragusa 1, Teramo, è un'Azienda con personalità giuridica pubblica dotata di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, così come previsto dalla normativa vigente. Il legale rappresentante è il Direttore Generale.

L'Azienda USL di Teramo persegue le finalità di promozione e tutela della salute fisico psichica nel rispetto della dignità e della libertà della persona, in attuazione degli obiettivi previsti dagli atti della programmazione sanitaria nazionale e regionale.

L'Azienda garantisce l'erogazione della globalità della copertura assistenziale come definita dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), nel rispetto dei fondamentali principi di universalità, di eguaglianza e di equità di accesso alle prestazioni, in una logica di appropriatezza, di libertà di scelta, di informazione e di partecipazione dei cittadini, di gratuità delle cure nei limiti stabiliti dalla legge.

L'organizzazione aziendale, pur presentandosi unitaria, assume a riferimento la separazione funzionale tra le responsabilità di governo, di indirizzo e di controllo svolte dalla direzione generale strategica e le responsabilità di produzione delle prestazioni e di organizzazione e gestione delle risorse a tal fine assegnate, svolte dalle strutture aziendali che operano nelle seguenti aree:

- Area ospedaliera
- Area territoriale
- Area della prevenzione
- Area amministrativa e tecnica

L'Area ospedaliera dell'Azienda USL di Teramo è articolata su quattro Presidi Ospedalieri di: Teramo, Atri, Giulianova e Sant'Omero, con le rispettive discipline specialistiche e di cui quello di Teramo costituisce il Presidio principale.

L'Area territoriale è presidiata da cinque Distretti Sanitari quali articolazioni organizzative che contribuiscono al raggiungimento della missione aziendale, assicurando alla popolazione residente la disponibilità, la fruibilità e l'accesso ai servizi, alle prestazioni sanitarie e a quelle sociali ad elevata integrazione sanitaria.

L'Area della prevenzione garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità degli ambienti di vita e di lavoro.

L'Area amministrativa, tecnico e logistica costituisce l'insieme delle strutture che operano a supporto delle strutture assistenziali.

L'organizzazione e il funzionamento dell'ASL sono compiutamente disciplinati dall'Atto Aziendale che definisce l'assetto e le funzioni delle strutture organizzative, ed è consultabile sul sito internet istituzionale www.aslteramo.it, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

2. PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE E ADOZIONE DEL PROGRAMMA

2.1 OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA DEFINITI DALLA DIREZIONE GENERALE - COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

La Direzione Generale, al fine della realizzazione di un'amministrazione aperta e al servizio del cittadino, individua in materia di trasparenza i seguenti obiettivi strategici:

- assicurare all'utenza adeguata informazione dei servizi resi dall'Azienda, delle loro caratteristiche qualitative e dimensioni quantitative, nonché delle loro modalità di erogazione, rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini;
- garantire, con le iniziative adottate in materia di trasparenza, l'integrità e la legalità dell'azione amministrativa, in tal modo rendendo conto della correttezza ed efficacia degli atti;
- consentire il controllo diffuso sulla performance aziendale.

Gli obiettivi del presente Programma sono formulati anche in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'Amministrazione, definita nel Piano della Performance.

Il Piano della Performance è il documento programmatico di durata triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, vengono individuati obiettivi, indicatori e risultati attesi per la gestione aziendale. Attraverso il Piano della Performance, la cui elaborazione dà avvio al ciclo della performance, è possibile definire e misurare la performance aziendale, valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione comprensibile agli stakeholder.

Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza, declinati nel presente PTTI, integrano la programmazione strategica del Piano della Performance e si traducono in obiettivi operativi, finalizzati all'attuazione del principio della trasparenza, da assegnare annualmente alle varie strutture aziendali.

Il PTTI, rappresentando uno degli aspetti fondamentali della fase di pianificazione strategica all'interno del ciclo della performance, permette di rendere pubblici agli stakeholder di riferimento i programmi di attività, il loro stato di attuazione ed i risultati conseguiti.

2.2 STRUTTURE COINVOLTE PER L'INDIVIDUAZIONE DEI CONTENUTI DEL PROGRAMMA

Il PTTI, adottato dal Direttore Generale, viene aggiornato annualmente.

Alla promozione e al coordinamento del processo di formazione e aggiornamento del PTTI concorrono:

- la Direzione Generale, che avvia il processo, individuando gli obiettivi strategici, e indirizza le attività;
- il Responsabile della Trasparenza, che controlla il procedimento di elaborazione e aggiornamento del Programma, predisponendone i contenuti sulla base dei contributi di tutti gli attori coinvolti;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che, in qualità di "responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti" predisposti dall'A.N.A.C. (ex CIVIT), esercita una attività di impulso per l'elaborazione del Programma e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità.

Per l'individuazione dei contenuti del Programma, in particolare per l'individuazione degli obblighi di pubblicazione rientranti nell'ambito soggettivo di competenza ASL, per la definizione delle modalità e dei tempi di attuazione degli obblighi medesimi nonché delle ulteriori iniziative da promuovere, sono stati coinvolti i Responsabili delle seguenti strutture aziendali:

- Acquisizione beni e servizi
- Affari Generali

- Attività Tecniche e gestione del patrimonio
- Controllo di Gestione
- Gestione del Personale
- Programmazione e gestione economico finanziaria
- Formazione e Qualità
- Sistemi informativi
- Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Coordinamento Direzioni dei Presidi ospedalieri
- Coordinamento Assistenza sanitaria territoriale
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale

I Dirigenti delle strutture aziendali coinvolte hanno individuato, ciascuno per l'ambito di competenza, il personale che si occuperà della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati inerenti alle materie di rispettivo interesse, nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale.

2.3 COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER

Sono stati individuati una serie di stakeholder, interni ed esterni all'azienda, con cui si attiveranno modalità di confronto nella fase di realizzazione degli adempimenti previsti nel PTTI. Si riportano di seguito i principali stakeholder individuati, distinti per tipologia e denominazione:

TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE
Organizzazioni Sindacali	Rappresentanze Sindacali Unitarie (RSU)
	Organizzazioni sindacali di categoria del Comparto
	Organizzazioni sindacali della Dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza SPTA e della medicina convenzionata e la specialistica ambulatoriale
Organismi rappresentativi del personale	Comitato Unico di Garanzia Azienda USL Teramo Ordini e Collegi professionali
Organizzazioni non lucrative di tutela dei diritti dei cittadini	CITTADINANZATTIVA Tribunale dei diritti del malato – Tutte le ONLUS iscritte nel Registro regionale delle associazioni di volontariato, nei settori: sociosanitario e sicurezza sociale, attive sul territorio provinciale Associazioni dei consumatori

Nella fase di attuazione del PTTI il coinvolgimento degli stakeholder si realizza attraverso la raccolta di feedback, ovvero di "risposte", provenienti dagli stessi, sul livello di utilizzazione e di utilità dei dati pubblicati, oltre che degli eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate oppure in merito a ritardi e inadempienze riscontrate.

A tal fine, entro il primo semestre del 2015, saranno definite modalità per rilevare il livello di soddisfazione degli utenti in relazione all'accesso, alla chiarezza ed alla utilizzabilità dei dati pubblicati e per la presentazione di osservazioni o reclami.

L'utenza, inoltre, può fare pervenire richieste o osservazioni anche tramite l'istituto dell'Accesso Civico di cui al successivo paragrafo 4.

2.4 TERMINI E MODALITA' DI ADOZIONE DEL PROGRAMMA

In relazione alle disposizioni della delibera CIVIT n. 50/2013 e dell'Intesa Stato – Regioni del 24.7.2013 per l'attuazione della L. n. 190/2012, il presente PTTI, in quanto coordinato al Piano triennale di Prevenzione della Corruzione, è aggiornato entro il 31 gennaio 2015.

L'adozione avviene con atto deliberativo del Direttore Generale su proposta del Responsabile della Trasparenza.

Dopo l'adozione il Programma è pubblicato sul sito istituzionale nella apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente.

3. INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA

3.1 INIZIATIVE E STRUMENTI DI COMUNICAZIONE/SENSIBILIZZAZIONE PER LA DIFFUSIONE DEI CONTENUTI DEL PROGRAMMA E DELLA CULTURA DELLA TRASPARENZA E INTEGRITA'

Le iniziative per la trasparenza rappresentano un momento di confronto e di ascolto per conseguire alcuni degli obiettivi fondamentali della trasparenza stessa.

Nel corso della prima annualità del PTTI non è stato possibile, per difficoltà organizzative, dare attuazione a parte degli strumenti di diffusione dei contenuti del PTTI e della cultura della trasparenza previsti.

Si ribadisce l'importanza di garantire la diffusione dei contenuti del PTTI e della cultura della trasparenza e dell'integrità nell'Azienda USL di Teramo e, a tale scopo, strumenti prevalenti di comunicazione saranno: le Giornate della Trasparenza ed il sito web aziendale.

Al fine di rendere noto lo stato dell'arte sugli obblighi di trasparenza e sul grado di partecipazione e utilizzo dei dati pubblicati, nonché per sensibilizzare gli stakeholder e gli operatori dell'azienda USL in tema di trasparenza, verranno attivati, prevalentemente attraverso il sito web aziendale (www.aslteramo.it), diversi strumenti e modalità di comunicazione (Tab. 1).

Tab.1 – *Strumenti per la diffusione dei contenuti del PTTI e della cultura della trasparenza.*

Strumenti di diffusione	Destinatari	Ufficio preposto	Periodicità / tempistica
Report semestrale sullo stato dell'arte degli obblighi di pubblicazione	Stakeholder e operatori Azienda USL	Responsabile Trasparenza	30/06/2015
Report semestrale sul grado di partecipazione e sull'utilizzo dei dati pubblicati su "Amministrazione Trasparente"	Stakeholder e operatori Azienda USL	UOC Sistemi Informativi	30/06/2015
Attivazione sistema di ascolto di richieste/segnalazioni	Stakeholder e operatori Azienda USL	Ufficio Relazioni con il Pubblico	31/03/2015
Newsletter su obiettivi/azioni/contenuti del PTTI e buone pratiche implementate	Stakeholder e operatori Azienda USL	Responsabile Trasparenza	31/05/2015

Per promuovere lo sviluppo della cultura della trasparenza e dell'integrità verranno realizzati specifici incontri di aggiornamento del personale sui principi, valori e doveri richiamati dal Codice Aziendale di Comportamento.

3.2 ORGANIZZAZIONE DELLE GIORNATE DELLA TRASPARENZA

Con cadenza annuale sarà organizzata la Giornata della Trasparenza, quale iniziativa principale per diffondere i contenuti del PTTI e per la raccolta di nuove esigenze che dovessero emergere nel corso delle iniziative svolte.

La Giornata della Trasparenza rappresenta un momento di confronto e di ascolto dei cittadini per garantirne la partecipazione nell'individuazione delle informazioni di concreto interesse per la collettività degli utenti ed il coinvolgimento nell'attività dell'amministrazione al fine di migliorare la qualità dei servizi e il controllo sociale.

Oltre che a diffondere i contenuti del PTTI, la Giornata della Trasparenza è dedicata alla presentazione del Piano della Performance. Ulteriori contenuti potranno essere definiti anche coinvolgendo in via preventiva gli stakeholder, per finalizzare l'organizzazione della giornata alle concrete esigenze di conoscenza dei partecipanti. In ogni caso sarà dato ampio spazio di intervento dei partecipanti e di dibattito.

Gli elementi risultanti dal confronto realizzato durante la Giornata della Trasparenza sono riutilizzati per la rielaborazione annuale dei documenti del ciclo della performance e per il miglioramento dei livelli di trasparenza.

4. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA

4.1 DIRIGENTI RESPONSABILI DELLA TRASMISSIONE, PUBBLICAZIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI - REFERENTI PER LA TRASPARENZA

Nel presente documento vengono individuati i soggetti responsabili e le categorie di dati da pubblicare.

La Legge n. 190/2012 e il D.Lgs. n. 33/2013 prevedono già in forma analitica il contenuto minimo e la relativa organizzazione dei dati e delle informazioni che devono essere pubblicate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale www.aslteramo.it.

Nella tabella allegata (All. n. 1) sono esplicitati i suddetti obblighi di pubblicazione ed è definito, per ciascun obbligo, il programma operativo da attuare.

A seguito del monitoraggio degli obblighi di pubblicazione previsti ed al fine di consentire una immediata visualizzazione dello stato dell'arte degli adempimenti, nell'allegata tabella vengono riportate, con distinte evidenziazioni, le informazioni pubblicate in maniera esaustiva, quelle incomplete ed quelle che, per ragioni connesse all'adeguamento degli strumenti dell'Information Technology (IT) e ad una carente cultura della trasparenza, sono ancora assenti.

I responsabili della trasmissione, della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati in "Amministrazione Trasparente" sono i Dirigenti Responsabili delle Strutture indicate nella tabella succitata. Tali responsabilità potranno essere soggette a revisione in relazione alla riorganizzazione conseguente al nuovo Atto Aziendale ancora in fase di perfezionamento.

Il Dirigente Responsabile di ciascuna Struttura ha la piena ed esclusiva responsabilità della esattezza, compiutezza e tempestività dei dati, sia in caso di pubblicazione diretta sia in caso di trasmissione dei dati al soggetto individuato per la pubblicazione.

I Dirigenti responsabili delle strutture aziendali rispondono dell'adempimento degli obblighi di trasparenza di cui al presente Programma.

Il Responsabile della Trasparenza svolge funzioni di coordinamento delle attività dei Referenti mediante:

- comunicazioni, informazioni ed eventuali disposizioni operative;
- organizzazione di gruppi di lavoro;
- qualsiasi altra modalità adeguata ai fini dell'esercizio della propria attività di coordinamento.

4.2 MISURE ORGANIZZATIVE VOLTE AD ASSICURARE LA REGOLARITA' E LA TEMPESTIVITA' DEI FLUSSI INFORMATIVI

A livello organizzativo, ai fini dell'attuazione del Programma, vengono messe in atto le seguenti misure:

a) incontri con i Dirigenti delle Strutture coinvolte finalizzati ad individuare eventuali criticità e a pianificare azioni (incluse metodologie, strumenti e risorse necessarie) di miglioramento da attuare;

b) relazione semestrale, da parte dei suddetti Dirigenti, sugli adempimenti degli obblighi di pubblicazione di rispettiva competenza, fermo restando il dovere di segnalare tempestivamente al responsabile della trasparenza eventuali problematiche riscontrate nell'adempimento di detti obblighi;

c) organizzazione e pubblicazione dei dati secondo le prescrizioni di carattere tecnico stabilite dalle rispettive norme di riferimento, previo adeguamento dei sistemi di Information Technology (IT) utilizzati per la produzione dei dati di interesse qualora le modalità di produzione degli stessi non rispecchino le prescrizioni di carattere tecnico previste dalla normativa;

d) completamento del trasferimento delle informazioni già presenti sul sito nelle opportune sezione di "Amministrazione Trasparente", previa analisi dell'esistente, al fine di selezionare ed elaborare i dati da pubblicare anche in termini di chiarezza ed usabilità, cui dovrà seguire l'integrazione dei dati mancanti, arricchendo così gradualmente la quantità di informazioni a disposizione del cittadino, al fine di garantire una sempre maggiore conoscenza degli aspetti riguardanti l'attività dell'azienda;

e) adozione delle misure di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti in relazione all'accesso, alla chiarezza ed alla utilizzabilità dei dati pubblicati (punto 2.3), al fine di assicurare un coinvolgimento continuo e costante della cittadinanza ed aiutare l'Amministrazione nel compito di garantire la qualità delle informazioni;

f) incremento delle azioni interne per promuovere la cultura della trasparenza e della legalità dell'azione amministrativa mediante la programmazione di specifiche iniziative formative dirette al personale dipendente.

g) azioni di sensibilizzazione, finalizzate a garantire completezza e tempestività nella pubblicazione dei dati secondo il programma operativo allegato (ALL. n.1).

