

ASL VITERBO

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO)

TRIENNIO 2023 - 2025



SOMMARIO

PREMESSA.....	3
SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	5
SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	9
VALORE PUBBLICO.....	9
PERFORMANCE.....	11
RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	31
SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	83
STRUTTURA ORGANIZZAZIONE.....	83
STRATEGIE PER LA COPERTURA DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE.....	87
FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	91
SEZIONE MONITORAGGIO.....	93
ALLEGATI 95	



PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), introdotto dall'art. 6 del D.L. 80/2021 convertito in legge dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113, è un documento programmatico triennale, con aggiornamento annuale. Il PIAO rappresenta un documento unico di programmazione e governance che assorbe, in ottica di semplificazione e integrazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni ed in particolare, tra gli altri, il Piano della performance, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile - POLA, Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e di promozione della Trasparenza, la programmazione dei fabbisogni formativi, il Piano triennale del fabbisogno del personale ed il Piano delle Azioni Positive.

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni.

Il PIAO intende rispondere alle seguenti finalità:

- Ridurre la burocrazia a favore della semplificazione per dipendenti, cittadini e imprese;
- Aumentare la qualità programmatica (soprattutto con riferimento ad obiettivi e indicatori) e resilienza programmatica (intesa come velocità di aggiornamento della programmazione al modificarsi del contesto di riferimento);
- Accrescere l'integrazione programmatica (intesa quale definizione armonica degli obiettivi lungo i diversi livelli temporali e tra le varie prospettive programmatiche);
- Sviluppare la finalizzazione programmatica.

Il PIAO si configura quale strumento per programmare in modo semplificato, qualificato e integrato le performance attese e le misure di gestione dei rischi corruttivi, a partire dalla cura della salute organizzativa e professionale dell'ente, in direzione funzionale alla creazione e alla protezione di Valore Pubblico.

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

Il Piano contiene la scheda anagrafica dell'amministrazione ed è suddiviso in tre sezioni, a loro volta articolate in sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali, così come previsto nel Decreto 30 giugno 2022, n. 132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione".

Oltre alla Scheda Anagrafica dell'amministrazione, sono individuate le seguenti sezioni:

➤ Sezione Valore pubblico, performance e anticorruzione, suddivisa nelle seguenti sottosezioni:

- a) Valore pubblico;
- b) Performance;



c) Rischi corruttivi e trasparenza;

➤ Sezione Organizzazione e capitale umano, suddivisa nelle seguenti sottosezioni:

a) Struttura organizzativa;

b) Organizzazione del lavoro agile;

c) Piano triennale dei fabbisogni di personale;

➤ Monitoraggio.

Il Piano ha valenza triennale e sarà soggetto ad aggiornamenti annuali.



ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda ASL di Viterbo è articolata territorialmente in tre Distretti, ai quali afferiscono i seguenti comuni:

Distretto A comprende i seguenti 28 comuni: Acquapendente, Bagnoregio, Bolsena, Capodimonte, Castiglione in Teverina, Civitella d'Agliano, Farnese, Gradoli, Graffignano, Grotte di Castro, Ischia di Castro, Latera, Lubriano, Marta, Montefiascone, Onano, Proceno, San Lorenzo Nuovo, Valentano, Arlena di Castro, Canino, Montalto di Castro, Monte Romano, Piansano, Tarquinia, Tescennano, Tuscania;

Distretto B comprende i seguenti 8 comuni: Bassano in Teverina, Bomarzo, Canepina, Celleno, Orte, Soriano nel Cimino, Viterbo, Vitorchiano;

Distretto C comprende i seguenti 24 comuni: Barbarano Romano, Bassano Romano, Blera, Capranica, Caprarola, Carbognano, Monterosi, Oriolo Romano, Ronciglione, Villa San Giovanni in Tuscia, Sutri, Vejano, Vetralla, Calcata, Castel Sant'Elia, Civita Castellana, Corchiano, Fabrica di Roma, Faleria, Gallese, Nepi, Vallerano, Vasanello, Vignanello.

L'organizzazione aziendale, al cui vertice si pone il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario Aziendale, è sinteticamente rappresentata come di seguito:



Le strutture che offrono prestazioni di ricovero e cura, ospedaliere e territoriali, presenti sul territorio sono:

Struttura	Posti letto Determinazione Regione Lazio n. G07512 del 18/06/2021			
	acuzie	lungodegenza	riabilitazione	totale
Polo Ospedaliero Centrale	467	0	16	483
Civita Castellana	86	0	0	86
Tarquinia	90	0	0	90
Acquapendente	40	0	0	40
TOTALE	699	0	16	715



Ospedale di Comunità*	Numero posti letto
Acquapendente	40
Montefiascone	10
Orte	20
Ronciglione	20
TOTALE	90

*Posti letto in programmazione

Struttura	Posti letto Acuti		Lungodegenza	Riabilitazione	Totale
	Ordinari	Day Hospital			
Nuova Santa Teresa del Bambin Gesù	24	0	0	0	24
Nuova Santa Teresa del Bambin Gesù *	20	0	0	0	20
Villa Immacolata	0	0	31	103	134
TOTALE	44	0	31	103	178

* dal 01/01/2021 - per effetto della riconversione ex DGR n. 863/2020

PUBBLICO		PRIVATO ACCREDITATO	
STRUTTURA	P.L.	STRUTTURA	P.L.
PO BELCOLLE (compreso stabilimento di Ronciglione e Montefiascone)	404	RSA (Villa Immacolata, Villa Rosa, Villa Serena, Padre Luigi Monti, l'Assunta, Santa Rita, Myosotis, Sorrentino, Giovanni XXIII, Residenza Cimina, Villa Benedetta, San Giuseppe)	763
P.O. TARQUINIA	57	NEUROPSICHIATRIA	70
P.O. CIVITA CASTELLANA	50	RIABILITAZIONE ex art. 26, compresi i trattamenti ambulatoriali (Villa Immacolata, AIRRI, Villa S. Margherita)	1068
P.O. ACQUAPENDENTE	28	HOSPICE (Casa di cura N.S. Teresa, Casa di cura Nepi, Villa Rosa)	225
		RIABILITAZIONE R1 (Villa Immacolata)	10
		RICOVERO IN ACUZIE (N.S.Teresa)	44
		LUNGODEGENZA (Villa Immacolata)	31
		RICOVERO POST-ACUZIE (Villa Immacolata)	103
TOTALE	539	TOTALE	2267



Posti letto privato e pubblico

Strutture territoriali che offrono servizi sanitari:

CONSULTORI	N. 16
DISTRETTI	N. 3
CENTRO SALUTE	N. 10
CENTRI DIURNI DSM	N. 4
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	N. 10
SERVIZI VETERINARI	N. 8
DIPENDENZE	N. 4
IGIENE PUBBLICA	N. 3

I dati della popolazione residente

La popolazione al 31 dicembre 2021 è di 308.737 abitanti (fonte dati ISTAT).

Popolazione per provincia

fonte ISTAT - 01/01/2022

▼ Provincia		▼ ordina per popolazione	▼ ordina per numero comuni
Provincia di Frosinone	FR	470.689	91
Provincia di Latina	LT	567.439	33
Provincia di Rieti	RI	151.143	73
Città Metropolitana di Roma Capitale	RM	4.216.874	121
Provincia di Viterbo	VT	308.737	60
Totale		5.714.882	378

grafico 1 - Popolazione per Provincia - dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

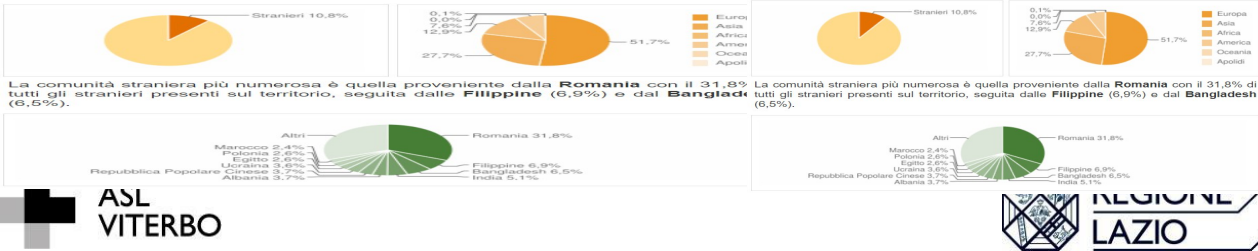
La densità di popolazione è pari a 85,40 ab./Km², collocando la provincia di Viterbo all'87° posto su 110 province italiane. Nel confronto con le province del Lazio risulta quarta seguita da Rieti.

Andamento demografico della popolazione residente in **provincia di Viterbo** dal 2001 al 2021. Grafici e statistiche su dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno.



grafico 2 - Andamento demografico dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT





Dall'analisi della struttura per età della popolazione della Provincia di Viterbo viene definita di tipo regressivo in quanto la fascia rappresentata dai giovani (0-14 anni) è minore di quella anziana (65 anni ed oltre).



Struttura per età della popolazione (valori %) - ultimi 20 anni

grafico 3 Struttura popolazione per età - dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Nella provincia di Viterbo l'indice di dipendenza strutturale (vedi grafico) è pari a 57,4 significa che ogni 100 persone in età lavorativa ci sono 57,4 persone a carico (bambini e anziani). Anche questo valore colloca la provincia di Viterbo sopra la media regionale.

grafico 4 - Indice di dipendenza strutturale - Elaborazione Open Salute Lazio

Sono inoltre presenti in Provincia di Viterbo al 1 gennaio 2022 n. 29.870 stranieri; la popolazione immigrata, che risulta essere in diminuzione rispetto al periodo precedente, è di fatto diventata una componente strutturale nel territorio con una maggiore presenza femminile (15.509 donne contro 14.697 uomini) che rappresentano il 10% della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 31,8% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalle Filippine (6,9%) e dal Bangladesh (6,5%).

SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

grafico 5 - provenienza popolazione straniera - dati ISTAT - elaborazione TUTTITALIA.IT

a) VALORE PUBBLICO

“LA VERA RICCHEZZA DEL SISTEMA SANITARIO È LA SALUTE DEI CITTADINI” (Piano



Sanitario Nazionale 2011-2013).