Tutte le azioni dirette a garantire regolarità e tempestività dei flussi informativi individuate nei punti precedenti saranno valutate e messe in atto con il coinvolgimento dei Dirigenti responsabili e degli operatori delle Strutture interessate.

In considerazione della persistente necessità di adeguare i sistemi di Information Technology (IT) utilizzati per la produzione di alcuni dei dati da pubblicare ed assicurare la regolarità e tempestività dei flussi informativi, anche per la presente annualità 2015 continuerà la fase di messa a regime di tutti gli obblighi di pubblicazione vigenti.

4.3 MISURE DI MONITORAGGIO E DI VIGILANZA SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

La vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza implica una attività di monitoraggio periodico sia da parte del Responsabile della Trasparenza sia da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

A tal fine il Responsabile della Trasparenza provvede a:

a) monitorare sistematicamente l'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Nel caso in cui si riscontrino inadempienze di livello significativo, rispetto alla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, il Responsabile solleciterà il Referente interessato a provvedere in merito in un termine concordato; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il Responsabile provvede a darne segnalazione alla Direzione Generale, all'Organismo Indipendente di Valutazione e/o agli altri organismi che, in base alle circostanze, risultano interessati;

b) predisporre, sulla base di report forniti dai Referenti, una relazione - con cadenza semestrale - sullo stato di attuazione del PTTI; la relazione è trasmessa alla Direzione Generale e all'Organismo Indipendente di Valutazione e pubblicata sul sito web aziendale;

c) supportare l'Organismo Indipendente di Valutazione aziendale ai fini dello svolgimento delle attività di competenza, mediante la predisposizione di una tabella di riscontro degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa;

d) predisporre eventuali ulteriori programmi operativi in conseguenza delle azioni di monitoraggio sopra evidenziate.

L'Organismo Indipendente di Valutazione ha il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento da parte dell'Azienda degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità.

L'OIV provvede alle verifiche di propria competenza con le modalità e le tempistiche definite dall'A.N.A.C.; i relativi esiti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale.

L'OIV svolge i propri compiti anche attraverso un'attività di audit e tiene conto dell'apporto delle diverse strutture all'attuazione del PTTI ai fini della misurazione e valutazione della performance dei Dirigenti delle strutture medesime.

4.4 RILEVAZIONE DELL'EFFETTIVO UTILIZZO DEI DATI DA PARTE DEGLI UTENTI DELLA SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"

L'UOC Sistemi informativi predispone con cadenza semestrale un report di rilevazione del numero di accessi al sito web aziendale e del numero di contatti alla sezione "Amministrazione Trasparente" da parte degli utenti; il report è trasmesso al Responsabile della Trasparenza che ne cura la pubblicazione sullo stesso sito.

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

L'istituto dell'Accesso Civico rappresenta una delle principali novità della recente normativa in materia di trasparenza.

L'accesso civico è il diritto di chiunque di richiedere i documenti e le informazioni che le pubbliche amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del decreto legislativo n. 33/2013, laddove abbiano omesso di renderli disponibili nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale.

L'accesso civico è un diritto che può essere esercitato da chiunque, è gratuito e non necessita di motivazione. La richiesta va indirizzata al Responsabile della Trasparenza.

Per assicurare l'efficacia di tale diritto, sia nella home page del sito web aziendale sia nella sezione "Amministrazione Trasparente" (sotto la voce Altri contenuti – Accesso Civico), sono pubblicati un vademecum informativo sull'esercizio del diritto, la modulistica utilizzabile, i dati relativi al Responsabile della Trasparenza, a cui indirizzare la richiesta, e al titolare del potere sostitutivo, con i relativi recapiti.

L'istituto dell'Accesso Civico non sostituisce il diritto di accesso di cui alla legge 241 del 1990 : quest'ultimo, infatti, è uno strumento finalizzato a proteggere interessi giuridici particolari da parte di soggetti che sono portatori di un "interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso" (art. 22, comma 1, lett. b) della legge n. 241 del 1990) e si esercita con la visione o l'estrazione di copia di documenti amministrativi. Diversamente, l'Accesso Civico non necessita di una particolare legittimazione e riguarda tutte le informazioni e i dati che, ai sensi del d.lgs. n. 33/2013 e delle altre disposizioni vigenti, le pubbliche amministrazioni devono pubblicare.

5. DATI ULTERIORI

Terminata la fase di completamento delle pubblicazioni come prevista nel programma operativo allegato (All. n. 1), l'Azienda potrà individuare, anche sulla base di osservazioni/suggerimenti segnalati dagli stakeholder, ulteriori dati oggetto di pubblicazione.

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti

Pubblicazioni da aggiornare/completare

Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
Programma per la Trasparenza e l'Integrità	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Programma per la Trasparenza e l'Integrità	Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e relativo stato di attuazione (art. 10, cc. 1, 2, 3, d.lgs. 33/2013)	Annuale (art. 10, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile aziendale per la Trasparenza	Responsabile aziendale per la Trasparenza
Attestazione OIV	art. 14 c. 4 D.Lgs. 150/2009	Attestazioni OIV o struttura analoga	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere ANAC	Presidente OIV	
Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link 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)	Responsabile UOC Affari Generali	Rossella Di Marzio dirigente amm.vo UOC Gestione del Personale
		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)	Responsabili Unità Operative interessate	Rossella Di Marzio dirigente amm.vo UOC Gestione del Personale
	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)	Responsabili Unità Operative interessate	Rossella Di Marzio dirigente amm.vo UOC Gestione del Personale
	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 Ufficio Procedimenti Disciplinari	Rossella Di Marzio dirigente amm.vo UOC Gestione del Personale
Scadenzario obblighi amministrativi	Art. 29, l.n. 98/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni (secondo le modalità determinate con uno o più D.P.C.M. da adottare entro 90 gg. dall'entrata in vigore del d.l. n. 69/2013)	Tempestivo		
Burocrazia zero	Art. 37, l.n. 98/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Tempestivo		

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti

Pubblicazioni da aggiornare/completare

Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Articolazione degli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico	Lidia Bocci Collaboratore tecnico, Ufficio Relazioni con il Pubblico
	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			
	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Competenze e risorse a disposizione di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale			
	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici			
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)	Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico	Lidia Bocci Collaboratore tecnico, Ufficio Relazioni con il Pubblico
Consulenti e collaboratori	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 Art. 15, c. 1, lett. d), 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) per i quali è previsto un compenso con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato Per ciascun titolare di incarico: 1) curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo 2) 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabili Unità Operative interessate	Caterina Stranieri, collaboratore amm.vo, UOC Gestione del Personale

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti
Pubblicazioni da aggiornare/completare
Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
	Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		componenti variabili o legate alla valutazione del risultato 3) 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			
		Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica) Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Tempestivo	Responsabile UOC Gestione del Personale	Caterina Stranieri, collaboratore amm.vo, UOC Gestione del Personale
Incarichi amministrativi di vertice (Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo)	Art. 41, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	SSN- Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Estremi ed atti di conferimento di incarichi amministrativi di vertice a soggetti dipendenti della pubblica amministrazione (N.B. sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Coordinamento di Staff	Daniele Sorgi, collaboratore amm.vo, UOC Affari Generali
			Estremi ed atti di conferimento di incarichi amministrativi di vertice a soggetti estranei alla pubblica amministrazione con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato (N.B. sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Incarichi amministrativi di vertice (Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo)	Art. 41, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	SSN - Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico: 1) curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Coordinamento di Staff	Daniele Sorgi, collaboratore amm.vo, UOC Affari Generali
			2) compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013		
			3) dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali (comprese le prestazioni svolte in regime intramurario), e relativi compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013		

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti
Pubblicazioni da aggiornare/completare
Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		4) dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		5) dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		
Dirigenti (Responsabili di Dipartimento e Responsabili di strutture semplici e complesse)	Art. 41, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	SSN - Dirigenti (da pubblicare in tabelle)	Bandi e avvisi di selezione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile UOC Gestione del Personale	Sergio Ciarrocchi, collaboratore amm.vo, UOC Gestione del Personale
			Informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Art. 41, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Estremi ed atti di conferimento di incarichi dirigenziali di responsabile dipartimento e di strutture semplici e complesse a soggetti dipendenti della pubblica amministrazione (N.B. sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
			Estremi ed atti di conferimento di incarichi dirigenziali di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse a soggetti estranei alla pubblica amministrazione con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato (N.B. sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Dirigenti (Responsabili di Dipartimento e Responsabili di strutture semplici e complesse)	Art. 41, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	SSN - Dirigenti (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico di responsabile di dipartimento e di struttura complessa: 1) curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile UOC Gestione del Personale	Massimo Cordivani, UOC Sistemi Informativi
			2) compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti

Pubblicazioni da aggiornare/completare

Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
			3) dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali (comprese le prestazioni svolte in regime intramurario), e relativi compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Posizioni organizzative	Art. 10, c. 8, lett. d), 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)	Responsabile UOC Gestione del Personale	Massimo Cordivani, UOC Sistemi Informativi
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)		Sergio Ciarrocchi, collaboratore amm.vo, UOC Gestione del Personale
	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)		Sergio Ciarrocchi, collaboratore amm.vo, UOC Gestione del Personale
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 ed elenco dei titolari dei contratti a tempo determinato, con l'indicazione delle diverse tipologie di rapporto, della distribuzione di questo personale tra le diverse qualifiche e aree professionali, 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)	Responsabile UOC Gestione del Personale	Dott.ssa Cinzia Ferri, collaboratore amm.vo, UOC Gestione del Personale
	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, articolato per aree professionali, 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)	Responsabile UOC Gestione del Personale	Sergio Ciarrocchi, collaboratore amm.vo, UOC Gestione del Personale

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti
Pubblicazioni da aggiornare/completare
Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza (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)	Responsabile UOC Gestione del Personale	Maria Misuraca, assistente amm.vo UOC Gestione del Personale
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente, con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico 2012	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n.33/2013)	Responsabile UOC Gestione del Personale	Manente Fabio, coadiutore amm.vo UOC Gestione del Personale
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)	Responsabile UOC Gestione del Personale	Sergio Ciarrocchi, collaboratore amm.vo, UOC Gestione del Personale
Contrattazione integrativa	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)	Responsabile UOC Gestione del Personale	Sergio Ciarrocchi, collaboratore amm.vo, UOC Gestione del Personale
	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)	Responsabile UOC Gestione del Personale	Sergio Ciarrocchi, collaboratore amm.vo, UOC Gestione del Personale
Bandi di concorso	Art. 19, c. 1, 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile UOC Gestione del Personale	Cinzia Ferri, collaboratore amm.vo, UOC Gestione del Personale
	Art. 19, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Elenco dei bandi espletati (da pubblicare in tabelle)	Elenco dei bandi in corso e dei bandi espletati nel corso dell'ultimo triennio con l'indicazione, per ciascuno di essi, del numero dei dipendenti assunti e delle spese effettuate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile UOC Gestione del Personale	
	Art. 23, cc. 1 e 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi alle procedure	Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera	Tempestivo	Responsabile UOC Gestione del Personale	

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti
Pubblicazioni da aggiornare/completare
Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
	Art. 1, c. 16, lett. d), l. n. 190/2012	selettive (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuno dei provvedimenti: 1) oggetto 2) eventuale spesa prevista 3) estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento			
OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi, curricula e compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs.n. 33/2013)	Responsabile UOC Gestione del Personale	Caterina Stranieri, collaboratore amm.vo, UOC Gestione del Personale
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	Responsabile UOC Servizio Controllo di Gestione	Caterina Stranieri, collaboratore amm.vo, Segreteria OIV
Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile UOC Servizio Controllo di Gestione	Caterina Stranieri, collaboratore amm.vo, Segreteria OIV
Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo(ex art. 8, d.lgs.n. 33/2013)	Responsabile UOC Servizio Controllo di Gestione	Caterina Stranieri, collaboratore amm.vo, Segreteria OIV
Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance	Par. 2.1, delib. CiVIT n. 6/2012	Documento OIV di validazione della Relazione sulla Performance	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Presidente OIV	Caterina Stranieri, collaboratore amm.vo, Segreteria OIV
Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni	Par. 4, delib. CiVIT n. 23/2013	Relazione OIV sul funzionamento del Sistema	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	Caterina Stranieri, collaboratore amm.vo, Segreteria OIV
Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati 2013	Tempestivo(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile UOC Gestione del Personale	Daniela Alonzo, assistente amm.vo UOC Gestione del

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti
Pubblicazioni da aggiornare/completare
Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
		(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Personale
Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Entità del premio mediamente conseguibile dal personale dirigenziale e non dirigenziale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs.n. 33/2013)		
			Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi			
			Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti			
Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs.n. 33/2013)	Presidente OIV	Caterina Stranieri, collaboratore amm.vo, Segreteria OIV
Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati in attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Annuale La prima pubblicazione decorre dal termine di sei mesi dall'entrata in vigore del decreto	Responsabile UOC Affari Generali	Rita Crocetti, collaboratore amm.vo UOC Affari Generali
Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento: 1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile UOC Affari Generali Responsabile UOC Gestione del Personale Responsabile UOC Acquisizione beni e servizi Responsabile UOC Attività tecniche Responsabile amm.vo Presidi Ospedalieri, Responsabile Coordinamento	Rita Crocetti, collaboratore amm.vo UOC Affari Generali Claudia Dei Giudici, collaboratore amm.vo UOC Gestione del Personale Franco Baiocchi, dirigente UOC Acquisizione beni e servizi Alessandro Iannetti, collaboratore amm.vo
	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) nome del responsabile 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)		

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti

Pubblicazioni da aggiornare/completare

Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
	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 riguardino	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs.n. 33/2013)	assistenza sanitaria territoriale, Responsabile Dipartimento di Prevenzione	Presidi ospedalieri Roberto Breda, Marco Cimini, Leo Franceschini, Attività tecniche, Valerio Profeta, Coordinamento assistenza sanitaria territoriale, Renata Marcantonio, Dipartimento di Prevenzione
	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)		
	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)		
Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	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)	Responsabile UOC Programmazione e Gestione Economico Finanziaria	Antonella Di Silvestre, UOC Programmazione economico-finanziaria

Legenda

- Obblighi di pubblicazione compiuti
- Pubblicazioni da aggiornare/completare
- Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
	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)	Dirigente/Direttore sovraordinato al soggetto tenuto all'adempimento	Rita Crocetti, collaboratore amm.vo
	Art. 35, c. 1, lett. n), d.lgs. n. 33/2013		12) risultati delle indagini di customer satisfaction condotte sulla qualità dei servizi erogati attraverso diversi canali, con il relativo andamento	Tempestivo(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile UOC Formazione Aggiornamento e Qualità	Annabruna Pedicone, Ass.sociale UOC Qualità e formazione
	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per i procedimenti ad istanza di parte: 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)	Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico	Lidia Bocci Collaboratore tecnico, Ufficio Relazioni con il Pubblico
Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, l. n. 190/2012	Singoli procedimenti di autorizzazione e concessione (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun procedimento di autorizzazione o concessione: 1) contenuto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile UOC Affari Generali Responsabile UOC Gestione del Personale Responsabile UOC Acquisizione beni e servizi Responsabile UOC Attività tecniche Responsabile amm.vo Presidi Ospedalieri Responsabile Coordinamento assistenza sanitaria territoriale, Dipartimento di	Rita Crocetti, collaboratore amm.vo UOC Affari Generali Claudia Dei Giudici, collaboratore amm.vo UOC Gestione del Personale Franco Baiocchi, dirigente UOC Acquisizione beni e servizi Alessandro Iannetti, collaboratore amm.vo Presidi ospedalieri Roberto Breda, Marco Cimini, Leo
	Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, l. n. 190/2012		2) oggetto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, l. n. 190/2012		3) eventuale spesa prevista	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Tipologie di procedimento	Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, l. n. 190/2012		4) estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento con indicazione del responsabile del procedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti

Pubblicazioni da aggiornare/completare

Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
	Art. 2, c. 9-bis, l. n. 241/1990		Per ciascun procedimento nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo per la conclusione del procedimento	Tempestivo	Prevenzione,	Franceschini, Attività tecniche Valerio Profeta, Coordinamento assistenza sanitaria territoriale, Renata Marcantonio, Dipartimento di Prevenzione
	Art. 1, c. 29, l. n. 190/2012		Indirizzo di posta elettronica certificata a cui il cittadino possa trasmettere istanze e ricevere informazioni circa i provvedimenti e i procedimenti amministrativi che lo riguardano	Tempestivo		
Monitoraggi tempi procedimentali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedimentali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	Tempestivo(ex art. 8, d.lgs.n. 33/2013)	Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico	Lidia Bocci Collaboratore tecnico, Ufficio Relazioni con il Pubblico
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 procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico	Lidia Bocci Collaboratore tecnico, Ufficio Relazioni con il Pubblico
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Convenzioni-quadro	Convenzioni-quadro volte a disciplinare le modalità di accesso ai dati da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico	Lidia Bocci Collaboratore tecnico, Ufficio Relazioni con il Pubblico
		Modalità per l'acquisizione d'ufficio dei dati	Ulteriori modalità per la tempestiva acquisizione d'ufficio dei dati	Tempestivo(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Modalità per lo svolgimento dei controlli	Ulteriori modalità per lo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive da parte delle amministrazioni procedenti	Tempestivo(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n.	Responsabile UOC Affari Generali	Rita Crocetti,

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti
Pubblicazioni da aggiornare/completare
Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
		(da pubblicare in tabelle)	concessione; scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera; accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche	33/2013		
	Art. 23, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Per ciascuno dei provvedimenti: 1) contenuto 2) oggetto 3) eventuale spesa prevista 4) estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti dirigenti ammnistrativi (da pubblicare in tabelle)	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera; accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile UOC Affari Generali	Rita Crocetti,
	Art. 23, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Per ciascuno dei provvedimenti: 1) contenuto 2) oggetto 3) eventuale spesa prevista 4) estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento Fermo al 1° semestre 2014	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
Controlli sulle imprese	Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile UOC Acquisizione Beni e Servizi Responsabile UOC	Franco Baiocchi, Marco Cimini, Felice Di Egidio

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti
Pubblicazioni da aggiornare/completare
Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
	Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio Responsabile Dipartimento di Prevenzione	
Bandi di Gara e Contratti	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 63, 66, d.lgs. n. 163/2006	Avviso di preinformazione	Avviso di preinformazione	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	Responsabile UOC Acquisizione Beni e Servizi Responsabile UOC Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio	Franco Baiocchi, Marco Cimini
	Art. 37, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre, nell'ipotesi di procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006		
	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 122, d.lgs. n. 163/2006	Avvisi, bandi ed inviti	Avvisi, bandi e inviti per contratti di lavori sottosoglia comunitaria	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006		
	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 122, d.lgs. n. 163/2006		Avvisi, bandi e inviti per contratti di servizi e forniture sottosoglia comunitaria	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006		

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti
Pubblicazioni da aggiornare/completare
Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 206, d.lgs. n. 163/2006		Avvisi, bandi e inviti per contratti di lavori soprasoglia comunitaria	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006		
	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 206, d.lgs. n. 163/2006		Avvisi, bandi e inviti per contratti di servizi e forniture soprasoglia comunitaria	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006		
	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 206, d.lgs. n. 163/2006		Bandi e avvisi per appalti di lavori nei settori speciali	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	Responsabile UOC Acquisizione Beni e Servizi Responsabile UOC Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio	
	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 206, d.lgs. n. 163/2006		Bandi e avvisi per appalti di servizi e forniture nei settori speciali	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006		
	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 65, 66, d.lgs. n. 163/2006	Avvisi sui risultati della procedura di affidamento	Avviso sui risultati della procedura di affidamento	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006		

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti
Pubblicazioni da aggiornare/completare
Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 223, d.lgs. n. 163/2006	Avvisi sistema di qualificazione	Avvisi periodici indicativi e avvisi sull'esistenza di un sistema di qualificazione - settori speciali	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006		
	Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013	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 con Comunicato del Presidente dell'AVCP del 22 maggio 2013)	Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	Responsabile UOC Acquisizione Beni e Servizi Responsabile UOC Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio	Franco Baiocchi, Marco Cimini
	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Struttura proponente	Tempestivo		
	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Oggetto del bando	Tempestivo		
	Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Procedura di scelta del contraente	Tempestivo		
	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento	Tempestivo		
	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Aggiudicatario	Tempestivo		
	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Importo di aggiudicazione	Tempestivo		
	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura	Tempestivo		

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti
Pubblicazioni da aggiornare/completare
Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Importo delle somme liquidate	Tempestivo	Responsabile UOC Programmazione e Gestione Economico Finanziaria	Antonella Di Silvestre
	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		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)		
Criteri e modalità	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)	Responsabile Coordinamento assistenza territoriale	Valerio Profeta, Coordinamento assistenza territoriale
Atti di Concessione	Art. 26, c. 2, 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) N.B. è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio	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)	Responsabile Coordinamento assistenza territoriale	Valerio Profeta, Coordinamento assistenza territoriale

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti

Pubblicazioni da aggiornare/completare

Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
		economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013				
Atti di Concessione	Art. 27, c. 1, lett. a), 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) N.B. 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	Per ciascuno: 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)	Responsabile Coordinamento assistenza territoriale	Valerio Profeta,
	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)		
	Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
	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)		
	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)		
	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)		
	Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti
Pubblicazioni da aggiornare/completare
Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
Atti di Concessione	Art. 27, c. 2, 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) N.B. 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	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)	Responsabili UU.OO. interessate	Referenti indicati dai Responsabili delle UU.OO. interessate
	Art. 1, D.P.R. n. 118/2000	Albo dei beneficiari	Albo dei soggetti, ivi comprese le persone fisiche, cui sono stati erogati in ogni esercizio finanziario contributi, sovvenzioni, crediti, sussidi e benefici di natura economica a carico dei rispettivi bilanci	Annuale	Responsabili UU.OO. interessate	Referenti indicati dai Responsabili delle UU.OO. interessate
Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012 Art. 32, c. 2, l. n. 69/2009 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	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)	Responsabile UOC Programmazione e Gestione Economico Finanziaria	Ialea Guidobaldi, UOC Programmazione economico-finanziaria

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti
Pubblicazioni da aggiornare/completare
Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012 Art. 32, c. 2, l. n. 69/2009 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	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)		
Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	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)	Responsabile UOC Programmazione e Gestione Economico Finanziaria	Ialea Guidobaldi, UOC Programmazione economico-finanziaria
Beni immobili e gestione patrimonio	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile UOC Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio	Roberto Breda
	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)	Responsabile UOC Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio	Roberto Breda
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Rilievi organi di controllo e revisione	Rilievi non recepiti, unitamente agli atti cui si riferiscono, degli organi di controllo interno, degli organi di revisione amministrativa e contabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile UOC Affari Generali	Rita Crocetti,
	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi ancorché recepiti, unitamente agli atti cui si riferiscono, della Corte dei conti riguardanti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione o di singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
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)	Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico	Lidia Bocci

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti

Pubblicazioni da aggiornare/completare

Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Responsabile UOC Affari Generali	Rita Crocetti,
	Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo		
	Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo		
Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012 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, evidenziando quelli effettivamente sostenuti e quelli imputati al personale per ogni servizio erogato e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile UOC Servizio Controllo di Gestione	Riccardo Baci,
Tempi medi di erogazione dei servizi	Art. 32, c. 2, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Tempi medi di erogazione dei servizi (da pubblicare in tabelle)	Tempi medi di erogazione dei servizi (per ogni servizio erogato) agli utenti, sia finali che intermedi, con riferimento all'esercizio finanziario precedente	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile CUP e liste di attesa	Gianfranco Di Ridolfo
Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (da pubblicare in tabelle)	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)	Responsabile CUP e liste di attesa	Gianfranco Di Ridolfo
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 e forniture (indicatore di tempestività dei pagamenti)	Annuale e Trimestrale (art. 33, c.1, d.lgs 33/2013 e s.m.i. D.P.C.M. 22/9/2014	Responsabile UOC Programmazione e Gestione Economico Finanziaria	Antonella Di Silvestre

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti
Pubblicazioni da aggiornare/completare
Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
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)	Responsabile UOC Programmazione e Gestione Economico Finanziaria	Antonella Di Silvestre
Opere pubbliche	Art. 38, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013	Documenti di programmazione	Documenti di programmazione, anche pluriennale, delle opere pubbliche di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (art. 38, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013)	Responsabile UOC Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio	Roberto Breda, Marco Cimini, Leo Franceschini
	Art. 38, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013	Linee guida per la valutazione	Linee guida per la valutazione degli investimenti	Tempestivo (art. 38, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013)		
	Art. 38, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013	Relazioni annuali	Relazioni annuali	Tempestivo (art. 38, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013)		
	Art. 38, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013	Altri documenti	Ogni altro documento predisposto nell'ambito della valutazione, ivi inclusi i pareri dei valutatori che si discostino dalle scelte delle amministrazioni e gli esiti delle valutazioni ex post che si discostino dalle valutazioni ex ante	Tempestivo (art. 38, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013)		
	Art. 38, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013	Nuclei di valutazione	Informazioni relative ai Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi	Tempestivo (art. 38, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013)		
	Art. 38, c. 2 D.Lgs. n. 33/2013	Tempi e costi di realizzazione (da pubblicare in tabella)	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche completate	Tempestivo (art. 38, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013)		
	Art. 38, c. 2 D.Lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche completate	Tempestivo (art. 38, c. 1 D.Lgs. n. 33/2013)		

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti
Pubblicazioni da aggiornare/completare
Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
Strutture sanitarie accreditate	Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie e sociosanitarie accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Coordinamento Assistenza Sanitaria Territoriale	Valerio Profeta
	Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie e sociosanitarie accreditate (da pubblicare in tabelle)	Accordi intercorsi con le strutture accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)		
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	Responsabile Dipartimento di Prevenzione Responsabile Coordinamento Responsabili dei PP.OO. Responsabile UOC Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio	Felice Di Egidio, Gabriele Ruffilli, Marco 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			
	Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione			
	Art. 42, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Particolari forme di partecipazione degli interessati ai procedimenti di adozione dei provvedimenti straordinari			
Altri Contenuti – Corruzione		Piano triennale di prevenzione della corruzione	Piano triennale di prevenzione della corruzione	Annuale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione	Rita Crocetti,
	Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione	Responsabile della prevenzione della corruzione	Tempestivo		
	delib. CiVIT n. 105/2010 e 2/2012	Responsabile della trasparenza	Responsabile della trasparenza	Tempestivo		

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti

Pubblicazioni da aggiornare/completare

Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
		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		
	Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione	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)		
	Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Atti di adeguamento a provvedimenti CiVIT	Atti adottati in ottemperanza a provvedimenti della CiVIT in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo		
	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		
Altri Contenuti – Accesso Civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico	Nome del Responsabile della trasparenza cui deve essere 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	Responsabile della Trasparenza	Rita Crocetti,
	Art. 5, c. 4, d.lgs. n. 33/2013		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		
Altri Contenuti – Accessibilità e Catalogo di dati, metadati e banche dati	Art. 52, c. 1, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati	Annuale	Responsabile Coordinamento Unità di Staff Responsabile UOC Sistemi Informativi Aziendali	Rita Crocetti,
	Art. 52, c. 1, d.lgs. 82/2005	Catalogo di dati, metadati e banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni	Annuale		
	Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 61/2013)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno)	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)		

Legenda

Obblighi di pubblicazione compiuti
Pubblicazioni da aggiornare/completare
Dati non ancora inseriti

ALLEGATO 1

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Tipologie di dati	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Nominativo del responsabile della pubblicazione del dato
	Art. 63, cc. 3-bis e 3-quater, d.lgs. n. 82/2005	Provvedimenti per uso dei servizi in rete	Elenco dei provvedimenti adottati per consentire l'utilizzo di servizi in rete, anche a mezzo di intermediari abilitati, per la presentazione telematica da parte di cittadini e imprese di denunce, istanze e atti e garanzie fideiussorie, per l'esecuzione di versamenti fiscali, contributivi, previdenziali, assistenziali e assicurativi, per la richiesta di attestazioni e certificazioni, nonché dei termini e modalità di utilizzo dei servizi e dei canali telematici e della posta elettronica (l'obbligo di pubblicazione dovrà essere adempiuto almeno 60 giorni prima della data del 1 gennaio 2014, ossia entro il 1 novembre 2013)	Annuale		
Altri Contenuti – Dati Ulteriori	Art. 4, 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/o 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	Secondo necessità	Responsabile della Trasparenza	Rita Crocetti,

AUSL 4
TERAMO
Il meglio è nel tuo territorio

Piano della Performance triennio 2015-2017

Azienda USL Teramo

Sommario

1. Presentazione del Piano 3
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni 5
   2.1 Chi siamo 5
   2.2 Cosa facciamo e come operiamo 6
3. Identità 6
   3.1 L'amministrazione "in cifre" 6
   3.2 Mandato istituzionale e Missione 12
   3.3 Albero della performance 14
4. Analisi del contesto 14
   4.1 Analisi del contesto esterno 14
   4.2 Analisi del contesto interno 15
5. Le aree strategiche 17
6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi 19
7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione della performance 31
   7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano 31
   7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio 32
   7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo della gestione della performance 32
8. Allegati tecnici 33

Scheda 1 – Analisi del contesto esterno ed interno (analisi SWOT) 34

Scheda 2 – Analisi quali-quantitativa delle risorse umane 35

Scheda 5 – Descrizione gruppo di lavoro 37

1. Presentazione del Piano

Il Piano della performance adottato ai sensi del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150 e della direttive emanate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, rappresenta il documento strategico programmatico con il quale l'Azienda USL di Teramo dà avvio al Ciclo di Gestione della Performance, definendo, in coerenza con le risorse assegnate, quali sono gli obiettivi gli indicatori e i target sui quali si baserà la misurazione, valutazione e rendicontazione delle attività svolte, con riferimento al triennio 2015-2017.

Volendo esplicitare il concetto di performance potremmo così rappresentarlo:

"Il contributo che un soggetto apporta al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi fissati dall'Azienda e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita".

Gli obiettivi del presente documento sono:

1) Rendere partecipe l'intera collettività di riferimento (stakeholders), degli obiettivi che l'AUSL di Teramo intende realizzare nel triennio, dandone ampia diffusione e rendendo trasparenti i risultati raggiunti e le relative modalità di valutazione;
2) Garantire l'attuazione degli indirizzi della pianificazione strategica aziendale, considerate le indicazioni regionali;
3) Valorizzare i sistemi di budgeting aziendale e quelli di valutazione ed incentivazione del personale in coerenza con il ciclo della programmazione di bilancio;
4) Integrare il ciclo della performance con il Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e il Programma triennale della Trasparenza, coordinandone gli obiettivi;
5) Individuare percorsi di miglioramento continuo della performance.