Questo assunto è il principio che ispira l'azione dell'Azienda nelle politiche di gestione delle risorse, di revisione dei processi amministrativi, di risanamento e riorganizzazione dell'assistenza.

L'ASL di Viterbo ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo ai cittadini i livelli essenziali di assistenza, definiti dal Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, attraverso prestazioni preventive, di cura e riabilitative, prodotte ed erogate nel rispetto dei principi di appropriatezza e sulla base delle più moderne conoscenze tecnico-scientifiche assicurando, al contempo, i parametri qualitativi migliori come definiti dalle normative nazionali e internazionali e dagli indirizzi dell'Unione Europea.

La missione strategica dell'Azienda è tutelare e promuovere la salute intesa come benessere psicofisico e sociale, dando soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, gestendo con efficienza le risorse disponibili per garantire con tempestività e in condizioni di sicurezza le prestazioni di prevenzione e cura efficaci, nel rispetto della persona e nell'interesse delle collettività.

L'Azienda concorre alla più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Lazio, non limitandosi a garantire prestazioni sanitarie ma perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, secondo un approccio sinergico ed integrato con il sistema delle autonomie locali e con le altre agenzie che si occupano dello sviluppo economico, di tutela ambientale, dell'urbanistica, dei trasporti, dell'agricoltura, dello sport e tempo libero, per l'impatto che le stesse hanno sullo stato di salute.

L'Azienda persegue la propria missione attraverso una gestione imparziale tipica della pubblica amministrazione dove l'indirizzo politico riguarda il disegno complessivo delle scelte di fondo del sistema mentre le scelte gestionali sono ispirate esclusivamente dal valore delle competenze professionali, dall'attitudine all'adempimento dei compiti assegnati, dalla condivisione della missione aziendale.

Fondamentale è la relazione con i vari stakeholder che entrano nel sistema di produzione dei servizi: privato accreditato, organismi e istituzioni del Terzo Settore.

La visione strategica dell'azienda è sviluppare integrazioni, alleanze e strategie sia all'interno dell'organizzazione con lo sviluppo dei processi di aziendalizzazione e responsabilizzazione della dirigenza su obiettivi e risultati, sia all'esterno per arricchire il capitale sociale esistente e migliorare l'offerta dei servizi.

Tale processo vede coinvolti anche i cittadini e le loro organizzazioni, le forze sociali e gli organismi di volontariato, a garanzia della legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa e della umanizzazione delle cure

La visione dell'Azienda nell'organizzazione delle relazioni umane e professionali si basa sui seguenti principi:

- contribuire alla specificità del bisogno assistenziale di cui è portatrice la persona a cui sono diretti i servizi, l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza allocativa ed operativa delle risorse mobilitate e il loro rendimento;
- garantire una relazione personale e di fiducia e di empatia fra paziente ed operatore sanitario;



- garantire la libertà clinica e l'autonomia professionale che si estrinsecano nella predisposizione di percorsi clinico-assistenziali integrati, efficaci, efficienti, appropriati, in una logica stringente di governo clinico;
- curare il proprio capitale professionale per fornire opportunità di crescita e di carriera alle competenze presenti che sappiano distinguersi per autorevolezza e impegno;
- ritenere l'etica come componente professionale ineludibile;
- sostenere la collaborazione fra i soggetti interni ed esterni al fine di contribuire agli obiettivi di miglioramento della salute e del benessere della popolazione.

La visione dell'azienda rispetto all'innovazione tecnologica ed organizzativa è centrata alla:

- costruzione dei modelli organizzativi che garantiscano sostenibilità economica attraverso una risposta appropriata ai bisogni di salute dei cittadini;
- trasparenza nella separazione delle responsabilità di governo e di committenza da quelle di produzione delle prestazioni;
- coerenza della gestione dell'Azienda ai criteri di programmazione, controllo e nella rendicontazione a tutti i portatori d'interesse dei risultati raggiunti;
- integrazione nella programmazione, gestione e controllo delle aree tecniche amministrative e sanitarie al fine di garantire efficienza ed economicità delle scelte aziendali ed in questa ottica, adozione di una prospettiva di HTA a supporto delle decisioni manageriali per le nuove sfide ed opportunità non solo come strumento di gestione ma anche come supporto alla realizzazione della *clinical governance*.

Le linee di tendenza in atto concorrono a delineare uno scenario nel quale l'organizzazione territoriale e quella ospedaliera, dotate di paradigmi diversi, finalmente possono integrarsi. La ricchezza di strutture presenti sul territorio della provincia di Viterbo, la presenza di numerose municipalità, la presenza di competenze professionali diffuse consentono di elaborare uno scenario in cui i pazienti si "muoveranno" di meno dalle proprie residenze mentre si muoveranno di più le informazioni, le immagini, i campioni biologici.

L'organizzazione dovrà poter far emergere i cinque pilastri portanti del sistema che sono:

- a) le cure primarie e la presa in carico;
- b) la continuità dell'assistenza e delle cure;
- c) la diagnosi e cura specialistica;
- d) la condivisione con le municipalità di programmi d'intervento socio-sanitari;
- e) la partecipazione attiva dei cittadini/pazienti.

La complessità e pluralità dei bisogni necessita di flessibilità, variabilità ed integrazione di risposte e percorsi assistenziali. Da ciò la necessità di sviluppare una rete sinergica che configuri le azioni in un'ottica di sistema.



L'attuale programmazione Regionale ed Aziendale degli interventi ricadenti in questo ambito ha lo scopo, anche ricorrendo alle risorse messe a disposizione del PNRR, di consolidare ed innalzare il livello medio di digitalizzazione dei vari processi diagnostici, clinici, assistenziali ed amministrativi all'interno delle singole strutture aziendali.

A livello infrastrutturale è previsto il consolidamento ed il potenziamento dei sistemi di sicurezza informatica in grado di proteggere e garantire i dati e le comunicazioni.

La presente sottosezione sulla Performance viene sviluppata in coerenza ai principi fissati dal D. Lgs. n.150/2009 "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 di un documento programmatico triennale denominato "Piano della Performance" che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, definendo gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell'Amministrazione, dei dirigenti e dei dipendenti non dirigenti, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi.

Il Piano della performance ha la finalità di rendere partecipe la Comunità degli obiettivi che l'ASL di Viterbo si è prefissata per il triennio 2023-2025 garantendo ampia trasparenza e diffusione delle informazioni.

b) PERFORMANCE

La presente sottosezione sostituisce quindi il Piano della Performance previsto dall'art. 10 del D.Lgs n. 150/2009 "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". In tale sezione vengono individuati gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, definendo gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell'Amministrazione, dei dirigenti e del comparto, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi, garantendo ampia trasparenza e diffusione delle informazioni.

1. Le Performance della ASL di Viterbo 2023-2025

La sottosezione delle Performance della Asl di Viterbo 2023-2025 è stata redatta in coerenza con gli strumenti di programmazione nazionale e regionale, con i vincoli di Bilancio ed a partire dal Nuovo Sistema di Garanzia e da Piano Nazionale Esiti.

In particolare, il documento tiene conto della normativa correlata alla gestione della fase emergenziale dovuta alla pandemia SARS COV2 che ha impattato significativamente sull'organizzazione delle strutture sanitarie aziendali, modificando i percorsi interni e le modalità dell'offerta assistenziale per garantire gli standard di sicurezza. E' coerente con il Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del SSR 2019-2021, approvato con DCA U00081 del 25/06/2020 e con gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali con DGR 1111 del 30/11/2022.

Le opportunità offerte dal PNRR, con le sue specifiche linee di finanziamento previste dalla Missione 6 Salute, rendono fattibile una riorganizzazione del sistema salute a partire dal potenziamento e dalla riqualificazione dei servizi territoriali sia di base che di transitional care.



Il progressivo invecchiamento della popolazione ed il conseguente incremento dei bisogni assistenziali, in particolare correlati allo sviluppo delle patologie croniche ed a rischio di disabilità, la crescita in complessità e volumi dei servizi, pone l'esigenza di impiegare al meglio le risorse oggi disponibili, individuando manovre di contenimento dei costi nelle "aree di inefficienza" e di sviluppo per interventi di ammodernamento e potenziamento delle infrastrutture e valorizzazione delle best practice. L'introduzione di tecnologie ad alto costo pone il tema della sostenibilità economica dell'intero sistema sanitario come tema centrale di impegno da parte dell'Azienda.

Il documento nasce dalla valutazione della interconnessione tra bisogni rilevati, a volte anche inespressi, risultati raggiunti, risultati da raggiungere e servizi sanitari da attivare per migliorare la sanità viterbese a partire dalle indicazioni contenute nella Missione 6 Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dalla contestualizzazione in ambito regionale.

In particolare il PNRR assegna alle aziende sanitarie risorse dedicate alla riqualificazione e potenziamento dell'assistenza territoriale con una particolare attenzione a promuovere le cure presso il domicilio del paziente ed a strutturare una rete di assistenza intermedia che si sostanzia nella realizzazione delle Case e degli Ospedali di Comunità. Inoltre prevede lo sviluppo delle Centrali Operative Aziendali quali elemento di garanzia sia di un'appropriata risposta assistenziale che di continuità tra un setting di cure e l'altro. Tali azioni trovano sostegno in un investimento specifico nei processi di digitalizzazione e di telemedicina e tele assistenza.

La Direzione Strategica ha improntato la propria programmazione attraverso lo sviluppo di un nuovo modello territoriale declinato nello specifico Piano Territoriale per le attività sanitarie e socio sanitarie; ciò sarà possibile a partire dalle opportunità offerte dal PNRR, peraltro in continuità con le azioni già avviate nel triennio precedente.