Il piano della performance non può che discendere dalla precedente elaborazione del piano strategico aziendale. La nuova Direzione Generale nei primi mesi di mandato ha analizzato lo stato dell'arte e il 2 dicembre 2014 ha formalizzato gli strumenti di programmazione per il triennio 2015-2017 (Deliberazione 1485 del 02 Dicembre 2014), che contiene anche il piano strategico.

Questo è il secondo piano della performance elaborato dall'AUSL di Teramo, sebbene già da diversi anni venga gestito il ciclo della programmazione e del controllo, quindi rappresenta una importante occasione per revisionare, dopo adeguata sperimentazione, quanto proposto lo scorso anno.

Il punto di partenza della pianificazione strategica dell'AUSL di Teramo è costituito dal "Programma Operativo 2013-2015" della Regione Abruzzo con il quale sono state individuate le linee di indirizzo regionali fino all'anno 2015. Ulteriore fonte è rappresentata dalle linee guida regionali alla redazione degli strumenti di programmazione per il triennio 2015-2017 che rimandavano al Programma Operativo sopra menzionato per quanto riguarda l'anno 2015 e definiscono linee di indirizzo ulteriori per il biennio 2016-2017.

Le schede del piano strategico adottato, riferito ad un periodo triennale, definiscono anche una programmazione a livello macro e individuano una tempistica presunta per il compimento delle azioni previste; questo per riunire in un unico atto due momenti che sono strettamente collegati: la pianificazione e la successiva programmazione.

Ai contenuti del piano strategico e dei conseguenti programmi, devono aggiungersi i programmi volti al normale svolgimento dell'attività istituzionale.

Partendo da questi presupposti è stato possibile individuare degli obiettivi che possono essere distinti in strategici ed operativi; ad ogni obiettivo sono associati uno o più indicatori, il valore atteso e il valore soglia al fine di consentire la misurazione e la valutazione della performance.

L'AUSL di Teramo ha ritenuto di avviare la negoziazione di budget solo dopo aver approvato il presente piano della performance; intende inoltre mantenere distinti i due momenti rinviando alla negoziazione di budget un maggior livello di dettaglio.
In altre parole, partendo dalle indicazioni contenute nel piano della performance gli obiettivi, gli indicatori, ma soprattutto i valori attesi e i valori soglia troveranno la loro formulazione definitiva solo in seguito alla negoziazione di budget al fine di consentirne la necessaria condivisione attraverso l'accordo tra Direzione Generale e Direttori/Responsabili di CdR.
Il piano della performance quindi individua in termini generali gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e del comparto ed i relativi indicatori al fine di consentire la valutazione della performance individuale dei dirigenti e del personale del comparto.
Il piano della performance è stato elaborato in coerenza con i contenuti del bilancio pluriennale di previsione triennio 2015-2017.
Il piano della performance contiene:

1) 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,
2) 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,
3) la descrizione del ciclo della performance, ovvero del processo di definizione degli obiettivi e di valutazione della performance.

Il piano è redatto con lo scopo di rispettare i principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e coerenza.

Fino ad oggi, è stato in parte sacrificato il principio della condivisione soprattutto con riferimento ai portatori di interessi esterni, mentre seppure in alcuni casi nell'ambito di altri processi aziendali (predisposizione piano investimenti, predisposizione piano strategico, attività del comitato budget, negoziazione del budget, ecc.) si è comunque garantita la condivisione con gli attori interni (direzione strategica, direttori di Dipartimento, organi di tecnostruttura e di staff di supporto, Direttori/Responsabili dei CdR aziendali, ecc.). Appare evidente la necessità durante l'anno 2015 di sviluppare un primo confronto con i portatori di interessi esterni.

Il piano della performance è consultabile sul sito internet aziendale al link :
http://www.gazzettaamministrativa.it/opencms/opencms/_gazzetta_amministrativa/amministrazione_trasparente/_abruzzo/_azienda_usl_di_teramo/060_perf/010_pia_per/

L'Autorità A.N.A.C. ha fornito indicazioni alle amministrazioni pubbliche, ai fini dell'avvio del ciclo della performance 2014-2016. In particolare è stata sottolineata la necessità di integrazione del ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione.

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 della trasparenza e del piano anticorruzione.

Ad oggi non sono state ancora diffuse indicazioni, da parte del Dipartimento della Funzione pubblica, in merito al ciclo della performance triennio 2015-2017.

Nel piano della performance 2015-2017 sono previsti obiettivi, indicatori e target sia per la performance organizzativa che per la performance individuale.

2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

2.1 Chi siamo

L'Azienda USL di Teramo, collocata nell'ambito della Regione Abruzzo, è un'azienda sanitaria provinciale che eroga prestazioni sanitarie negli ambiti della prevenzione, della diagnosi, cura e riabilitazione garantendo i livelli essenziali di assistenza definiti in ambito nazionale e regionale.

L'Azienda USL di Teramo è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia gestionale ed è ed è stata istituita nel 1995.

La sede legale dell'Azienda USL di Teramo è in Teramo, via Circonvallazione Ragusa, 1.

L'Azienda espleta la sua attività istituzionale nei seguenti presidi:

1) Presidio Ospedaliero "G. Mazzini" di Teramo, Piazza Italia,
2) Presidio Ospedaliero "San Liberatore" di Atri, Viale Risorgimento,
3) Presidio Ospedaliero "Maria S.S. dello Splendore" di Giulianova, Via Gramsci,
4) Presidio Ospedaliero "Val Vibrata" di Sant'Omero, Contrada Salara.
5) Distretto di Teramo, Circonvallazione Ragusa.
6) Distretto di Montorio al Vomano, Via Piane.
7) Distretto di Roseto, Via Adriatica.
8) Distretto di Nereto, Via Lenin.
9) Distretto di Atri, Via Finocchi.
10) UCCP di Martinsicuro, UCCP di Sant'Egidio e UCCP di Montorio.
11) Dipartimento di Prevenzione, Contrada Casalena.
12) Centrale Operativa Emergenza 118.
13) Sede amministrativa centrale di Teramo, Circonvallazione Ragusa 1,
14) RSA anziani/disabili psichici presso Castilenti e Contrada Casalena a Teramo,
15) Centri Residenziali e semiresidenziali per malati di mente variamente distribuiti sul territorio.

L'Azienda USL di Teramo è 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 di riferimento è di 311.103 abitanti (dato al 1° gennaio 2014 fonte istat), distribuiti su 47 comuni. Il territorio si estende dalla costa adriatica fino a spingersi alle falde del Gran Sasso, comprendendo quindi anche zone montane maggiormente disagiate dal punto di vista della viabilità (specie nella stagione invernale).

2.2 Cosa facciamo e come operiamo

L'Azienda USL di Teramo è un tipica azienda sanitaria territoriale di dimensioni medio piccole organizzata su base provinciale. Opera in un contesto regionale in collaborazione con altre tre ASL provinciali ed in assenza di Aziende Ospedaliere.

Questo comporta che le stesse ASL siano incaricate della completa presa in carico dei pazienti che risiedono nei relativi territori.

Trattandosi di un'Azienda territoriale, oltre all'attività ospedaliera erogata attraverso quattro presidi di cui tre di medie dimensioni e uno centrale di dimensioni medio grandi, eroga numerose attività territoriali che vanno dal settore della salute mentale, a quello materno infantile, a quello della prevenzione collettiva, a quello distrettuale (ambulatori, medicina convenzionata, adi, hospice, ecc.).

Attualmente l'assistenza gravita ancora fortemente intorno agli ospedali, pur in presenza di diversi progetti di potenziamento del territorio.

L'Azienda USL di Teramo eroga prestazioni in tutte le specialità di base di area medica o chirurgica, offre tre punti nascita e una efficiente rete per la presa in carico del paziente cardiologico caratterizzandosi per una eccellenza nell'area cardiochirurgica a livello regionale. Offre inoltre ai cittadini una rete oncologica che oltre all'attività nell'area medica può contare su un'ottima chirurgia oncologica, sulla radioterapia e sulla medicina nucleare.

L'Azienda USL di Teramo è convenzionata con l'Università dell'Aquila per alcune branche specialistiche (ostetricia e ginecologia, chirurgia toracica, proctologia, epidemiologia, immunologia ed allergologia, ecc.).

La principale finalità dell'Azienda è quella di soddisfare la domanda di salute della propria comunità di riferimento.

3. Identità

3.1 L'amministrazione "in cifre"

Personale e posti letto

La dotazione organica dell'AUSL di Teramo fa segnare una graduale riduzione negli ultimi anni per effetto del blocco del turn over imposto prima dal piano di rientro e poi dai programmi operativi. La situazione attuale si caratterizza per una evidente carenza di personale soprattutto sanitario (OSS, Infermieri e medici), alla quale si intende porre rimedio attraverso il piano delle assunzioni così come proposto agli organi regionali negli Strumenti di Programmazione.

A pagina 96 del Programma Operativo 2013-2015 della Regione Abruzzo si evince in modo chiaro che l'Azienda USL di Teramo rispetto alle altre ASL regionali ha il rapporto personale totale su posti letto più basso.

ASL	Totale Personale pubblico	Posti letto DCA 45/2010	Rapporto totale personale su posti letto pubblici
Avezzano Sulmona L'Aquila	3.541	870	4,07
Lanciano Vasto Chieti	4.565	1.075	4,25
Pescara	3.117	798	3,91
Teramo	3.007	945	**3,18**
Totale	**14.230**	**3.688**	**3,86**

Fonte: Programma Operativo 2013/2015 Regione Abruzzo. Pagina 96. Il dato riguarda solo le strutture pubbliche.

Questo tra l'altro ha consentito un parziale sblocco delle assunzioni per l'anno 2015 e seguenti, pur nel rispetto dei vincoli nazionali e regionali, come si evince chiaramente dagli strumenti di programmazione 2015-2017 dell'Azienda USL di Teramo.

Di seguito il trend fatto registrare negli ultimi tre anni.

DOTAZIONE ORGANICA	situazione al 31/12/2012			situazione al 31/12/2013			situazione al 31/12/2014		
QUALIFICA	Tempo ind.	Tempo det.	Totale	Tempo ind.	Tempo det.	Totale	Tempo ind.	Tempo det.	Totale
Medici	600	8	608	602	34	636	578	63	641
Dirigenti sanitari	43	1	44	39	4	43	41	2	43
Dirigenti tecnici	12	1	13	12	1	13	12	1	13
Dirigente amministrativo	5	3	8	5	3	8	5	9	14
Infermieri	1.396	17	1.413	1.404	17	1.421	1.412	3	1.415
Altro personale sanitario	226	2	228	226	6	232	225	4	229
Personale riabilitativo	46	12	58	46	12	58	48	14	62
Personale professionale comparto	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Personale tecnico comparto	485	4	489	513	5	518	465	73	538
Personale amministrativo	285	3	288	278	2	280	270	5	275
TOTALE AZIENDA	**3.099**	**51**	**3.150**	**3.126**	**84**	**3.210**	**3.057**	**174**	**3.231**

Per quanto riguarda i posti letto si può notare un trend sostanzialmente stabile.

Posti letto	31/12/2011	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014
Ospedale Teramo	465	457	457	457
Ospedale Giulianova	148	146	146	143
Ospedale Atri	156	151	151	151
Ospedale Sant'Omero	129	129	129	129
Totale	**898**	**883**	**883**	**880**

Dati di attività

Si riporta di seguito la sintesi delle informazioni principali inerenti l'Azienda relative al periodo 2012-2014.

In particolare la tabella seguente analizza il trend relativo al numero dei dimessi.

	Numero dimessi ordinari			Numero dimessi regime diurno			Numero dimessi regime ambulatoriale protetto (SDAC)		
Presidi	**Anno 2012**	**Anno 2013**	**Anno 2014**	**Anno 2012**	**Anno 2013**	**Anno 2014**	**Anno 2012**	**Anno 2013**	**Anno 2014**
Ospedale Teramo	14.787	14.672	14.480	3.077	2.498	2.447	1.212	2.880	2.833
Ospedale Giulianova	4.122	3.982	3.841	1.042	893	870	82	271	296
Ospedale Atri	5.326	5.291	5.190	1.613	1.567	1.571	643	1.100	1.307
Ospedale Sant'Omero	5.583	5.762	5.447	1.109	996	993	42	86	167
Totale	**29.818**	**29.707**	**28.958**	**6.841**	**5.954**	**5.881**	**1.979**	**4.337**	**4.603**

Il dato riportato nella tabelle precedente comprende anche le sdo non chiuse e quindi è possibile un confronto tra gli anni. Analizzando i dati appare evidente la tendenza alla riduzione dei ricoveri ordinari e dei ricoveri diurni a favore dei ricoveri ambulatoriali che fanno registrare un trend in aumento in linea con le indicazioni regionali. In termini complessivi il volume dei ricoveri sembra sostanzialmente stabile.

La tabella seguente analizza l'andamento dei DRG chirurgici.

Regime ricovero	**Anno 2012**	**Anno 2013**	**Anno 2014***
DRG chirurgici regime ordinario	9.911	9.966	8.502
Drg chirurgici regime diurno	4.054	3.412	2.981
Drg chirurgici regime ambulatoriale protetto	1.771	3.290	1.754
Totale	**15.736**	**16.668**	**13.237**

*Il dato 2014 seppure riportato non è al momento completo e quindi non è confrontabile con gli anni precedenti in quanto vi sono ancora numerose sdo non chiuse rispetto alle quali è impossibile stimare in modo coerente quante siano relative a drg chirurgici e quante a drg medici.

La tabella seguente analizza gli accessi ai quattro pronto soccorso e conseguenti "indicatori filtro del ricovero" calcolati come % di accessi esitati in ricovero ordinario sul totale degli accessi.

Ospedale	Accessi anno 2012	Accessi anno 2013	Accessi anno 2014	Valore filtro[1] 2012	Valore filtro 2013	Valore filtro 2014
Pronto Soccorso Teramo	43.259	42.601	40.475	16,52%	17,22%	16,83%
Pronto Soccorso Giulianova	24.072	24.027	24.451	11,10%	12,65%	11,41%
Pronto Soccorso Atri	26.125	27.641	28.759	12,21%	12,48%	11,61%
Pronto Soccorso Sant'Omero	24.841	25.250	26.938	12,96%	14,53%	13,35%
Totale	**118.297**	**119.519**	**120.623**	**13,71%**	**14,64%**	**13,71%**

A livello di intera azienda gli accessi dopo il calo fatto registrare nel 2012 sono tornati ad aumentare con un trend costante. Il valore filtro nel 2014 è migliorato rispetto al 2013 e si è di nuovo attestato sui valori dell'anno 2012. Si segnala che il 2014 è il primo anno per il quale sono disponibili i dati interamente estratti dalla nuova procedura informatica di gestione dell'attività di Pronto Soccorso.