La programmazione aziendale triennale, a partire dal 2023, si basa sui seguenti capisaldi:

- la revisione dei processi organizzativi aziendali in relazione al principio che qualità, appropriatezza clinica ed organizzativa sono gli unici elementi che garantiscono la sostenibilità del sistema economico dell'azienda, a partire dal Piano Territoriale sanitario e socio sanitario aziendale;
- la riqualificazione dei servizi e delle strutture, costruendo i percorsi di cura sulla persona e non sulla patologia, garantendo omogeneità nell'offerta, direttamente collegata ai bisogni ed alla domanda, espressa e inespressa, in una logica di corretta allocazione delle risorse per rispondere ai bisogni fondamentali di tutela della salute della persona attraverso la realizzazione dei Progetti Individuali di Salute (PRIS) come descritti in dettaglio nel Piano Territoriale;
- la digitalizzazione del Sistema Salute al fine di garantire una maggiore efficacia degli strumenti informatici a supporto degli operatori nei processi di cura e per incrementare la facilità di accesso ai servizi da parte dei cittadini, anche in relazione alle linee d'intervento specificate dal PNRR e dal Piano Territoriale aziendale;
- il rafforzamento del sistema delle responsabilità, attraverso la costruzione di un patto con i professionisti e tra questi ed i cittadini, con il solo vincolo di generare valore per la comunità-azienda; Le politiche e le azioni di seguito definite, raccontate nella loro articolazione, servono tutte a convogliare le azioni dei diversi livelli professionali verso questi aspetti essenziali. Il documento non



vuole, e non deve, essere esaustivo ma deve identificare il percorso che coinvolge gli operatori nella revisione dei processi, nella riorganizzazione dei percorsi, nella condivisione della modalità di prendersi cura dei cittadini, adeguando le azioni strategiche aziendali ai modelli organizzativi ed agli impianti normativi dettati dalla Regione Lazio.

- l'implementazione di un approccio multidisciplinare alle criticità, attraverso la costruzione di momenti di condivisione tra professionisti operanti in diversi contesti assistenziali, sviluppando una cultura organizzativa orientata alla capacità di agire come Comunità di pratica, in modo da fare emergere le soluzioni a problemi, anche complessi, dalla stessa comunità professionale dell'Azienda; i Tavoli Tecnici sono le nostre comunità di pratica, chiamate ad affrontare le tematiche a maggior impatto critico.

La strategia è stata definita con i professionisti in relazione ad un'analisi critica dei processi ed in considerazione del fatto che le risorse, per essere utilizzate in modo efficiente, devono servire per rispondere realmente ai bisogni di salute, con la consapevolezza che l'autoreferenzialità delle organizzazioni rigide non può rispondere a questo principio. I servizi sanitari, per essere sostenibili, devono essere quindi flessibili, devono saper leggere i bisogni ed ascoltare i cittadini, devono orientare nelle cure, e per queste ragioni devono essere costantemente valutati ed innovati.

1.1 Perché un focus sulla performance

Migliorare la performance delle Amministrazioni Pubbliche è l'obiettivo comune e centrale delle numerose iniziative di cambiamento in atto nel settore pubblico del nostro Paese. La necessità di rispondere adeguatamente alle esigenze crescenti dei cittadini, in termini di qualità delle politiche e dei servizi erogati, soprattutto in tempi di forti ristrettezze economiche che stanno minacciando la sostenibilità del Servizio Sanitario Pubblico nel suo complesso, obbliga le pubbliche amministrazioni a munirsi di informazioni precise e quantificabili sugli aspetti rilevanti delle proprie attività per migliorare l'erogazione dei servizi e l'organizzazione stessa, nonché per rendere più trasparente la rendicontazione del proprio operato agli stakeholder e ai cittadini.

L'ASL di Viterbo fa propria la definizione di performance così come declinata dal Decreto Legislativo 150/2009, poi integrato con il Decreto Legislativo 74/2017:

"il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (sistema, organizzazione, unità organizzativa, gruppo di lavoro, individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è costituita".

Il ciclo di gestione della performance è un processo che raccoglie in un unico quadro le funzioni di pianificazione, di monitoraggio, di misurazione e di valutazione, in una logica di forte integrazione tra i diversi ambiti dell'azione amministrativa.

1.2 I "tempi" del Ciclo delle Performance



La sottosezione sulla Performance sviluppa le linee di indirizzo strategiche e programmatiche dell'ASL di Viterbo. Ha valenza strategica triennale (2023-2025) e viene declinata annualmente relativamente agli indirizzi strategici regionali definendo, in coerenza con le risorse assegnate così come rilevate nel piano del fabbisogno del personale e con i piani di investimento:

- a) obiettivi congrui alla missione della ASL e alle sue articolazioni organizzative;
- b) indicatori capaci di misurare nel tempo l'andamento dell'attività o dei processi soggetti a misurazione, valutazione e rendicontazione.

La sottosezione prevede:

- gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascuna articolazione organizzativa, strettamente collegati alle risorse economiche assegnate; tali obiettivi ed indicatori hanno valenza triennale, fatte salve le modifiche che potranno essere introdotte al variare della normativa o del quadro generale di riferimento e fatto salvo quanto espressamente non riproposto nelle annualità successive alla prima;
- la modalità di verifica del grado di raggiungimento;
- l'integrazione con gli altri documenti collegati.

Il ciclo di gestione della performance segue un percorso così articolato:

- a partire dal mese di settembre la Direzione Generale, supportata dalla UO Controllo di Gestione, avvia il processo di elaborazione del Piano, sulla base di quanto determinato dagli strumenti di programmazione regionali, dal Nuovo Sistema di Garanzia e dal Piano Nazionale Esiti, dai Piani Operativi ed in coerenza con gli obiettivi annuali assegnati dall'Assessorato alla Sanità Regionale al Direttore Generale;
- la Direzione Generale avvia il confronto con il Collegio di Direzione e con gli altri attori interessati al processo, per condividere le scelte strategiche sulle quali improntare le azioni di miglioramento;
- elaborato il quadro degli obiettivi strategici per l'esercizio successivo all'anno in corso, il Controllo di Gestione, con il supporto del Comitato di Budget avvia il processo di elaborazione delle schede degli obiettivi operativi, funzionali alla realizzazione dei documenti di programmazione aziendale (Piano Strategico Triennale e Bilancio di Previsione) e l'assegnazione delle risorse ai centri ordinatori di spesa);
- dopo l'approvazione dei richiamati documenti di programmazione, vengono elaborati gli indicatori di performance da sottoporre alla validazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione, nel rispetto del sistema di misurazione e valutazione adottato dall'Azienda.

La Direzione Strategica ha condiviso con il Collegio di Direzione l'intero processo di costruzione del Piano Strategico e, conseguentemente, della sottosezione dedicata alla performance, a partire dall'analisi dei risultati del lavoro prodotto dai Tavoli Tecnici istituiti nel 2020 per affrontare le



maggiori criticità rilevate e del nuovo modello territoriale declinato nello specifico Piano Territoriale per le attività sanitarie e socio sanitarie della ASL di Viterbo. Il Piano Territoriale rappresenta l'opportunità per realizzare un percorso integrato che parte dalla **casa come primo luogo di cura** per arrivare alle **Case della Comunità** e agli **Ospedali di Comunità**, superando la frammentazione dei percorsi di cura sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali. Fondamentale lo sviluppo delle reti di prossimità, l'implementazione della domiciliarità anche attraverso la digitalizzazione e la telemedicina.

Il Piano Territoriale, nelle sue articolazioni, è stato presentato e discusso al Collegio di Direzione nel mese di settembre 2021, individuando le fasi di attuazione del modello assistenziale territoriale.

La Direzione strategica ha individuato le diverse fasi applicative del nuovo modello organizzativo al fine di rendere pienamente operativo su tutto il territorio provinciale il Piano, come di seguito elencate:

- Fase 1: articolazione della rete territoriale di prossimità;
- Fase 2: sistema aziendale delle Centrali Operative;
- Fase 3: evoluzione delle cure domiciliari e nuovi strumenti di valutazione;
- Fase 3.1.: progetto sperimentale Unità Speciale di Continuità Assistenziale Territoriale;
- Fase 4: l'integrazione Ospedale-Territorio;
- Fase 4.1.: la dimissione orientata;
- Fase 5: organizzazione delle strutture intermedie di comunità
- Fase 5.1.: Case della Comunità;
- Fase 5.2.: Ospedali di Comunità;
- Fase 6: bisogni di salute, strumenti di valutazione e modelli di intervento: la stratificazione del rischio e la classificazione del bisogno di salute, i progetti individuali di salute (PRIS) e gli strumenti applicativi, integrazione socio-sanitaria e budget di salute;
- Fase 6.1.: applicazione del modello di autocura;
- Fase 6.2.: dal progetto di comunità agli spazi di socializzazione;
- Fase 7: ecosistema digitale e applicazione dei sistemi di e-health;
- Fase 8: il sistema di valutazione e controllo nell'ambito distrettuale.

La rete territoriale è stata dunque riscritta in un'ottica di prossimità e sicurezza delle cure, grazie ad una forte Regia centralizzata (Centrali Operative) e alla presenza di strutture intermedie e unità speciali di continuità assistenziale. La rete territoriale ha come fondamenta la stratificazione del livello di rischio della popolazione e la conseguente classificazione del bisogno di salute. La finalità perseguita è quella di favorire più a lungo possibile la permanenza della persona malata al proprio domicilio, garantendo la miglior qualità di vita possibile, anche nel fine vita.

Tra i modelli operativi l'Azienda aveva già individuato Reti Professionali Cliniche, Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDTA) e Centri. Il nuovo modello organizzativo deve realizzare un percorso integrato che parte dalla casa come primo luogo di cura per arrivare alle Case della comunità e agli Ospedali di Comunità, superando la frammentazione



dei percorsi di cura sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali. Fondamentali in questa direzione le reti di prossimità, l'implementazione della domiciliarità anche attraverso la digitalizzazione e la telemedicina. Questo sistema di networking è basato sulla valutazione in equipe integrata multidisciplinare e sulla definizione del Progetto individuale di salute (PRIS), sull'appropriatezza erogativa, il bilanciamento nell'utilizzo delle diverse tipologie di risorse (ospedaliero, residenziale, domiciliare, pubblico, privato accreditato).

Il 15 dicembre 2022 si è svolta la Conferenza dei Servizi "Facciamo sistema: le priorità e l'impegno per consolidare insieme l'offerta di salute della Tuscia", nel corso della quale è stata condivisa la progettualità aziendale già avviata a partire dalle nuove opportunità rappresentate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, dai nuovi modelli organizzativi e dai Piani Aziendali Programmatici (Piano Aziendale Equità e Piano Aziendale della Prevenzione). E' stata l'occasione per presentare la revisione dei Tavoli Tecnici condivisa con il Collegio di Direzione e dare l'avvio al ciclo delle performance, in coerenza con il Piano Strategico Triennale tuttora vigente.

Di seguito si elencano i nuovi Tavoli Tecnici:

1. osservatorio percorsi clinico assistenziali di emergenza e innovazioni organizzative;
2. dimissione e ammissione orientata;
3. la rete chirurgica: attuazione, accessibilità e monitoraggio;
4. sviluppo del nuovo modello territoriale;
5. ospedale amico del bambino e della donna
6. miglioramento dell'offerta riabilitativa aziendale in relazione al bisogno di salute;
7. malattie rare
8. qualità e valutazione partecipata;
9. digitalizzazione e telemedicina

La composizione dei Tavoli tiene conto dell'approccio multidisciplinare e delle competenze diversificate necessarie per orientare i processi e affrontare globalmente le tematiche che, molto spesso, impattano su diversi dipartimenti dell'Azienda.

I componenti dei gruppi di lavoro sono stati individuati in virtù delle competenze ed expertise al fine di contribuire ad implementare le azioni di innovazione e di ottimizzazione dei processi avviate.

Nel grafico successivo è riportata l'articolazione dell'intero ciclo delle performance 2023.



IL PROCESSO DI BUDGETING 2023

I TEMPI	LE AZIONI	GLI ATTORI
settembre 2022	avvio elaborazione Piano Triennale delle Performance in coerenza con i Programmi Operativi, il PSR, gli obiettivi dei D.G. ed i DCA della Regione Lazio	Controllo di Gestione
ottobre-novembre 2022	apertura fase di ascolto degli stakeholder interni ed esterni per la individuazione e condivisione delle priorità strategiche da inserire nel Piano;	Direzione Strategica, Collegio di Direzione
Dicembre 2022	convocazione Conferenza dei Servizi e presentazione Piano Triennale delle Performance...consegna ai Direttori di Dipartimento e ai responsabili di UU.OO.CC e UU.OO.SS.DD. della proposta di budget 2023	Direzione Strategica
entro il 10 gennaio 2023	consegna contributo responsabili UUUOCC e dip.li per la definizione obiettivi budget 2023	UUOCC
31 gennaio 2023	approvazione del Piano Triennale della Performance	Direzione Strategica
31 gennaio 2023	consegna della documentazione relativa al raggiungimento degli obiettivi di budget 2022 e delle schede relative al contributo individuale	tutte le UUUOCC e Dip.li: CdG
31 dicembre 2022*	approvazione Bilancio di Previsione 2023	Direzione Strategica
gennaio 2023	validazione degli indicatori annuali di budget (2023) da parte dell'OIV ed avvio del processo di negoziazione	CdG, Comitato di Budget, OIV, Direzione Strategica
marzo 2023	conclusione processo di negoziazione obiettivi di budget 2023;	CdG, Comitato di Budget, Direzione Strategica
entro marzo 2023	contestualizzazione processo di budget all'interno delle UU.OO. e assegnazione obiettivi di performance individuali	Responsabili di Struttura
aprile 2023	monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2023 - I trimestre; invio relazione OIV	Controllo di Gestione
aprile 2023*	approvazione Bilancio consuntivo 2022	Direzione Strategica
maggio 2023	conclusione verifica risultati budget 2022 (misurazione performance organizzativa); conclusione verifica e misurazione performance individuale; invio proposta Relazione della Performance all'OIV	Controllo di Gestione – Politiche e Gestione delle Risorse – Controllo di Gestione
giugno 2023	validazione Relazione della Performance 2022 e proposta di valutazione dei dirigenti di vertice individuati nei Direttori di Dipartimento, di Distretto e di Area Amministrativa	OIV
30 giugno 2023	approvazione Relazione e pubblicazione sul sito web aziendale	Direzione Strategica
luglio 2023	monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2023 - II trimestre; invio relazione OIV	Controllo di Gestione
luglio 2023	erogazione incentivo di risultato comparto e dirigenza anno 2022;	Risorse Umane
novembre 2023	monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2023 - III trimestre; invio relazione OIV	Controllo di Gestione

ciclo Programmazione e Controllo

adempimenti Decreto <u>Leg.vo</u> 150/2009
--

ciclo del Bilancio*: le scadenze sono subordinate alle indicazioni della Regione Lazio
--



2. Il modello di misurazione

Il modello di misurazione della ASL VT si ispira ai seguenti principi di fondo:

- essere collegato agli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale;
- recuperare e valorizzare la dimensione strategica dell'Azienda Sanitaria;
- evitare qualsiasi incremento e duplicazione di attività programmatiche;
- valorizzare e riqualificare i sistemi di budgeting aziendali;
- garantire adeguata chiarezza e trasparenza delle performance

Il modello è articolato su più livelli:

- livello istituzionale: PSR Lazio, Piani Operativi e Obiettivi del D.G.;
- livello aziendale: 1) strategico di pianificazione propria dell'Azienda in coerenza con gli indirizzi nazionali e regionali; 2) operativo di definizione degli obiettivi, nonché individuazione di indicatori collegati alle strategie.

La misurazione delle performance avviene con periodicità sia trimestrale che annuale, attraverso il monitoraggio degli obiettivi, nonché con strumenti mirati, quali il processo di budget e/o la reportistica periodica.

La rendicontazione puntuale relativa ai singoli obiettivi avviene acquisendo i dati dalle fonti ufficiali aziendali o regionali (Sistemi Informativi aziendali, PREValE, Lazio Crea, SIAT, ecc. BEST, ORMAWEB) e recuperando la documentazione e le relazioni dalle strutture relativamente al conseguimento di quegli obiettivi qualitativi ed organizzativi (predisposizione di Protocolli e percorsi clinico assistenziali, revisione procedure, attivazione di nuovi servizi, ecc.) in modo che tale valutazione sia supportata da elementi oggettivi.

Relativamente agli obiettivi documentali, ossia valutati sulla base della documentazione prodotta, la valutazione sarà il risultato della misurazione della percentuale di azioni compiute e l'efficacia delle stesse, rispetto a quelle ancora da compiere.

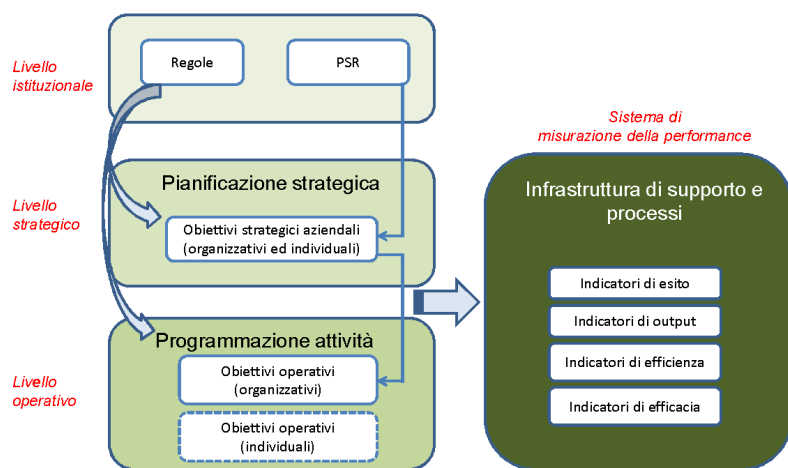
Nella tabella seguente sono riportate le diverse tipologie di fonti di misurazione

tipologia KPI	criterio di valutazione
tipo autocertificazione	Valutazione effettuata direttamente dal responsabile di struttura che deve in ogni caso allegare la documentazione che dimostri la veridicità di quanto dichiarato
Tipo software interno di struttura	Valutazione effettuata direttamente dal responsabile di struttura avvalendosi del SW gestionale in uso (es. CARDIOPLANET, DnLAB, ecc.)
Tipo documentale	Valutazione effettuata dal Comitato di Budget quale risultato della misurazione della percentuale di azioni compiute e documentate e l'efficacia delle stesse, rispetto a quelle ancora da compiere
Tipo flussi e software	Valutazione basata sui risultati direttamente calcolati dal sistema informativo aziendale o regionale



Tipo obiettivo/indicatore	Referente di	Valutazione effettuata dal Referente (Direttore Dipartimento di afferenza o altro Dipartimento, responsabile di linea di attività - p.es. Responsabile Trasparenza, Responsabile URP, Risk Management -) a volte espressamente individuato nella scheda di budget, avvalendosi delle informazioni, documenti e dati in suo possesso utili alla valutazione dell'obiettivo
Tipo Tecnico	Coordinatore Tavolo	Valutazione effettuata dal Coordinatore del Tavolo Tecnico di afferenza sulla base dell'apporto e del contributo che il/i partecipanti al Tavolo ha/hanno garantito ai lavori dello stesso, anche documentato nella piattaforma gestionale informatica dedicata

La figura di seguito rappresentata evidenzia i principi ispiratori



2.1 Le dimensioni di analisi delle performance

Le performance dell'Azienda sono analizzate e valutate con specifico riferimento ai livelli strategico, di programmazione e gestionale, in termini di:

- ✓ rilevanza, intesa come coerenza tra gli obiettivi che si danno e i bisogni della collettività, di cui gli obiettivi dovrebbero essere l'espressione;
- ✓ efficienza, intesa come capacità di realizzare gli obiettivi di produzione di beni e servizi (output), migliorando il rapporto tra le risorse utilizzate e la quantità e la qualità degli output prodotti;
- ✓ efficacia, connessa al raggiungimento degli obiettivi strategici, soprattutto in termini di soddisfazione dei bisogni espressi dalla comunità di riferimento. In questo caso, è evidente che l'accezione assuma una dimensione più complessa da quantificare e valutare rispetto all'efficienza, ma sicuramente più importante e significativa;
- ✓ economicità, intesa come la capacità di soddisfare in modo adeguato i bisogni considerati di pubblico interesse dalla comunità di riferimento, in condizioni di compatibilità economico-finanziaria con il budget assegnato;



- ✓ appropriatezza, nella duplice accezione di appropriatezza clinica delle prestazioni e appropriatezza organizzativa, intesa come giusta utilizzazione delle risorse professionali e logistiche.