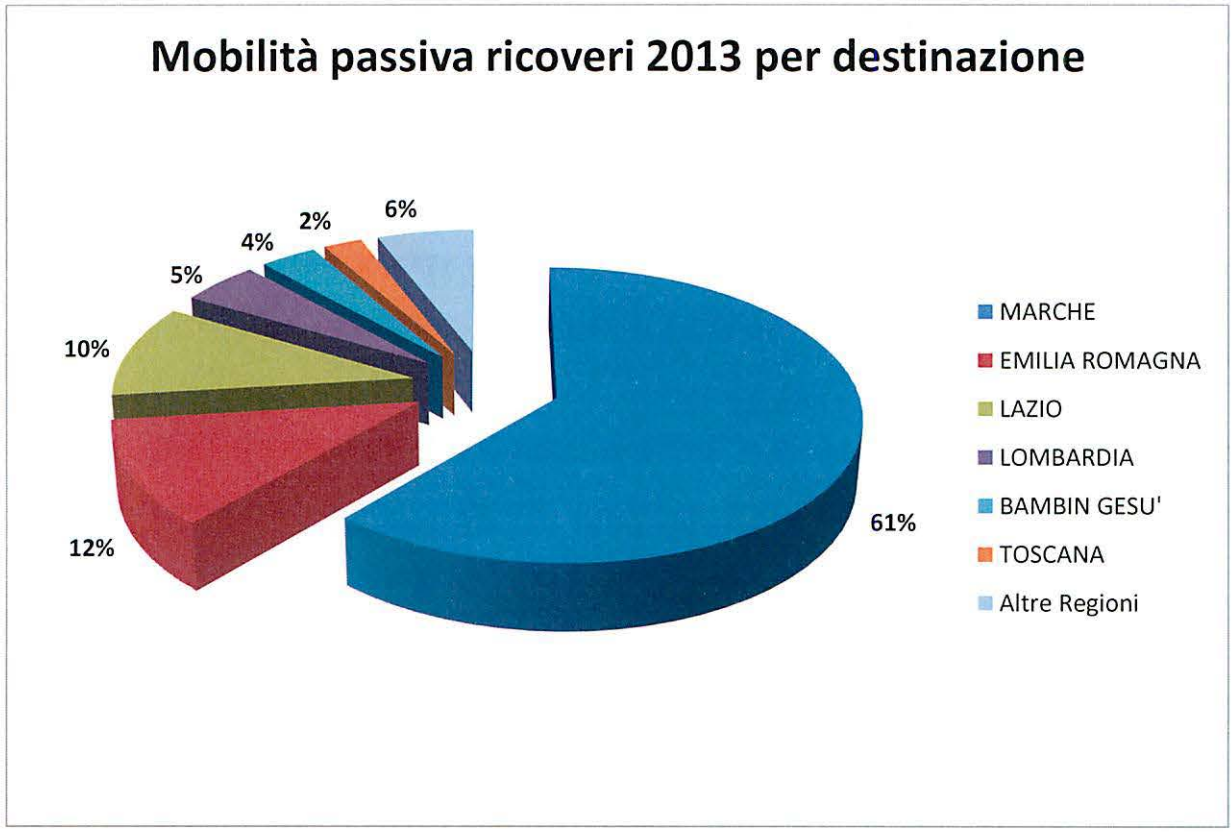
Per quanto riguarda la mobilità passiva questo il dato 2013.

Volumi mobilità passiva ricoveri - Totale Azienda

	TOTALE			EXTRA			INTRA		
Distretto	Volume 2012	Volume 2013	Var. Vol. 2013 vs 2012	Volume 2012	Volume 2013	Var. Vol. 2013 vs 2012	Volume 2012	Volume 2013	Var. Vol. 2013 vs 2012
VAL VIBRATA	7.059	6.908	-2,14%	6.097	6.003	-1,54%	962	905	-5,93%
ATRI	4.361	4.277	-1,93%	1.202	1.223	1,75%	3.159	3.054	-3,32%
ROSETO-GIULIANOVA	4.219	4.376	3,72%	2.396	2.394	-0,08%	1.823	1.982	8,72%
TERAMO	4.022	4.226	5,07%	2.595	2.622	1,04%	1.427	1.604	12,40%
MONTORIO	1.214	1.242	2,31%	664	610	-8,13%	550	632	14,91%
Totale	**20.875**	**21.029**	**0,74%**	**12.954**	**12.852**	**-0,79%**	**7.921**	**8.177**	**3,23%**

La maggior parte della mobilità riguarda la popolazione residente nel Distretto di Sant'Omero (Val Vibrata), situato in prossimità del confine con la Regione Marche. A fronte di un leggero calo della mobilità passiva extra regionale si registra un aumento della mobilità passiva intra regionale.

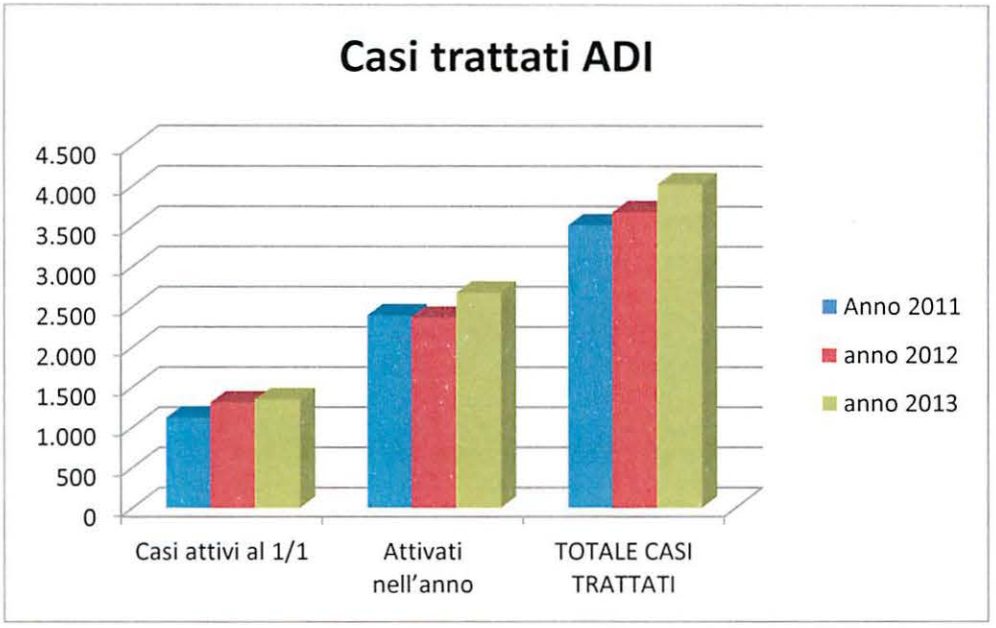
[1] Per valore filtro si intende il rapporto tra i ricoveri da PS (compresi trasferiti in altro istituto intra ex extra AUSL, esclusi decessi) e il totale degli accessi in PS espresso in percentuale



Infine di seguito i volumi di attività in ADI del triennio 2011-2013 e il dato relativo al primo semestre 2014. Il dato relativo all'intero anno 2014 non è ancora disponibile.

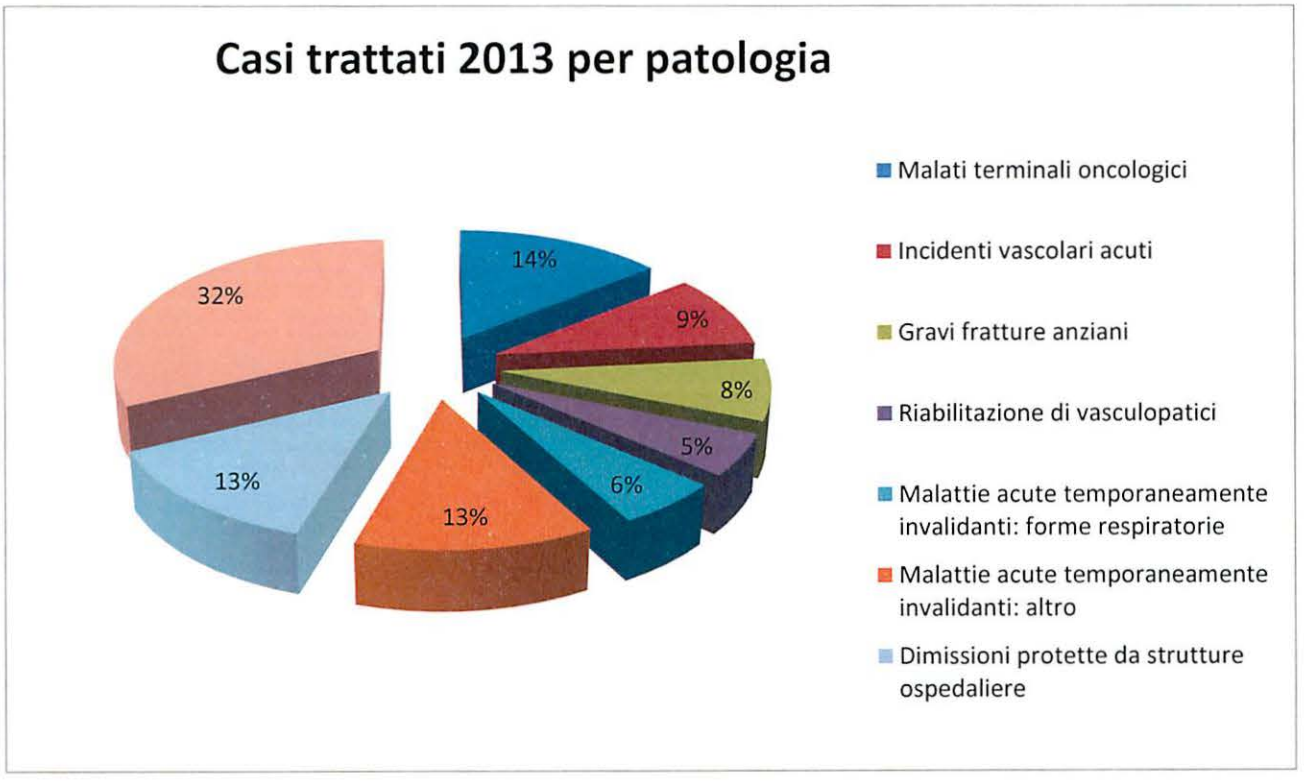
ANNO	2011	2012	2013	1° semestre 2014
Casi attivi al 1/1	**1.120**	**1.312**	**1.349**	**1.495**
Attivati nell'anno	2.397	2.369	2.678	1.287
TOTALE CASI TRATTATI	**3.517**	**3.681**	**4.027**	**2.782**

I dati di dettaglio di seguito riportati sono ancora relativi al triennio 2011-2013 non essendo significativo un confronto con i dati del semestre che in ogni caso fanno segnare un trend in aumento.

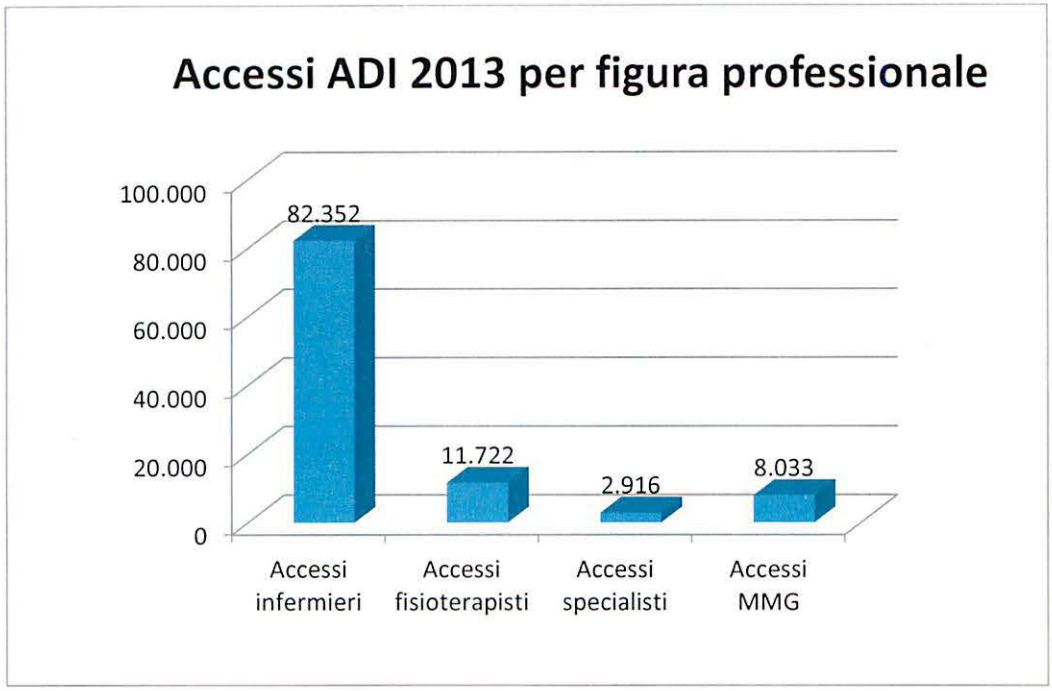


E' evidente un costante incremento dell'attività negli anni.

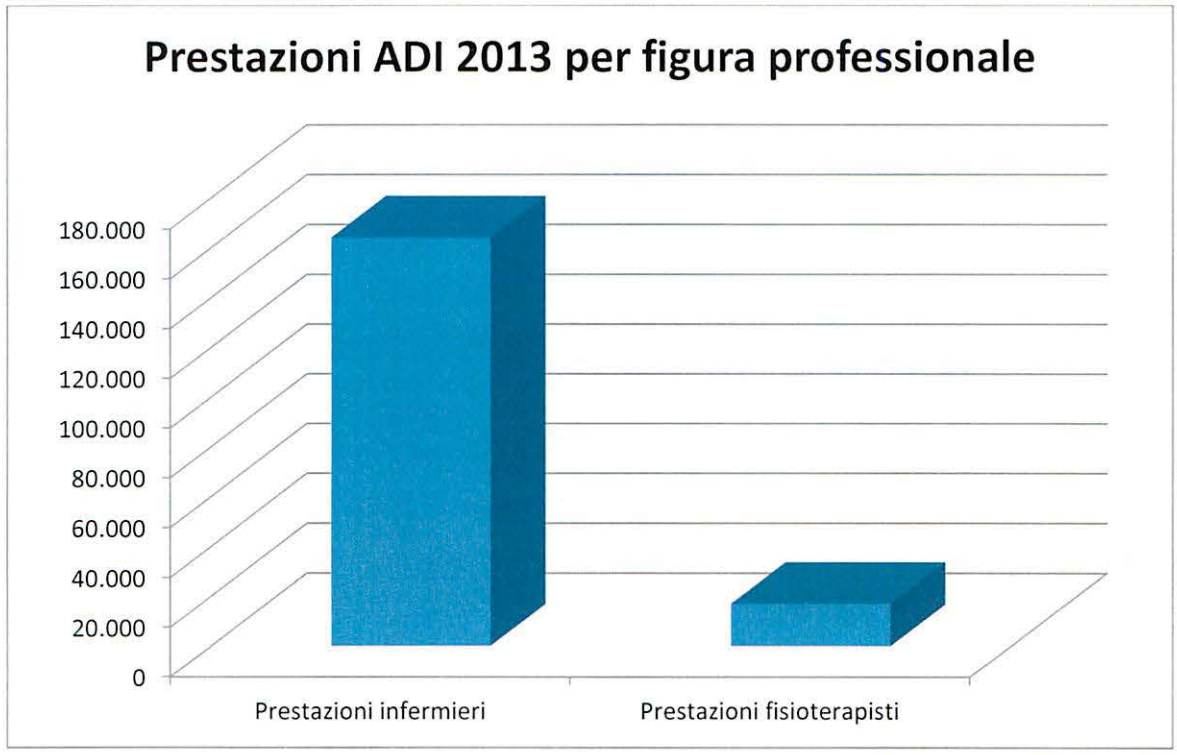
Di seguito il dettaglio per patologia



I casi attivati hanno comportato i seguenti accessi per figura professionale.



Infine il resoconto delle prestazioni erogate per tipologia.



3.2 Mandato istituzionale e Missione

Il mandato istituzionale assegnato dalla Regione all'Azienda USL di Teramo è desumibile leggendo il programma operativo 2013-2015 e le linee guida regionali alla redazione degli Strumenti di Programmazione 2015-2017.