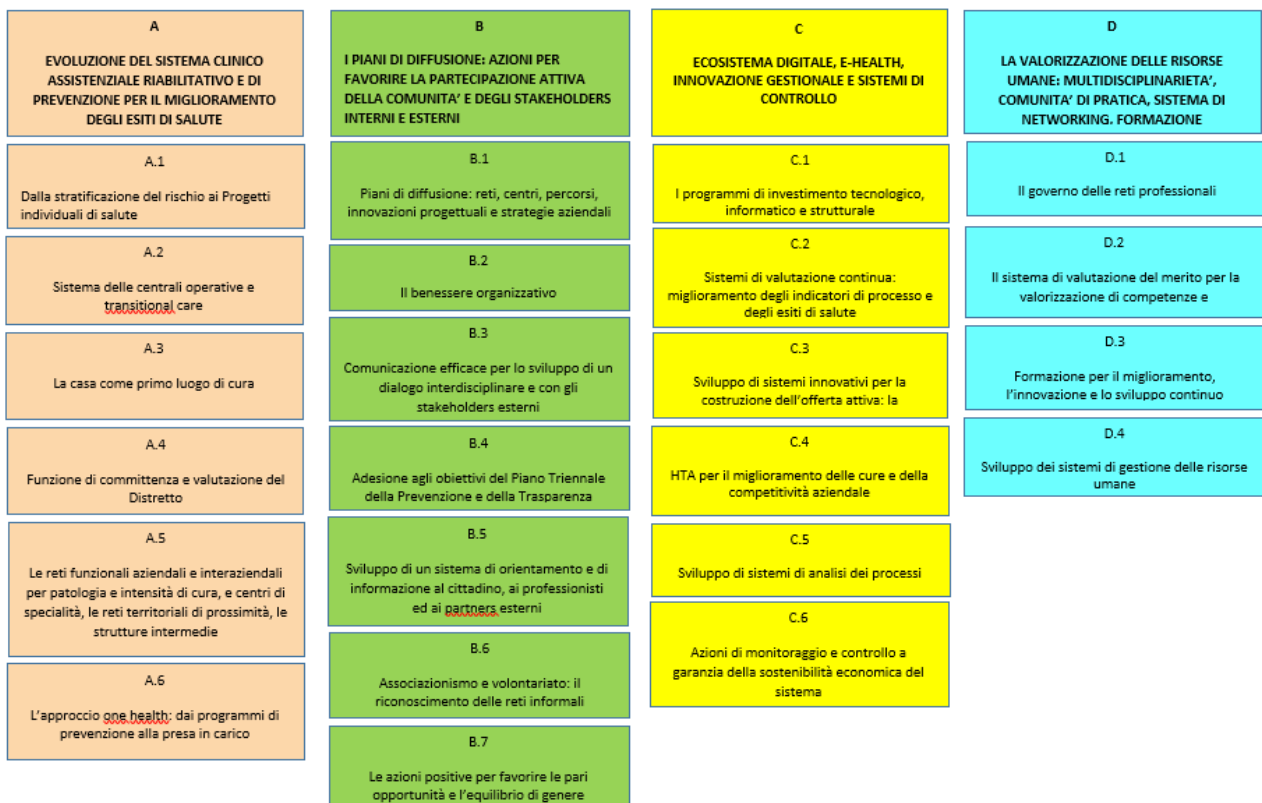
2.2 La misurazione e valutazione della performance individuale

Il ciclo di gestione delle performance vede una stretta interconnessione tra il raggiungimento degli obiettivi organizzativi delle Unità Operative ed il contributo che individualmente i dipendenti apportano al raggiungimento degli stessi, a sua volta collegato alla distribuzione del fondo di risultato attribuito ad ogni singolo dipendente sulla base dei risultati ottenuti dal Centro di Responsabilità (di seguito CdR) in cui lo stesso ha operato nel corso dell'esercizio secondo una logica che considera l'attività di ogni singolo CdR come il risultato dell'apporto congiunto di tutte le professionalità in esso presenti.

Al singolo dipendente verrà assegnato da parte del Responsabile di CdR, sentito anche il coordinatore, un "punteggio di valorizzazione" differenziale (da 1 a 5 per ogni item) determinato in base alla valutazione relativa a tre diverse aree di valutazione: area del risultato, area della qualità della prestazione lavorativa, area delle capacità manageriali e relazionali, calcolato in relazione ai criteri di valorizzazione individuati ad inizio anno dal responsabile del CdR, strettamente collegati agli obiettivi strategici assegnati al CdR.

3. L'albero delle performance

L'analisi del contesto interno ed esterno, l'individuazione dei punti di forza e di debolezza del sistema, il recepimento dei Programmi Operativi 2019-2021 - Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale, approvati con DCA n. U00303 del 25 luglio 2019, del DCA U00081 del 25/06/2020 "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021", le nuove opportunità rappresentate dal PNRR, il DM 77/2022 ed i nuovi modelli per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN, confermano l'identificazione di quattro macro aree sulle quali improntare l'azione strategica di cambiamento. Tra di



loro sono ovviamente interconnesse e la schematizzazione aiuta ad identificare meglio le azioni conseguenti e la coerenza con gli interventi e le azioni regionali:

A: evoluzione del sistema clinico assistenziale riabilitativo e di prevenzione per il miglioramento degli esiti di salute per promuovere la qualità dell'assistenza e le riorganizzazioni dei servizi attraverso:

- l'integrazione dell'offerta tra ospedale e territori attraverso il coordinamento di tutti gli interventi in relazione a: bisogno di salute, prossimità geografica, complessità della patologia e sicurezza delle cure;
- la stratificazione del rischio ed i progetti individuali di salute;
- il dimensionamento dell'offerta ospedale territorio in un'ottica di efficientamento della rete, anche attraverso la riconversione dei punti di erogazione;
- l'evoluzione del sistema di emergenza-urgenza intra ed extra ospedaliero, a garanzia dei livelli di sicurezza e di efficientamento della rete;
- il dimensionamento dell'ospedale di Belcolle in una visione prospettica anche in relazione alla gestione di reti funzionali interaziendali per patologia (Lazio Nord);
- l'implementazione dei sistemi di budget partecipativo socio-sanitario, in un'ottica di corretto bilanciamento tra attività sanitaria, socio-sanitaria e sociale, soprattutto attraverso l'attuazione di modelli di sanità di iniziativa e l'offerta attiva per la gestione delle cronicità, disabilità e salute mentale;
- lo sviluppo dell'utilizzo dei sistemi di innovazione tecnologica per il miglioramento della qualità assistenziale e l'ottimizzazione delle risorse;
- l'integrazione delle attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria dei percorsi di cura, promuovendo azioni che identifichino qualità ambientale e di vita come principi cardine a garanzia dello stato di salute e benessere sociale.

B: i piani di diffusione: azioni per favorire la partecipazione attiva delle comunità attraverso:

- la diffusione di livelli assistenziali, reti percorsi, innovazioni progettuali e strategie dell'Azienda;
- la comunicazione efficace per lo sviluppo di un dialogo interdisciplinare e con gli stakeholders esterni;
- la predisposizione di un'efficace sistema di orientamento e di informazione al cittadino, ai professionisti ed ai partners esterni;
- lo sviluppo dei patti terapeutici ed il miglioramento delle relazioni con il paziente ed i suoi famigliari, volti ad aumentare l'aderenza alle proposte aziendali;



- le azioni positive finalizzate a garantire il riequilibrio delle situazioni di diseguaglianza di genere, il contrasto ad ogni forma di discriminazione ed a favorire il miglioramento del benessere organizzativo in ambito lavorativo (vedi allegato B.2 Piano delle Azioni Positive);
- lo sviluppo del sistema di orientamento per la facilitazione all'accesso al sistema salute attraverso un'efficace sistema di orientamento e di informazione al cittadino, ai professionisti ed ai partners esterni;
- la costruzione dei patti con la rete del volontariato e dell'associazionismo per il riconoscimento delle reti informali, basate sulla reciprocità e solidarietà, che hanno impatto sul sistema, canalizzando le energie e le azioni sostenibili a lungo termine;

C: ecosistema digitale, e-health, innovazione gestionale e sistemi di controllo al fine:

- della condivisione delle strategie di sviluppo per l'aderenza dei nuovi programmi di investimento tecnologico informatico e strutturale;
- lo sviluppo di azioni finalizzate all'efficientamento energetico ed all'uso intelligente e razionale dell'energia, in coerenza con il Regolamento dell'Unione Europea 2022/1369;
- lo sviluppo di sistemi per la valutazione continua dell'efficientamento dei livelli di assistenza programmati e l'utilizzo delle risorse a garanzia della sostenibilità economica dell'Azienda;
- l'attuazione di azioni finalizzate alla riduzione dei tempi di intervento nell'erogazione/qualità delle cure attraverso la collaborazione attiva della parte tecnico amministrativa;
- la valutazione degli investimenti per il miglioramento delle cure e la competitività e l'efficientamento dell'Azienda;
- l'adozione di misure organizzative necessarie ad assicurare l'applicazione del lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione, in attuazione dell'art. 263 della L. n.77/2020

D: la valorizzazione delle risorse umane: la formazione, le comunità di pratica ed il sistema di networking aziendale attraverso:

- la costruzione ed il governo di reti professionali e l'implementazione operativa dell'approccio clinico-assistenziale multidisciplinare;
- lo sviluppo di sistemi di gestione delle risorse umane in relazione alle loro reali attitudini, alla possibilità di crescita professionale quale valore aggiunto per l'Azienda;
- la coerenza del sistema di valutazione del merito per una forte valorizzazione delle competenze e delle professionalità di cui l'Azienda dispone;
- lo sviluppo di sistemi di gestione delle risorse umane;



- il ruolo della formazione nelle politiche di miglioramento, innovazione e sviluppo continuo

4. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

All'interno della logica di albero della performance, ogni obiettivo strategico, associato ad una politica, è articolato in obiettivi operativi e relativi indicatori di performance, per ciascuno dei quali sono stati definiti i tempi, le azioni e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento, demandando alla predisposizione delle schede annuali di budget la definizione delle risorse assegnate.

Le attività, ove non espressamente previsto, hanno inizio e conclusione ciclicamente nell'anno solare di riferimento, mentre è fatta salva la possibilità di introdurre modifiche e/o integrazioni agli obiettivi sia di livello strategico che di livello operativo nel corso della negoziazione e nel corso dell'anno stesso, nel rispetto delle previsioni e delle procedure previste dal D.Lgs. 150/2009.

Di seguito si riassumono gli obiettivi strategici, descrivendone le finalità.

4.1 **Politica A: evoluzione del sistema clinico assistenziale riabilitativo e azioni di prevenzione a garanzia del mantenimento dello stato di salute**

Queste politiche sono volte alla promozione della qualità dell'assistenza realizzata attraverso la riorganizzazione dei servizi al fine di garantire gli standard di qualità, l'integrazione tra i diversi setting assistenziali per assicurare la continuità terapeutica e la presa in carico del paziente privilegiando la casa come primo luogo di cura e garantendo nel contempo buoni livelli di produzione attraverso:

- riorganizzazione del modello territoriale nella logica di garantire la prossimità delle cure;
- l'efficientamento delle attività proprie dei dipartimenti e delle Unità Operative consolidando e riqualificando l'offerta assistenziale;
- l'implementazione delle reti e dei percorsi clinico assistenziali;
- implementazione di modelli organizzativi funzionali alla logica delle Reti
- miglioramento delle attività finalizzate alla prevenzione di eventi dannosi per i cittadini ed alla promozione dei corretti stili di vita ed a sostegno della sanità animale

Obiettivo Strategico A1

Dalla stratificazione del rischio ai Progetti individuali di salute

La stima dei bisogni assistenziali della popolazione, attraverso la stratificazione del rischio consente di identificare prioritari ambiti di intervento da parte del SSR, anche con modalità proattive al fine di contrastare i fattori di rischio e di anticipare la diagnosi ed il trattamento delle patologie croniche a maggior prevalenza. A tal fine viene utilizzato lo



strumento dei Progetti Individuali di Salute (PRIS), che attraverso un sistema “modulare”, consente interventi mirati e personalizzati anche tenendo conto del contesto sociale in cui è inserita la persona.

Obiettivo Strategico A2

Sistema delle centrali operative e transitional care

Le Centrali Operative rappresentano i “luoghi” dove si incontrano virtualmente i responsabili dei percorsi/processi assistenziali e dove si raccolgono, classificano e smistano le richieste per indirizzarle verso la giusta soluzione/risposta, nonché si monitorano risultati ed indicatori. Le Centrali costituiscono l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto svolgono una funzione di raccordo tra le strutture aziendali supportandole nella gestione dei processi di transizioni da un luogo di cura e/o da un livello clinico/assistenziale all'altro. Gli obiettivi di questa sezione contribuiscono al corretto dimensionamento dell'offerta ed al miglioramento dell'appropriatezza.

Obiettivo Strategico A3

La casa come primo luogo di cura

Gli obiettivi di questa sezione sono finalizzati a favorire il domicilio come luogo di cura preferenziale e limitare il ricorso al ricovero nelle strutture residenziali socio assistenziali e socio sanitarie.

La telemedicina e la USCAT sono di supporto a queste attività, anche in coerenza con le azioni previste dal PNRR.

Obiettivo Strategico A4

Funzione di committenza e valutazione del Distretto

Il modello organizzativo adottato vede la separazione tra il governo della domanda e il governo dell'offerta; i tre Distretti presenti nella ASL di Viterbo svolgono funzioni di valutazione del bisogno, committenza e verifica dei risultati raggiunti. A tal fine sono destinatari di budget economico che negoziano con le linee di attività di interesse territoriale. Gli obiettivi di questa sezione sono finalizzati a garantire che le funzioni avanti descritte vengano adeguatamente svolte garantendo equità nell'accesso ai percorsi di presa in carico dei cittadini.

Obiettivo Strategico A5

Le reti funzionali aziendali e interaziendali per patologia e intensità di cura, i centri di specialità, le reti territoriali di prossimità, le strutture intermedie ed i percorsi assistenziali

Gli obiettivi e gli indicatori presenti in questa sezione coinvolgono sia la componente ospedaliera che quella territoriale. Le reti aziendali ed interaziendali rappresentano la dimensione ottimale nella quale orientare i servizi per rispondere a cluster di pazienti i cui bisogni di salute travalicano la 'sfera di azione' di una singola professionalità a garanzia della continuità degli interventi. Il disegno dei percorsi consente di evitare le duplicazioni delle prestazioni e



la sovrapposizione di interventi, contribuendo così alla buona gestione delle liste d'attesa ed alla riduzione dei tempi di attesa e dell'inappropriatezza prescrittiva.

Lo sviluppo di strutture intermedie, quali le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità previsti nel PNRR, nonché le Unità speciali di continuità assistenziale (UCA) rappresentano un "ponte" da ponte tra ospedale e territorio accompagnando il paziente con fragilità individuale o sociale nelle fasi di transizione da un setting di cura all'altro.

Obiettivo Strategico A6

L'approccio one health: dai programmi di prevenzione alla presa in carico

Lo sviluppo di azioni finalizzate ad un approccio one health è volto alla definizione di una rete complessa che lega la salute degli animali domestici, della fauna selvatica e degli ecosistemi alla salute delle nostre comunità. Gli obiettivi definiti in questa sezione sono finalizzati ad affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animale-ecosistemi anche grazie allo sviluppo di strategie di empowerment e capacity building.

4.2 Politica B: i piani di diffusione: azioni per favorire la partecipazione attiva della comunità e degli stakeholders interni ed esterni

Le azioni identificate in questa politica sono finalizzate alla diffusione delle informazioni e delle conoscenze (sapere) nella consapevolezza del ruolo strategico che rivestono nell'attuazione delle "politiche per la salute" con particolare rilevanza verso le azioni tese a correggere l'asimmetria informativa tra professionista/struttura e cittadino, e promuovere una reale autonomia di scelta (autodeterminazione) da parte di quest'ultimo, nonché a migliorare le relazioni fra l'azienda e i portatori di interesse (stakeholder).

La promozione dell'azienda in un'ottica di attrattività ma anche di miglioramento delle strategie di orientamento dell'utenza è una leva strategica fondamentale che può contribuire fortemente ad arginare fenomeni quali quello delle mobilità dei cittadini verso altre strutture sanitarie. Diviene fondamentale stringere un patto di garanzia con i cittadini al fine di aumentare la consapevolezza delle persone nella scelta del percorso di cura più consono.

Obiettivo Strategico B1

Piani di diffusione: reti, centri, percorsi, innovazioni progettuali e strategie aziendali

La promozione della salute e l'autocura (empowerment) si basa sul rispetto dei diritti e la partecipazione del cittadino al processo, alle scelte relative ai servizi. L'azienda intende rispondere del proprio operato ai cittadini in quanto contribuenti e protagonisti dei propri percorsi di assistenza; ai cittadini è quindi necessario fornire informazioni su cosa si fa, motivarne le scelte e rendere conto delle risorse utilizzate. Ciò significa costruire un percorso informativo sull'accessibilità e qualità dei servizi per rendere la scelta libera e consapevole. I Piani di diffusione e di autocura, sviluppati in questa sezione del documento, contribuiscono a rafforzare il patto con i cittadini.



Obiettivo Strategico B2

Il benessere organizzativo

Lo sviluppo di buone pratiche e il miglioramento del benessere organizzativo costituiscono uno dei presupposti per incrementare l'efficacia delle politiche comunicative e di orientamento al cittadino. Nel corso del 2023 continuerà la partecipazione al Progetto di Ricerca-Azione della Fiaso-IEN per la "Valorizzazione dei Professionisti della Sanità nell'Emergenza Covid" proprio per riconoscere l'attenzione al Benessere Organizzativo in corso di pandemia, già attivato nel 2021. Le azioni e gli obiettivi individuati in questa sezione sono finalizzati alla prevenzione del Burn Out, al contrasto ad ogni forma di violenza e discriminazione, alla promozione della sicurezza negli ambienti di lavoro, in sinergia con gli altri servizi aziendali a ciò preposti, quali l'SPP (vedi allegato B.2 "Il Piano delle Azioni Positive");

Obiettivo Strategico B3

Comunicazione efficace per lo sviluppo di un dialogo interdisciplinare e con gli stakeholders esterni

L'obiettivo è finalizzato a promuovere e incrementare attività di comunicazione efficaci al fine di aumentare la consapevolezza ai portatori di interesse (interni/esterni) promuovendo i "prodotti dell'azienda" anche per ricevere un feedback da parte della comunità, rafforzando forme di collaborazione tra operatori, cittadini singoli o associati e stakeholders che condividono le finalità e le strategie aziendali. Si tratta di promuovere, a corredo dei tradizionali rapporti con gli organi di stampa, cartacei o online, nuove forme di comunicazione diretta ai cittadini attraverso formule quali open day, conferenza teatro, giornate di social innovation. Lo sviluppo di nuove forme di comunicazione, finalizzate al raggiungimento di una platea più ampia e differenziata, vedrà ulteriormente incrementare la produzione di supporti multimediale con video di sensibilizzazione e docu-video che documentano la costruzione partecipata dei percorsi e i risultati ottenuti nell'attuazione di processi innovativi.