Volendo provare a riassumerlo brevemente, il mandato è erogare un'assistenza di buona qualità ai cittadini, facendo attenzione alla sostenibilità dei costi. Le operazioni di razionalizzazione quindi

non sono più fini a se stesse (risparmio economico), ma sono volte a reperire risorse che andranno a finanziare programmi di sviluppo all'interno dell'azienda soprattutto sul macro livello territoriale al fine di ridare all'ospedale il giusto ruolo di trattamento delle acuzie.

Da questo deriva la missione aziendale che può essere così descritta.

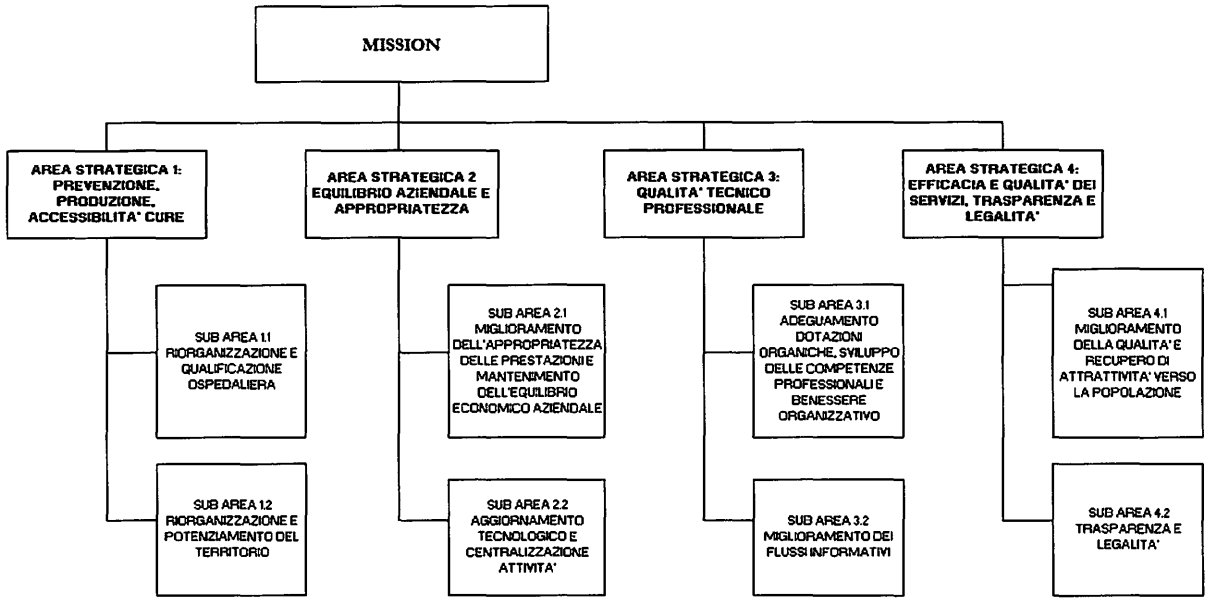
L'attività dell'Azienda USL di Teramo risponde all'esigenza di produzione del "bene salute", nell'ottica del soddisfacimento di tutti i bisogni assistenziali della popolazione. L'Azienda USL di Teramo si impegna a soddisfare la domanda di sicurezza sanitaria e socio-assistenziale espressa dai componenti 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.

Essa pertanto finalizza e focalizza tutte le 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-benefici).

Particolare attenzione verrà fatta, nel prossimo triennio, al pieno rispetto degli adempimenti lea di competenza dell'AUSL, così come si intende introdurre indicatori di esito delle cure prendendo spunto dall'omonimo programma gestito dall'AGENAS e cercando di individuare alcuni indicatori di più facile e tempestivo calcolo a livello aziendale.

La principale ricchezza dell'Azienda USL di Teramo sono le *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 contribuiscono allo sviluppo del senso di appartenenza e del benessere lavorativo.

3.3 Albero della performance



4. Analisi del contesto

4.1 Analisi del contesto esterno

L'Azienda USL di Teramo serve una popolazione di 311.103 abitanti che si caratterizza per un progressivo aumento dell'aspettativa di vita. 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 sopra descritti.

Sebbene non siano state fatte specifiche indagini in merito, dal dato di mobilità, si può rilevare tra l'altro un senso di sfiducia dei cittadini verso numerose aree di attività nelle quali l'Azienda è impegnata (si pensi al flusso di mobilità passiva nell'area oncologica o nell'area chirurgica a più basso peso).

Per quanto attiene l'ambiente socio economico, la crisi economica ha duramente colpito le realtà produttive locali con conseguente aumento della disoccupazione e riduzione del livello di reddito complessivo.

Per quanto riguarda l'ambiente tecnologico, sono evidenti i progressi che lo caratterizzano soprattutto in area diagnostica, aspetto questo che rende difficile rincorrere le innovazioni, considerate le scarse risorse a disposizione. Di particolare interesse sono le novità in materia di telemedicina e teleassistenza dei pazienti cronici, che in questi ultimi mesi si è attentamente scandagliato onde valutare l'opportunità di fare investimenti in questo settore.

Considerando come componente dell'ambiente anche il livello istituzionale è ravvisabile un'inversione di tendenza a livello regionale, ben rappresentata nel programma operativo 2013-

2015, volta non più solo alla politica dei tagli lineari, ma, raggiunto l'equilibrio economico strutturale del sistema regione, alla razionalizzazione dell'organizzazione ai fini del reinvestimento delle risorse. Appare anche evidente l'intenzione di riequilibrare la distribuzione delle risorse a livello regionale tra le aziende sanitarie (in particolare per quanto riguarda il personale che vede per l'AUSL di Teramo il rapporto più basso della Regione).

L'Azienda USL di Teramo intende valorizzare i portatori di interessi, a prescindere dalla capacità di influenzare o meno le scelte aziendali, individuandoli puntualmente, aprendo con essi tavoli di confronto, soprattutto puntando 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.

L'anno 2015 si caratterizzerà per il maggiore coinvolgimento degli stakeholders esterni, attraverso l'attivazione di specifici tavoli di confronto sui temi del presente Piano della Performance.

Malgrado la mancanza di momenti di confronto dedicati, nella stesura del presente documento, si è tenuto comunque conto delle istanze a vario titolo pervenute all'azienda nell'anno 2014.

Gli stakeholder individuati 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.

4.2 Analisi del contesto interno

L'Azienda USL di Teramo svolge la sua attività su quattro presidi ospedalieri (un hub a Teramo e tre spoke ad Atri, Giulianova e Sant'Omero), e su cinque distretti. Il nuovo atto aziendale, al quale sarà data progressiva esecuzione con l'adozione di specifici atti, prevede importanti novità volte alla modernizzazione della struttura organizzativa.

Si ritiene opportuno ribadire anche in questo paragrafo la cronica carenza di personale che caratterizza questa Azienda, tale ormai da determinare continui problemi organizzativi e che rischia di avere ripercussioni sul piano delle prestazioni erogate. A questo si aggiunge tra l'altro l'età media elevata del personale soprattutto medico che esporrà di qui a breve l'azienda anche al contraccolpo del cambio generazionale.

Sebbene negli scorsi anni siano stati fatti investimenti in macchinari nell'area radiologica, ancora sono presenti aree caratterizzate da obsolescenza tecnologica alle quali non è stato possibile in passato porre rimedio in assenza di finanziamenti in conto capitale. Come se non bastasse la dotazione tecnologica attualmente disponibile appare insufficiente considerata la popolazione di riferimento, per cui è indispensabile l'acquisto di ulteriori risonanze magnetiche nucleari, di una PET-TAC, di una SPECT cardiologica e di una SPECT a piccolo campo. In mancanza di fondi dedicati appare indispensabile poter utilizzare, al fine di finanziare l'acquisto di grandi attrezzature, gli utili conseguiti nell'anno 2013 e ancora non impiegati in attesa del completo ripiano delle perdite degli anni precedenti. E' stato formalizzato il piano degli investimenti in grandi attrezzature per il prossimo triennio.

Il Decreto Legislativo 118 del 2011 apre la possibilità, seppure mettendole a carico dei bilanci in forma accelerata attraverso una corrispondente riduzione dei finanziamenti del Fondo Sanitario Regionale, di utilizzare risorse correnti per investimenti. Si cercherà nei prossimi tre anni di utilizzare questa modalità per finanziare i lavori strutturali e l'acquisto di beni mobili durevoli di basso valore non rientranti tra le grandi attrezzature. E' stato formalizzato il piano degli investimenti per tutto ciò che non può essere considerato grande attrezzatura, per il prossimo triennio.

A seguito dell'importante evento sismico registratosi nell'aquilano nel 2009, per l'Azienda si è verificata la necessità di effettuare numerosi lavori strutturali per la messa in sicurezza e per l'adeguamento del patrimonio immobiliare alla normativa antisismica. Appare fondamentale un corretto e tempestivo utilizzo dei fondi ex articolo 20.

Le liste d'attesa si caratterizzano per alcune criticità soprattutto nell'area radiologica alle quali si intende porre rimedio attraverso gli investimenti volti all'incremento della dotazione di personale e tecnologica.

Seppure i punti di debolezza interni siano molti sono però riscontrabili anche punti di forza nell'area cardiologica (che si intende rilanciare in conseguenza della nomina del nuovo primario) e nell'area materno infantile (parto analgesia). Evidente lo sforzo di questa azienda volto a potenziare l'attività territoriale. Ne sono prova l'attivazione di alcune Unità Complesse di Cure Primarie, l'attivazione dell'hospice, il progetto di attivazione di due nuove RSA per anziani, ma soprattutto il progetto di riorganizzazione del modello di gestione dell'attività in ADI attraverso la creazione di un centro servizi unico e l'investimento nella telemedicina.

Un importantissimo punto di forza di questa azienda è rappresentato dal conseguimento strutturale del pareggio economico di bilancio, raggiunto per la prima volta nel 2008 e poi mantenuto fino al 2013. Anzi in questi ultimi tre anni si è conseguito un risultato economico (utile), utilizzato dalla Regione Abruzzo per contribuire a risanare i conti dell'intero sistema sanitario regionale e ancora disponibile esclusivamente per quanto riguarda la quota maturata nel 2013. Ovviamente l'azienda, conseguito ormai anche l'equilibrio strutturale della Regione Abruzzo (da tre anni), intende d'ora in avanti impiegare tutte le risorse che le sono messe a disposizione:

da qui deriva la sostenibilità di alcuni progetti di sviluppo (assunzioni di personale, investimenti in attrezzature o in lavori strutturali sugli immobili).

Infine, nell'ambito dei punti di forza, va inserito il tentativo di perfezionare l'attività di programmazione, fatto con gli strumenti di programmazione 2015 – 2017, che dovrebbe rendere tutti i processi di investimento o razionalizzazione più efficaci ed ordinati.

5. Le aree strategiche

Nel definire le aree strategiche, formalizzate negli strumenti di programmazione 2015 -2017 (Deliberazione 1485 del 02 Dicembre 2014), si è tenuto conto delle normative vigenti, del Piano Sanitario Regionale, degli obiettivi strategici derivanti dal Programma Operativo della Regione Abruzzo 2013-2015, delle linee guida alla redazione degli Strumenti di Programmazione 2015-2017 e di ulteriori progetti di matrice esclusivamente aziendale.

Le aree strategiche definite sono volte a garantire a questa azienda lo svolgimento delle indispensabili e sopra descritte azioni di sviluppo, ferme restando le contestuali e necessarie azioni di razionalizzazione e il mantenimento delle condizioni di equilibrio economico che caratterizzano questa azienda dal 2008.

Le aree strategiche per il triennio 2015-2017, che coinvolgono tutte le strutture sanitarie e amministrative aziendali, sono:

Area 1: Prevenzione, produzione e accessibilità delle cure

L'area 1 è scomponibile nelle seguenti sub aree:

1.1 riorganizzazione e qualificazione ospedaliera,
1.2 riorganizzazione e potenziamento del territorio,

Area 2: Equilibrio aziendale e appropriatezza

L'area 2 è scomponibile nelle seguenti sub aree:

2.1 miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni e mantenimento dell'equilibrio economico aziendale,
2.2 aggiornamento tecnologico e centralizzazione delle attività,

Area 3: Qualità tecnico professionale

L'area 3 è scomponibile nelle seguenti sub aree:

3.1 adeguamento dotazioni organiche, sviluppo delle competenze professionali e benessere organizzativo,
3.2 miglioramento dei flussi informativi,

Area 4: Efficacia e qualità dei servizi, trasparenza e legalità

L'area 4 è scomponibile nelle seguenti sub aree:

4.1 miglioramento della qualità e recupero di attrattività verso la popolazione,
4.2 trasparenza e legalità.

La riorganizzazione e la qualificazione ospedaliera viene perseguita sia attraverso azioni di sviluppo (ad esempio nell'area della riabilitazione o nell'area cardiochirurgica), sia soprattutto attraverso azioni di aumento della produzione volte al contenimento delle liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali e alla riduzione di mobilità passiva, sia infine attraverso la razionalizzazione dei consumi di beni sanitari o il miglioramento di alcuni indicatori di attività di tipo tradizionale (degenza media, peso medio dei DRG, indice operatorio). Fermo restando l'intento di potenziare l'attività del territorio, questa azienda intende comunque mantenere il ruolo fondamentale di cura delle acuzie delle strutture ospedaliere, garantendo al contempo appropriatezza e uso razionale delle risorse a disposizione.

La riorganizzazione e il potenziamento del territorio è la linea strategica più corposa, sulla quale sono previsti gli investimenti più consistenti. E' chiaramente volta al potenziamento dell'assistenza territoriale tutta, con una particolare e prioritaria attenzione alla riorganizzazione e al potenziamento dell'ADI anche attraverso il ricorso alle tecnologie su cui si fonda la telemedicina. Particolare attenzione viene riservata all'area dell'emergenza rispetto alla quale si offre fattiva collaborazione agli organi regionali competenti. Rilevanti gli investimenti previsti in UCCP e per l'attivazione di nuove RSA sul territorio aziendale. Un ruolo di primaria importanza è riservato anche all'area della prevenzione, quale momento fondamentale nel quale intervenire per migliorare lo stato di salute della popolazione a lungo termine. Tutto questo può avvenire soltanto con il profondo coinvolgimento di tutte le professionalità interessate, verso le quali si intende concentrare le azioni volte alla creazione di un clima organizzativo positivo e privo di conflitti.

Il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni e il mantenimento dell'equilibrio economico aziendale rappresentano una importante linea strategica già da tempo presidiata soprattutto per quanto riguarda la razionalizzazione della spesa. Rimane da consolidare l'area del miglioramento dell'appropriatezza anche attraverso l'implementazione di nuovi strumenti di miglioramento organizzativo e di re-ingegnerizzazione di processi. Sono interessanti in tal senso anche i progetti di governo dell'appropriatezza prescrittiva dei medici di medicina generale. In questa linea strategica si colloca a pieno titolo anche il monitoraggio e la razionalizzazione della spesa farmaceutica si a livello territoriale che ospedaliero.

L'aggiornamento tecnologico e la centralizzazione delle attività costituiscono la linea strategica attraverso la quale si intende mantenere competitiva questa azienda in un contesto caratterizzato da continui progressi. La suddetta linea strategica trova la sua principale formulazione nel piano degli investimenti in cui sono definite alcune strategie di razionalizzazione dell'uso di risorse quali ad esempio il progetto di riorganizzazione dei laboratori analisi.