Obiettivo Strategico B4

Adesione agli obiettivi del Piano Triennale della Prevenzione e della Trasparenza

L'obiettivo riguarda le azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione e alla valorizzazione della trasparenza amministrativa, adeguandosi alle modifiche introdotte dal D.Lgs n. 97/2016 F.O.I.A. (Freedom of Information Act) in materia di revisione delle griglie da utilizzare per la rilevazione delle informazioni da pubblicare ed in materia di accesso civico. A tal fine questo obiettivo racchiude in sé tutte le azioni che verranno messe in atto dalla ASL di Viterbo per affrontare sia la lotta alla corruzione che agli sprechi e alle inefficienze nella sanità, anche a causa della giusta e dovuta implementazione di adeguati sistemi di prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi, capaci di colmare quel deficit etico che viene annoverato tra le principali cause di corruzione nella sanità. È una linea strategica di forte integrazione tra i servizi aziendali poiché riconduce all'interno di un unico sistema di valutazione (rappresentato dalla performance operativa ed al sistema premiante alla stessa collegato) i risultati relativi alle attività anticorruttive e di trasparenza condotte dalle singole Unità Operative e verificate dall'RPCT.



Obiettivo Strategico B5

Sviluppo di un sistema di orientamento e di informazione al cittadino, ai professionisti ed ai partners esterni

Le azioni richiamate in questa sezione tendono a promuovere l'orientamento e l'accesso ai servizi, che non è limitato a fornire indicazioni logistiche all'utenza ma prefigura un vero patto tra il soggetto erogatore del servizio ed il cittadino, finalizzato alla personalizzazione degli interventi, favorendo un'adeguata conoscenza delle attività offerte e le modalità, anche proattive, di accesso alle cure.

Obiettivo Strategico B6

Associazionismo e volontariato: il riconoscimento delle reti informali

Tali politiche sono volte a valutare e misurare il soddisfacimento dei bisogni degli utenti, nonché lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini/utenti, quali destinatari dei servizi, attraverso l'implementazione delle collaborazioni con il mondo dell'associazionismo e del volontariato, anche grazie alla costruzione e allo sviluppo di reti innovative e tavoli partecipati. A tal proposito saranno implementati i progetti realizzati con i tavoli del volontariato "Partecipare in sanità" e la prosecuzione della campagna "Rispettare l'ambiente è salute".

Obiettivo Strategico B7

Azioni positive per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere

Le azioni ed i conseguenti obiettivi operativi riconducibili a tale ambito sono finalizzati a promuovere la conciliazione tra i tempi di vita familiare ed i tempi di lavoro, introducendo modalità di lavoro flessibile e servizi alla famiglia ed alle persone, a favorire lo sviluppo della cultura di genere e pari opportunità attraverso la formazione e la comunicazione degli operatori, secondo le indicazioni del Comitato Unico di Garanzia Aziendale (vedi allegato 1.B.2 "Il Piano delle Azioni Positive").

4.3 Politica C: ecosistema digitale, e-health, innovazione gestionale e sistemi di controllo

Le azioni riconducibili a tale sezione sono fortemente correlate alle opportunità offerte dal PNRR ed in particolare dalla Missione M6C2. L'innovazione tecnologica consentirà di migliorare la governance e la programmazione sanitaria potendo contare su una migliore qualità e completezza dei dati e, al contempo, di incrementarne il livello di sicurezza e garantire una maggiore qualità dell'assistenza.

Attraverso il monitoraggio e l'analisi del corretto utilizzo delle risorse, valutato alla luce delle performance, dei volumi di attività e degli esiti di salute, sarà possibile indirizzarle appropriatamente, efficientando complessivamente le attività. Gli indicatori individuati in questa sezione permettono la verifica puntuale anche relativamente all'equità di accesso al sistema salute e la garanzia del rispetto dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.



Obiettivo Strategico C1

I programmi di investimento tecnologico, informatico e strutturale

Gli obiettivi di questa sezione sono funzionali alla realizzazione della nuova architettura aziendale incentrata sulle Reti ed i Percorsi che consentono un'erogazione dell'offerta coerente con l'andamento demografico ed epidemiologico, in una logica di prossimità delle cure ed a garanzia degli standard di sicurezza e di qualità delle prestazioni erogate. Gli investimenti nel settore dell'informatica garantiranno una sempre maggiore efficacia degli strumenti informatici a supporto degli operatori nei processi di cura e dei cittadini per quanto riguarda l'accesso ai servizi. In questa sezione sono inoltre specificati gli indicatori per misurare la capacità dell'Azienda di utilizzare pienamente le fonti di finanziamento finalizzate alla messa in sicurezza e riqualificazione di alcune strutture sanitarie nonché gli investimenti del PNRR. . Tra le azioni previste in questo ambito sono ricomprese quelle finalizzate all'efficientamento energetico ed all'utilizzo intelligente e razionale dell'energia nella ASL di Viterbo attraverso la costituzione di un apposito gruppo di lavoro che definirà le linee di intervento prioritario in questo settore, proponendo le azioni necessarie da svilupparsi nel triennio.

Obiettivo Strategico C2

Sistemi di valutazione continua: miglioramento degli indicatori di processo e degli esiti di salute

Gli obiettivi e gli indicatori richiamati in questa sezione sono volti a misurare gli esiti, in termini di risultato di salute e di processo, delle azioni messe in campo dall'Azienda sia a livello ospedaliero che territoriale nella gestione della patologia acuta e cronica, nonché dell'equità nell'accesso ai servizi.

Obiettivo Strategico C3

Sviluppo di sistemi innovativi per la costruzione dell'offerta attiva: la telemedicina

L'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali favorisce un approccio integrato alla cura del paziente e consente di misurare e valutare l'assistenza prestata; lo sviluppo della sanità digitale trova nella Telemedicina uno dei principali ambiti di applicazione in grado di abilitare forme di assistenza anche attraverso il ridisegno strutturale ed organizzativo della rete del SSN.

I servizi di telemedicina, teleassistenza e telemonitoraggio integrano le prestazioni sanitarie tradizionali per migliorare la presa in carico della persona facilitando il monitoraggio del suo stato di salute in una logica di prossimità ed ottimizzazione delle risorse, limitando potenzialmente la frequenza degli episodi di riacutizzazione e riducendo per quanto possibile la necessità di prestazioni per le quali sia indispensabile recarsi presso strutture sanitarie.



Obiettivo Strategico C4

HTA per il miglioramento delle cure e della competitività aziendale

Gli obiettivi della valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA) sono finalizzati a contribuire all'individuazione di strumenti sicuri, efficaci e mirati a conseguire il miglior valore ed a definire le priorità nell'acquisto e nell'ammodernamento del parco tecnologico.

Obiettivo Strategico C5

Sviluppo di sistemi di analisi dei processi

In questa sezione sono raccolti gli obiettivi e gli indicatori funzionali a misurare la capacità dell'Azienda di rilevare criticità, anche organizzative, nei processi assistenziali e porre in atto azioni di miglioramento attraverso gli organismi ed i gruppi di lavoro a ciò preposti.

Obiettivo Strategico C6

Azioni di monitoraggio e controllo a garanzia della sostenibilità economica del sistema

L'equilibrio economico di Bilancio è un obiettivo fondamentale delle Aziende Sanitarie. Il rispetto dei budget economici assegnati ai centri di responsabilità, dei tempi di liquidazione e di pagamento delle fatture, nonché di tutti gli adempimenti e le procedure correlate alla certificazione dei Bilanci rappresentano gli indicatori misurati in questa sezione.

4.4 Politica D: la valorizzazione delle risorse umane: multidisciplinarietà, comunità di pratica sistema di networking, formazione

Le politiche contenute in questa sezione definiscono l'articolazione della matrice delle responsabilità nell'ambito dell'organizzazione aziendale al fine di governare e gestire le reti per patologia e i centri, le centrali operative, i percorsi assistenziali, attraverso una modalità di responsabilizzazione diffusa, graduata in base ai livelli di complessità e coerente con l'intero disegno organizzativo aziendale.

L'ambizione è quella di superare la logica di frammentazione, le inefficienze e soprattutto, la sovrapposizione di ruoli e attività, avendo individuato con esattezza i compiti di ciascun attore del processo, anche attraverso la formazione per il miglioramento, l'innovazione e lo sviluppo continuo.

A partire dalla valorizzazione del lavoro dei Tavoli Tematici, ambienti multidisciplinari e comunità di pratica si è avviata la sperimentazione di un nuovo modello organizzativo che di fatto coinvolge l'intera comunità della ASL, partendo dalle competenze di ciascun professionista.

Obiettivo Strategico D1



Il governo delle reti professionali e le comunità di pratica

Gli obiettivi contenuti in questa sezione sono finalizzati a rendere conto delle attività dei Tavoli Tecnici, le nostre comunità di pratica. I Tavoli hanno individuato e condiviso con la Direzione Strategica gli obiettivi di sviluppo delle attività per il 2023.

Obiettivo Strategico D2

Il sistema di valutazione del merito per la valorizzazione di competenze e professionalità

Il sistema di networking aziendale è improntato sulla matrice delle responsabilità nell'ambito dell'organizzazione aziendale, anche al fine governare e gestire le reti per patologia e i centri, le centrali operative, i percorsi assistenziali, attraverso una modalità di responsabilizzazione diffusa, graduata in base ai livelli di complessità e coerente con l'intero disegno organizzativo aziendale. L'intero sistema di networking aziendale è misurabile attraverso appositi indicatori che rapportano le attività prodotte dai singoli professionisti con gli obiettivi delle reti, dei percorsi e quelli assegnati ai Centri di Responsabilità con i budget operativi annuali.

Obiettivo Strategico D3

Formazione per il miglioramento, l'innovazione e lo sviluppo continuo

Questa sezione vuole promuovere le azioni finalizzate alla realizzazione del Piano Formativo Annuale, in coerenza con le strategie definite nei documenti di programmazione aziendale e ad assolvere agli obblighi formativi dei professionisti e degli operatori. documenti di programmazione aziendale e ad assolvere agli obblighi formativi dei professionisti e degli operatori. Il Piano è redatto a partire dalle esigenze evidenziate dai responsabili di struttura e dalla Comunità di Pratica, rispondendo inoltre ai bisogni espressi nei due ambiti rappresentati dalla prevenzione della corruzione e della trasparenza e delle azioni positive.