L'adeguamento delle dotazioni organiche ed una ottimizzazione della distribuzione di personale è in questo momento, insieme alla strategia di sviluppo del territorio, alla quale è stata raccordata, molto rilevante; come pure lo sviluppo delle competenze professionali e della motivazione del personale in servizio.

Il miglioramento dei flussi informativi viene perseguito attraverso una serie di iniziative che hanno la finalità ultima di migliorare la qualità delle informazioni sull'attività sanitaria svolta e di contabilità analitica.

Il miglioramento della qualità e il recupero di attrattività verso la popolazione è la linea strategica più difficile da attuare, tale da richiedere un impegno più a lungo termine. L'azienda vuole tornare ad essere un punto di riferimento per tutta la popolazione residente, naturalmente senza vanificare gli sforzi compiuti per raggiungere l'equilibrio economico.

L'area strategica trasparenza e legalità è trasversale alle aree precedenti e in generale investe ogni attività attraverso la quale l'azienda intende stabilire un contatto con i propri interlocutori di riferimento. L'obiettivo è quello di sviluppare relazioni stabili basate sull'accountability (obbligo di render conto a chi vi è interessato dei risultati della propria azione in un certo ambito).

6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budgeting. In alcuni casi gli obiettivi sono formalizzati in termini di scadenze, in altri sono misurati attraverso indicatori specifici.

In particolare tramite il budget, vengono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e attraverso la produzione di reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi fissati al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità o scostamenti dai programmi.

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.

Gli obiettivi di budget, nel rispetto del regolamento di budget vigente vengono definiti in conseguenza della negoziazione tra la Direzione Generale e i Direttori dei Dipartimenti/Coordinamenti con cadenza annuale, sempre tenendo conto degli aggiornamenti del piano strategico e dei risultati conseguiti. Raggiunto l'accordo, vengono firmate le schede di budget contenenti obiettivi, azioni, indicatori, valori attesi e valori soglia.

Una volta terminato il primo livello di negoziazione si svolgono il secondo e il terzo livello di negoziazione tra Direttori di Dipartimento/Coordinamento e Direttori di Struttura Complessa, Responsabili di struttura semplice dipartimentale o Dirigenti responsabili di UO amministrative.

Anche in questo caso, raggiunto l'accordo, vengono firmate le schede di budget contenenti obiettivi, azioni, indicatori, valori attesi e valori soglia.

Le dimensioni presidiate all'interno delle schede di budget sono le seguenti:

1) Volumi di produzione,
2) Equilibrio economico,
3) Qualità tecnico professionale,
4) Appropriatezza,
5) Qualità percepita (area ancora in corso di implementazione),
6) Altre dimensioni non rientranti nelle precedenti.

In corso d'anno viene distribuita, con cadenza trimestrale, la reportistica. Oggettive carenze di personale del Servizio Controllo di Gestione e i cambi di Direzione susseguitosi hanno impedito nel 2014 di rispettare questa cadenza.

La negoziazione di budget di primo livello anno 2015, verrà svolta nel mese di marzo, entro metà maggio dovrebbero concludersi le negoziazioni di secondo e terzo livello. Verrà garantita comunque la possibilità di rinegoziare il budget nei mesi successivi qualora vi siano eventi imprevisti tali da condizionare il raggiungimento degli obiettivi fissati.

Terminato l'anno, l'Organismo Indipendente di Valutazione valuta il grado di raggiungimento degli indicatori negoziati.

Sulla base degli obiettivi di budget viene valutato il personale e viene distribuita la retribuzione di risultato al personale dell'Area dirigenziale e quella di produttività al personale dell'Area del comparto.

Altri parametri che influiscono sulla retribuzione di risultato e di produttività sono le assenze effettuate ed i punteggi conseguiti nelle schede individuali di valutazione dell'impegno profuso dai dipendenti rispetto a quello promesso, come previsto dal sistema premiante stesso.

Nel valutare la performance aziendale, la Direzione si avvale di un cruscotto stabile di indicatori monitorati sistematicamente a livello centrale, che consentono l'individuazione tempestiva di criticità. Vengono poi definiti una serie di obiettivi, coerenti con le strategie e con gli indirizzi regionali il cui contenuto viene condiviso con le varie articolazioni aziendali attraverso il processo di budget.

Cruscotto di monitoraggio e obiettivi 2015

Di seguito si riportano gli obiettivi e gli indicatori previsti per l'anno 2015. Si fa presente che il processo di budget non si è ancora svolto, che parte degli obiettivi saranno frutto di proposte bottom up non ancora pervenute e che durante la negoziazione possono emergere delle esigenze in questa fase non ancora evidenti. Per queste motivazioni può accadere che le schede di budget abbiano contenuti leggermente diversi rispetto a quelli qui riportati. Il presente documento rappresenta tra l'altro un indirizzo importante da tenere presente nella redazione del budget.

	Cruscotto di monitoraggio		
Sub area strategica	**Dimensione: produzione**	**Modalità di calcolo**	**Obiettivo Operativo 2015**
1.1 Riorganizzazione e qualificazione ospedaliera	Totale ricoveri	n. totale ricoveri	Obiettivi diversificati per CdR in base allo storico, a quanto previsto dal Piano Strategico, alle risorse disponibili. Tendenzialmente in aumento sulle aree con alti volumi di mobilità passiva, utilizzando il regime più appropriato
	Ricoveri ordinari medici	n. totale ricoveri ordinari medici	
	Ricoveri ordinari chirurgici	n. totale ricoveri ordinari chirurgici	
	Ricoveri Day Hospital	n. totale ricoveri diurni medici	
	Ricoveri Day Surgery	n. totale ricoveri diurni chirurgici	
	Ricoveri in regime ambulatoriale protetto	n. totale ricoveri ambulatoriali protetti	
	Volumi prestazioni ambulatoriali CdR Ospedalieri opportunamente confrontati con i corrispondenti volumi di attività resi in libera professione	n. prestazioni ambulatoriali	Attività istituzionale valutata nella scheda economica in termini di valore. Attività istituzionale e in libera professione valutata in termini di volume in una apposita scheda.
Sub area strategica	**Dimensione: appropriatezza**	**Modalità di calcolo**	**Obiettivo Operativo 2015**
2.1 Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni e mantenimento dell'equilibrio economico aziendale	Degenza media per i reparti di area medica	N. giornate di degenza dimessi/n. dimessi	Obiettivi diversificati per CdR in base allo storico, a quanto previsto dal Piano Strategico, alle risorse disponibili. Tendenzialmente volto alla riduzione delle degenze medie, all'aumento del peso del DRG
	Degenza media preoperatoria per i reparti di area chirurgica	N. giornate di degenza preoperatoria per drg chirurgici/n. dimessi chirurgici	
	Peso medio dei DRG prodotti	Peso totale drg dimessi/n. dimessi	

Sub area strategica	**Dimensione: appropriatezza**	**Modalità di calcolo**	**Obiettivo Operativo 2015**
2.1 Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni e mantenimento dell'equilibrio economico aziendale	Ricoveri diurni medici con un solo accesso	Numero e valore ricoveri Day Hospital con un solo accesso con applicazione della percentuale di decurtazione del valore previsto.	Obiettivi diversificati per CdR in base allo storico, a quanto previsto dal Piano Strategico, alle risorse disponibili. Tendenzialmente prevista una riduzione delle inappropriatezze, un aumento dell'indice operatorio dove troppo basso rispetto a specialità identiche, una riduzione della % di tagli cesarei, un aumento del filtro del PS
	DRG potenzialmente inappropriati in regime di ricovero ordinario	Numero e valore ricoveri drg LEA in regime ordinario con applicazione della percentuale di decurtazione del valore risultante in base a quanto previsto dal Decreto del Commissario ad Acta per la sanità n° 50/2011 del 16 novembre 2011 e s.m.i. .	
	Filtro del pronto soccorso	Accessi in pronto soccorso esitati in ricovero/totale accessi in pronto soccorso	
	Indice operatorio dei ricoveri ordinari per i reparti chirurgici	N. DRG chirurgici/n. DRG prodotti	
	Incidenza tagli cesarei	N. parti con taglio cesareo/totale parti	
Sub area strategica	**Dimensione: produzione**	**Modalità di calcolo**	**Obiettivo Operativo 2015**
1.2 Riorganizzazione e potenziamento del territorio	Volumi attività di prevenzione collettiva	n. vaccinazioni, n. controlli nei cantieri, n. controlli sulle attività zootecniche, n. controlli sulle acque, n. controlli sugli esercizi produttivi del settore alimentare, ecc.	Obiettivi diversificati per CdR in base allo storico, a quanto previsto dal Piano Strategico, alle risorse disponibili in ogni caso volti al rispetto degli adempimenti previsti alla griglia lea e al piano della prevenzione.

Sub area strategica	Dimensione: produzione	Modalità di calcolo	Obiettivo Operativo 2015
1.2 Riorganizzazione e potenziamento del territorio	Volumi prestazioni ambulatoriali CdR Territoriali opportunamente confrontati con i corrispondenti volumi di attività resi in libera professione	n. prestazioni ambulatoriali	Attività istituzionale valutata nella scheda economica in termini di valore. Attività istituzionale e in libera professione valutata in termini di volume in una apposita scheda.
	Volumi attività per cure palliative	n. pazienti assistiti in hospice, n. prestazioni ambulatoriali, n. prestazioni domiciliari	Obiettivi diversificati per CdR. Tendenzialmente in aumento.
	Dimissioni protette	n. dimissioni protette	Obiettivo assegnato a CdR specifici e in tendenziale aumento compatibilmente con la capacità di presa in carico dell'ADI
	Volumi attività in ADI	n. casi trattati, n. accessi per figura professionale (medici specialisti, infermieri, fisioterapisti, MMG), n. prestazioni per figura professionale (infermieri, fisioterapisti).	Obiettivi diversificati per CdR in base allo storico, a quanto previsto dal Piano Strategico, alle risorse disponibili. Tendenzialmente in aumento
	Centro servizi assistenza domiciliare centralizzato	Rispetto scadenza	Attivazione Centro Servizi
	Utilizzo tecnologie telemedicina	Rispetto scadenza	Attivazione telemedicina per area scompenso cardiaco

Sub area strategica	Dimensione: qualità tecnico professionale	Modalità di calcolo	Obiettivo Operativo 2015
4.1 Miglioramento della qualità e recupero di attrattività verso la popolazione	Tempi d'attesa per attività ambulatoriale	Giorni d'attesa per la prima disponibilità per singola prestazione e ambulatorio, Data prima disponibilità utile per classi di priorità	Obiettivi diversificati per CdR in base allo storico, a quanto previsto dal Piano Strategico, alle risorse disponibili. Tendenzialmente volto alla riduzione dei tempi d'attesa e all'aumento del livello di intensità delle cure domiciliari
	Livello di intensità delle cure domiciliari	N. casi adi ad alta intensità rispetto al n. totale dei casi adi	
	Mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	N. casi mobilità passiva per aree specialistiche	Obiettivi diversificati per CdR in base allo storico, a quanto previsto dal Piano Strategico, alle risorse disponibili. Tendenzialmente volto alla riduzione nelle aree più critiche
	Indicatori di esito delle prestazioni erogate	Da definire sul modello del programma esiti sviluppato dall'AGENAS tenendo conto delle potenzialità del sistema informativo in uso in azienda e della necessità di avere misurazioni trimestrali tempestive	Obiettivi diversificati per CdR in base allo storico, a quanto previsto dal Piano Strategico, alle risorse disponibili. Tendenzialmente volto al miglioramento degli esiti

Sub area strategica	Dimensione: equilibrio economico	Modalità di calcolo	Obiettivo Operativo 2015
2.1 Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni e mantenimento dell'equilibrio economico aziendale	Valore drg prodotti per attività di ricovero	Valore drg prodotti per residenti, Valore drg prodotti mobilità attiva regionale, Valore drg prodotti mobilità attiva extra regionale.	Obiettivi diversificati per CdR in base allo storico, a quanto previsto dal Piano Strategico, alle risorse disponibili. Tendenzialmente in aumento per il valore della produzione, in particolare nelle aree con maggiore mobilità passiva
	Valore prestazioni prodotte per attività ambulatoriale	Valore prestazioni ambulatoriali per esterni, Valore prestazioni ambulatoriali per interni, Valore prestazioni ambulatoriali per consulenze in ps, Valore prestazioni dialitiche o prestazioni collegate,	
	Costi variabili diretti	Costo farmaci (al netto di distribuzione diretta), Costo emoderivati, Costo vaccini, Costo materiale diagnostico di laboratorio, Costo materiale rx, carta, mezzi di contrasto, Costo presidi chirurgici e materiale per assistenza, Costo materiale protesico e per emodialisi, Costo farmaci e presidi per uso veterinario, Costo prodotti dietetici, Costo prodotti alimentari, Costo materiale di guardaroba, Costo cancelleria, Costo supporti informatici, Costo materiale per la manutenzione di attrezzature sanitarie.	Obiettivi diversificati per CdR in base allo storico, a quanto previsto dal Piano Strategico, alle risorse disponibili. Tendenzialmente in mantenimento per quanto riguarda i costi salvo richieste di aumento di produzione.
	Sviluppo protocolli per l'uso appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici	Rispetto delle scadenze previste a budget	Obiettivi mirati su CdR di interesse.

Sub area strategica	Dimensione: equilibrio economico	Modalità di calcolo	Obiettivo Operativo 2015
	Costi fissi diretti	Costo del personale assunto (valorizzato a standard), Costo personale universitario, Costo straordinario e pronta disponibilità, Costo indennità, Costo attività aggiuntiva personale, Costo mobilità passiva per ricoveri intra ed extra regione.	Obiettivi diversificati per CdR in base allo storico, a quanto previsto dal Piano Strategico, alle risorse disponibili. Tendenzialmente in aumento sul costo del personale e in riduzione/ mantenimento sui livelli di mobilità passiva e sulle prestazioni intermedie. Obiettivi in tendenziale mantenimento sul livello delle scorte e sulla distribuzione diretta.
	Costi variabili indiretti	Costo per esami di laboratorio (valorizzato a tariffa), Costo per esami di radiologia (valorizzato a tariffa), Costo utilizzo sala operatoria (valorizzato a standard), Costo utilizzo rianimazione (valorizzato a standard).	
	Livello delle scorte	Valore scorte farmaci, Valore scorte Emoderivati, Valore scorte materiali diagnostici di laboratorio, Valore scorte materiale rx, carta, mezzi di contrasto, Valore scorte presidi chirurgici e materiale per assistenza, Valore scorte materiale protesico e per emodialisi	
	Valore distribuzione diretta farmaci classe A e PHT doppia via	Numero accessi in farmacia interna, Valore dei farmaci distribuiti.	
	Certificabilità dei bilanci	Revisione delle procedure, Sperimentazione delle procedure, Adozione azioni di miglioramento ove necessario.	Obiettivo volto ad affinare le procedure e a garantirne un'adeguata sperimentazione

Sub area strategica	Dimensione: qualità percepita	Modalità di calcolo	Obiettivo Operativo 2015
4.1 Miglioramento della qualità e recupero di attrattività verso la popolazione	Reclami degli utenti	Valutazione per reparto effettuata dall'ufficio preposto (URP)	Obiettivo volto al miglioramento della qualità dell'accoglienza e della gestione della relazione con il paziente
	Somministrazione questionari, analisi risultati, evidenziazione criticità emerse	Limitato solo a pochi reparti pilota	Somministrazione strumenti di indagine e definizione azioni di miglioramento delle criticità
Sub area strategica	**Altre dimensioni non rientranti nelle precedenti**	**Modalità di calcolo**	**Obiettivo Operativo 2015**
2.2 Aggiornamento tecnologico e centralizzazione attività	Attuazione piano degli investimenti in beni mobili durevoli	Acquisto delle attrezzature previste entro il 31/12/2015	Volto a garantire l'acquisto di una % più alta possibile di beni nell'ambito di quelli autorizzati
	Attuazione piano degli investimenti in beni immobili	Completamento lavori previsti entro il 31/12/2015	Volto a garantire il compimento di una % più alta possibile di lavori nell'ambito di quelli autorizzati
	Riorganizzazione laboratori analisi	Rispetto delle scadenze previste dal Piano Strategico Aziendale	Riorganizzazione rete dei laboratori pubblici

Sub area strategica	Altre dimensioni non rientranti nelle precedenti	Modalità di calcolo	Obiettivo Operativo 2015
3.1 Adeguamento dotazioni organiche, sviluppo delle competenze professionali e benessere organizzativo	Ottimizzazione distribuzione del personale	Analisi della distribuzione di personale rispetto all'attività svolta	Redistribuzione di personale ove opportuno
	Effettuazione delle assunzioni previste dal piano delle dinamiche del personale nei termini indicati nel bilancio di previsione 2015	Rispetto dei tempi previsti per le assunzioni 2015 compreso completo turn over	Volto a garantire il compimento di una % più alta possibile di assunzioni rispetto a quanto previsto (compreso turn over)
	Costo del personale da modello CE	Rispetto dei vincoli economici sul personale	Rispetto dei vincoli complessivi posti dalla Regione nel CE
	Miglioramento del benessere organizzativo sulla base dei risultati del questionario 2014. Effettuazione di nuovo questionario dopo aver adottato le necessarie misure correttive.	Elaborazione ed attuazione documento volto al miglioramento del benessere organizzativo. Effettuazione di nuovo questionario.	Rispetto delle scadenze e condivisione interna
3.2 Miglioramento dei flussi informativi	Tempistica comunicazione flussi alla Regione e al Ministero	Rispetto delle scadenze	Rispetto scadenze
	Qualità dei flussi inviati	Report regionali sulla qualità degli invii	Miglioramento qualità
4.2 Trasparenza e legalità	Applicazione del Codice di Comportamento	Rispetto obiettivi indicati nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	90% degli obiettivi
	Rotazione del personale	Definizione dei regolamenti per la rotazione del personale ed avvio della loro applicazione nelle singole UU.OO. Sulla base delle linee guida aziendali	100% delle aree a rischio critico; 30% delle aree a medio rischio

Sub area strategica	Altre dimensioni non rientranti nelle precedenti	Modalità di calcolo	Obiettivo Operativo 2015
4.2 Trasparenza e legalità		Adozione e/o revisione dei regolamenti esistenti per la nomina delle commissioni aziendali, nei quali si dovrà tenere conto delle previsioni normative in materia di anticorruzione e trasparenza con particolare riferimento alla incompatibilità ed al conflitto di interessi. Revisione dei regolamenti aziendali ove esistenti o adozione di regolamenti per la disciplina degli incarichi da conferire a collaboratori esterni all'azienda	
	Prevenzione conflitto di interessi	Monitoraggio a campione sull'applicazione del regolamento contenente criteri per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali e per l'autorizzazione all'effettauzione di incarichi extraistituzionali a cura dell'ufficio ispettivo aziendale	ufficio ispettivo
	Monitoraggio tempi di conclusione dei procedimenti	Mappatura procedimenti e tempi di conclusione	Rispetto delle scadenze
	Attività libero professionali	Monitoraggio sul rispetto del regolamento aziendale per lo svoglimento e la gestione della LPI	Semestrale
	Informatizzazione liste di attesa per interventi chirurgici programmati	Liste d'attesa informatizzate sul totale delle liste d'attesa	80%
	Informazione agli stakeholder sul contenuto del PTTI e sulle azioni intraprese		31.10.2015
	Organizzazione e pubblicazione dei dati come da normative vigenti e dal Piano Triennale Trasparenza e Integrità (PTTI)	Informazioni pubblicate sul totale di quelle previste dal PTTI	60%
	Attivazione strumenti di comunicazione delle iniziative attivate in materia di trasparenza	Strumenti di comunicazione attivati su quelli previsti dal PTTI	50%

Performance organizzativa e obiettivi di budget

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

1) Approccio multidimensionale alla valutazione della performance.
2) Sviluppo armonico del sistema aziendale.
3) Rafforzamento del ruolo del Dipartimento.

Il processo di budget

L'assegnazione del 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.

Graduazione del peso degli obiettivi

Agli obiettivi, in sede di negoziazione di budget, verranno assegnati dei pesi diversificati per tipologia di CdR, per un totale di 100 punti ogni scheda. Le attività di gestione delle scorte e di distribuzione diretta di farmaci, considerate ormai a regime sono oggetto di monitoraggio attraverso i relativi indicatori e nel caso di mancato raggiungimento dei valori attesi fissati, comportano una decurtazione di 7,5 punti ognuno.

A partire dal 2015 verrà negoziata anche una scheda relativa ai volumi di produzione ambulatoriale opportunamente distinti in attività istituzionale e in libera professione e su ognuno di essi verranno negoziati valori attesi per singolo CdR e tipologia di prestazione alla luce dei dati disponibili sulle liste d'attesa.

La distribuzione dei pesi tra i singoli obiettivi è rimessa alla negoziazione.

La retribuzione di risultato viene corrisposta in rapporto al grado di raggiungimento degli obiettivi (arrotondamento del punteggio ai cinque punti superiori, ad esempio se viene conseguito un punteggio di 72 viene attribuito un punteggio di 75) e secondo quanto previsto dal relativo regolamento.

La valutazione del raggiungimento degli obiettivi per CdR compete dall'OIV.

La performance individuale e il sistema premiante

La performance individuale si articola principalmente in 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 Direttore/Responsabile/Dirigente Responsabile di 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.

Il processo è attivo durante tutto l'anno attraverso disposizioni, colloqui e riunioni di allineamento tra responsabile e gruppo di lavoro e culmina con le procedure di valutazione annuale.

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.

7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione della performance

7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

Il presente documento è stato redatto dal Servizio Controllo di Gestione. Lo sviluppo è avvenuto tenendo conto delle normative e linee guida vigenti in materia, il particolare del Programma Operativo 2013-2015 della Regione Abruzzo. Tra le fonti interne sono stati considerati gli Strumenti di Programmazione 2015-2017, il piano triennale per la trasparenza e l'integrità, il piano triennale di prevenzione della corruzione.

Gli strumenti di programmazione redatti per il triennio 2015-2017 sono strutturati e integrati in tutte le loro parti e condivisi con i Direttori di Dipartimento.

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.

7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

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 2015-2017, sono integrati con il processo di programmazione economico-finanziaria contenute nei bilanci di previsione 2015-2016-2017.

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 2015-2017,
- Il coinvolgimento di tutti gli attori che gestiscono i due processi: U.O.C Programmazione e Gestione Attività Economiche e Finanziarie, U.O.C Servizio Controllo di Gestione, OIV, uffici responsabili dei budget trasversali e singole strutture aziendali sanitarie e non,
- L'utilizzo di strumenti integrati nei due processi, quali, in primis, la contabilità analitica per centri di costo,
- La predisposizione periodica di reportistica che evidenzi 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. Il processo logico seguito nella formazione del bilancio di previsione 2015 è adeguatamente sviluppato nell'ambito di un'apposita nota illustrativa anch'essa deliberata negli Strumenti di Programmazione.

7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo della gestione della performance

Da una prima analisi del ciclo di gestione della performance sviluppato in azienda, si è rilevata una criticità inerente al raccordo e coerenza tra gli obiettivi assegnati, previa negoziazione, ai diversi CdR ed i criteri di flessibilità concordati con il personale afferente alle diverse aree contrattuali (dirigenza medica-veterinaria, dirigenza SPTA, comparto).

La criticità potrebbe essere superata con una maggiore sensibilizzazione dei responsabili dei CdR sul collegamento tra performance organizzativa e performance individuale. Si ritiene di attivare incontri di approfondimento con i dirigenti dei CdR, il personale interessato delle UU.OO. che partecipano alla definizione del ciclo di gestione della performance e l'OIV, finalizzati ad analizzare la situazione e a definire proposte di miglioramento.

Rispetto al ciclo di budget e di valutazione conseguente effettuato negli anni precedenti, sono emerse altre due criticità che con questo documento si è cercato di superare in parte già nel 2014:

1) La previsione di obiettivi specifici e meglio misurabili per l'area del comparto nelle UU.OO. sanitarie,
2) La previsione di obiettivi più specifici e meglio misurabili per le UU.OO. dell'area amministrativa.

Nell'anno 2015 si intende inoltre, come sopra specificato, introdurre indicatori relativi agli adempimenti lea di competenza e, ove misurabili, indicatori di esito dell'attività svolta.

Il piano della performance in seguito verrà sistematicamente aggiornato.

Appena terminato l'iter di approvazione del presente documento, si intende avviare un confronto con gli stakeholder, che consentirà già in corso d'anno 2015 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.

8. Allegati tecnici

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

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
• Parto analgesia attivata presso tutti e tre i punti nascita aziendali, che sta determinando un aumento del numero dei nati e riduzione della mobilità passiva • Attivazione di tre UCCP • Attivazione Hospice • Equilibrio economico strutturale	• Elevata mobilità passiva, in particolare per prestazioni di bassa complessità assistenziale • Presenza di strutture sanitarie pubbliche e private extra-regionali vicine ai confini abruzzesi • Presenza di quattro presidi ospedalieri collocati a breve distanza l'uno dall'altro, che comporta la duplicazione dell'offerta e l'utilizzo non efficiente delle risorse • Elevate liste di attesa, in particolare nel settore della radiodiagnostica • Assenza del primario di Cardiochirurgia con conseguente perdita di attrattività soprattutto verso residenti in altre ASL della Regione • Obsolescenza di parte della tecnologia presente • Inadeguatezza della struttura architettonica degli ospedali • Scarsa integrazione tra ospedale e Medicina del territorio • Cronica carenza di personale rispetto alle strutture attualmente attive • Carenza di strutture riabilitative e per anziani. • Mancanza di un sistema informativo amministrativo adeguato.
OPPORTUNITA'	**MINACCE**
• Possibilità di migliorare integrazione tra Ospedale e Territorio, anche attraverso l'adozione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali che permetteranno di migliorare ulteriormente l'appropriatezza delle prestazioni, di limitare il ricorso al pronto soccorso e l'ospedalizzazione, nonché la presa in carico totale del paziente • Realizzazione di un sistema di incentivazione e di misurazione delle performances individuali e di gruppo, in linea con la normativa in materia, che valorizzi e motivi le eccellenze ed il personale che raggiunge elevati livelli • Presenza sul mercato di tecnologie per la misurazione a distanza dei parametri vitali e sociali con cui integrare l'assistenza al paziente anziano e malato conico riducendo gli accessi delle figure sanitarie • La possibilità di rivedere la logistica dei laboratori analisi in una logica hub e spoke • Realizzazione ospedale nuovo a Giulianova	• Difficoltà a governare la domanda • Scarso livello di qualità percepita dagli utenti • Vacanza di molti posti di Direttore di U.O.C assistenziale • Elevata età media dei medici • Passaggio da forme di finanziamento a quota capitaria a forme di finanziamento a costo standard per le strutture sanitarie e in generale i tagli fatti ai finanziamenti erogati dal livello nazionale alle Regioni con inevitabili riduzioni del FSR • Il Programma Operativo regionale che condiziona la possibilità di assumere il personale alla corrispondente riduzione dei costi per beni e servizi o di altra voce di costo e in generale pone dei limiti di spesa.

Scheda 2 – Analisi quali-quantitativa delle risorse umane

2.1 Analisi caratteri qualitativi/quantitativi		
Indicatori	**Valore a giugno 2014**	**Valore a dicembre 2014**
Età media del personale (anni)	50,49	50,99
Età media dei dirigenti medici	52,79	53,13
Età media dei dirigenti non medici (sanitari e non)	54,38	55,51
Tasso di crescita unità di personale rispetto al 2013	0,51%	1,70%
% dipendenti in possesso di laurea esclusa quella triennale	27,17%	26,68%
% dirigenti in possesso di laurea esclusa quella triennale	100%	100%
Ore di formazione complessive anno 2014	5.757	
Costo di formazione sulla spesa di personale esclusa irap (bilancio 2013)	0,55%	

2.2 Analisi benessere organizzativo		
Indicatori	**Valore a luglio 2014**	**Valore a dicembre 2014**
Stipendio medio dipendenti al lordo di oneri (esclusa irap - bilancio 2013)	51.907,43	
% personale assunto a tempo determinato sul totale del personale (esclusi interinali)	2,46%	5,53%
Esito questionario somministrato nell'anno 2014 (riferito solo ai dipendenti a tempo indeterminato con una adesione pari al 24%)		
Sicurezza e salute sul luogo di lavoro e stress lavoro correlato	3,75	
Le discriminazioni	4,49	
L'equità nella mia amministrazione	2,96	
Carriera e sviluppo professionale	2,96	
Il mio lavoro	4,60	
I miei colleghi	4,31	
Il contesto del mio lavoro	3,38	
Il senso di appartenenza	4,18	
L'immagine della mia amministrazione	4,73	
La mia organizzazione	2,58	
Le mie performance	3,13	
Il funzionamento del sistema	2,83	
Il mio capo e la mia crescita	3,49	
Il mio capo e l'equità	3,51	
*Il bianco indica soddisfazione, il giallo indica leggera insoddisfazione, il rosso indica insoddisfazione, i nero indica forte insoddisfazione.		

2.3 Analisi di genere		
Indicatori	**Valore a luglio 2014**	**Valore a dicembre 2014**
% donne rispetto al totale del personale	57,68%	58,07%
% dirigenti donne sul totale dei dirigenti	37,00%	37,22%
% dirigenti donne con incarico di struttura complessa sul totale delle strutture complesse		11,59%
% dirigenti donne con incarico di struttura semplice dipartimentale sul totale delle strutture semplici dipartimentali		19,05%
% dirigenti donne con incarico di struttura semplice sul totale delle strutture semplici		22,22%
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	97,27%	93,97%
Età media del personale femminile dirigente	48,77	50,72
Età media del personale femminile comparto	50,38	49,32
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile (esclusa laurea triennale)	20,03%	19,42%

Per quanto attiene la scheda 3 relativa alla rilevazione di obiettivi ed indicatori si rinvia nello specifico al cruscotto di monitoraggio di pagina 21 del presente documento e per un maggiore dettaglio alle singole schede di budget dell'anno 2015 una volta deliberate.

Per quanto attiene la scheda 4 relativa ai piani operativi si rimanda al piano strategico approvato nell'ambito degli Strumenti di Programmazione 2015-2017 (Deliberazione 1485 del 02 Dicembre 2014).

Scheda 5 – Descrizione gruppo di lavoro

Fase	Attività	Soggetti coinvolti
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 e Dipartimento amministrativo
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, Servizio Controllo di Gestione
Fase 5	Validazione del Piano e del processo attuativo proposto in riferimento alle linee guida ANAC/Dipartimento della Funzione Pubblica	Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)
Fase 6	Predisposizione delle schede di budget	Comitato Budget, Servizio Controllo di Gestione
Fase 7	Connessione funzionale con il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e il programma triennale di prevenzione della corruzione	Direzione Strategica aziendale, Coordinamento Staff, Responsabile Prevenzione Corruzione, Responsabile Trasparenza e Integrità
Fase 8	Integrazione con i documenti di programmazione economico finanziaria	Direzione Strategica aziendale, Servizio Controllo di Gestione