Obiettivo Strategico D4

Sviluppo di sistemi di gestione delle risorse umane

L'imminente completamento dell'Ospedale di Belcolle, nonché le progettualità previste dal PNRR relative al potenziamento delle attività territoriali hanno reso indispensabile un tempestivo adeguamento delle risorse professionali e l'adeguamento della dotazione organica.

In questa sezione sono contenuti gli obiettivi relativi alle politiche assunzionali e di accesso alle progressioni economiche e di carriera.

5. Pianificazione Operativa 2023-2025 e Monitoraggio della performance

5.1. Pianificazione operativa 2023-2025



Il documento sulle performance è redatto in coerenza con la programmazione sanitaria, finanziaria e con i vincoli di bilancio; sono definiti gli obiettivi strategici ed operativi dell'Azienda ed i correlati indicatori per la misurazione e la valutazione della performance aziendale.

L'insieme dei contenuti della performance costituisce un quadro informativo agile e di facile consultazione per comprendere come la ASL di Viterbo intende agire per soddisfare i bisogni sanitarie e socio sanitari della popolazione di riferimento e per coloro che scelgono di rivolgersi ai servizi aziendali.

Pertanto gli obiettivi strategici definiti nel precedente capitolo vengono descritti attraverso indicatori misurabili in vista della loro puntuale valutazione a consuntivo delle tre annualità di riferimento (v. allegato tecnico, Tabella dei Piani Operativi, all.to 1.B.1).

Le indicazioni del piano triennale delle performance vengono contestualizzate negli obiettivi ed indicatori assegnati ai Centri di Responsabilità, secondo le modalità individuate nel ciclo della performance.

Relativamente all'anno 2023 si procederà alla specifica attribuzione degli obiettivi e degli indicatori ai Direttori di Dipartimento ed a tutte le Unità Operative Complesse ed alle Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale dell'Azienda, attraverso lo strumento dei Budget Operativi Annuali. Per le successive annualità si procederà secondo le modalità che saranno individuate nel ciclo della performance.

I budget operativi annuali costituiscono strumenti di gestione e valutazione specifica delle unità operative, alla luce dei risultati effettivamente conseguiti in un orizzonte temporale triennale, rispettoso delle peculiarità e dello stato di partenza delle singole aree di responsabilità.

5.2. Monitoraggio della Performance

Il monitoraggio e l'audit sulla corretta impostazione metodologica della performance è svolta dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), con il supporto della Struttura Tecnica Permanente.

La UOS Controllo di Gestione provvede al monitoraggio trimestrale degli obiettivi operativi, attraverso un sistema di reporting che, a partire dagli indicatori particolarmente indicativi della performance relativa a ciascuna struttura, evidenzia gli scostamenti dai risultati attesi a partire dai quali le Unità Operative vengono sollecitate a mettere in atto soluzioni capaci di migliorare i risultati e perseguire i target assegnati.

Gli obiettivi e gli indicatori richiamati nell'allegato tecnico (all.to 1.B.1) possono essere revisionati su base annuale o al verificarsi di novità normative o al sopraggiungere di eventi inattesi che richiedano modifiche imprescindibili al documento.



c) RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

In una logica di semplificazione e integrazione degli strumenti e dei processi aziendali di programmazione e controllo, per assicurare coerenza e sintesi ad un sistema complesso e articolato quale quello sanitario, la presente Sottosezione, in coerenza con gli orientamenti forniti dall'A.N.A.C, nel P.N.A. 2019 e da ultimo dal P.N.A. 2022, recentemente approvato dal Consiglio dell'Autorità con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023, analizza l'organizzazione aziendale al fine di progettare efficaci presidi di condotte corruttive o ipotesi di disfunzioni amministrative.

Recependo le indicazioni di snellimento impartite da ANAC ci si è focalizzati sulla programmazione delle misure di prevenzione di carattere generale e specifico, tenuto conto anche della verifica di attualità e di tenuta del sistema di gestione del rischio alla luce degli esiti del monitoraggio espletato nel corso del 2022. Dai monitoraggi semestrali effettuati sulla base della precedente pianificazione 2022-2024 non sono emersi fatti corruttivi o di *maladministration* tali da richiedere l'adozione in anticipo di specifiche ulteriori misure. Peraltro le misure preventive già adottate hanno dimostrato adeguata efficacia nel favorire un'azione amministrativa legale e trasparente.

Si confermano, anche nell'ambito della presente Sottosezione, i principi fondamentali che governano la gestione del rischio, conformemente a quanto previsto dal P.N.A. (cfr. Allegato 6 al P.N.A. 2013 e la Determinazione A.N.A.C. n. 12/2015), come ricavati dai principi e dalle linee guida UNI ISO 31000:2010, i quali rappresentano l'adozione nazionale, in lingua italiana, della norma internazionale ISO 31000.

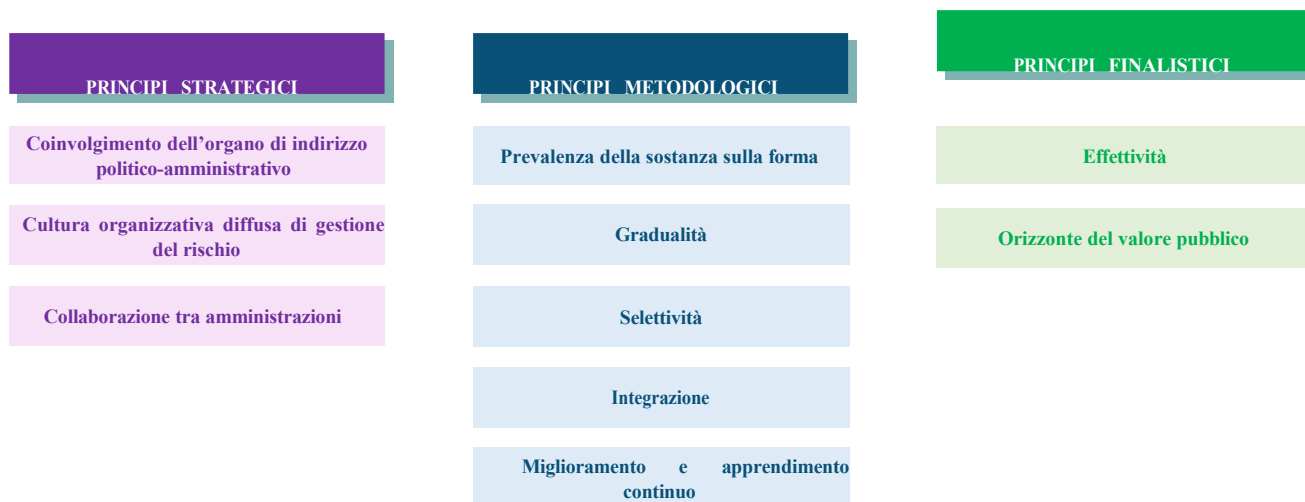
In particolare, in base ai suddetti principi, la gestione del rischio:

- ✓ contribuisce in maniera dimostrabile al raggiungimento degli obiettivi e al miglioramento delle prestazioni;
- ✓ è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione dell'Azienda;
- ✓ aiuta i responsabili delle decisioni ad effettuare scelte consapevoli, determinare la scala di priorità delle azioni e distinguere tra linee di azione alternative;
- ✓ tiene conto esplicitamente dell'incertezza, della natura di tale incertezza e di come può essere affrontata;
- ✓ è sistematica, strutturata e tempestiva;
- ✓ si basa sulle migliori informazioni disponibili;
- ✓ è in linea con il contesto esterno ed interno e con il profilo di rischio dell'organizzazione;
- ✓ tiene conto dei fattori umani e culturali;
- ✓ è trasparente e inclusiva;
- ✓ è dinamica;
- ✓ favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione.

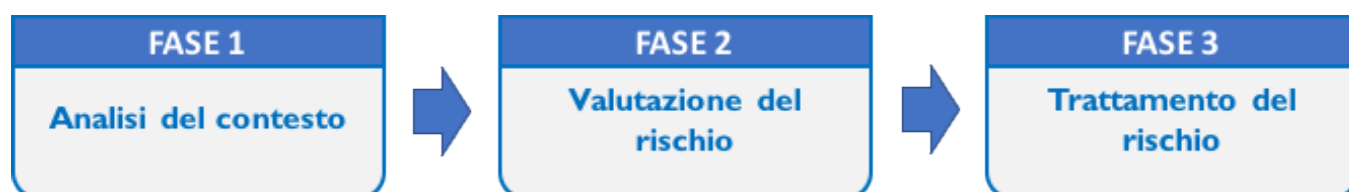


- ✓ va condotta in modo da realizzare sostanzialmente l'interesse pubblico alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza;
- ✓ è parte integrante del processo decisionale;
- ✓ è realizzata assicurando l'integrazione con altri processi di programmazione e gestione;
- ✓ è un processo di miglioramento continuo e graduale;
- ✓ implica l'assunzione di responsabilità;
- ✓ è un processo che tiene conto dello specifico contesto interno ed esterno di ogni singola amministrazione o ente, nonché di quanto già attuato;
- ✓ è un processo trasparente e inclusivo, che deve prevedere momenti di efficace coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni;
- ✓ è ispirata al criterio della prudenza volto anche ad evitare una sottostima del rischio di corruzione;
- ✓ non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive ma implica valutazioni sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo.

L'A.N.AC. con il P.N.A. 2019, ha poi individuato i principi cardine per la redazione dei precedenti PTPCT (ora Sottosezione PIAO) e per la gestione del rischio, di seguito illustrati e schematizzati.



In linea con le analisi condotte nei documenti di programmazione annuali adottati dall'Azienda in materia di prevenzione della corruzione, l'analisi dei rischi corruttivi, ai quali sono potenzialmente sottoposte le attività dell'Azienda, deve tener conto delle seguenti fasi:



FASE 1: Analisi del contesto

Per condurre una consapevole individuazione delle misure di prevenzione della corruzione commisurate alle esigenze dell'Azienda è necessario effettuare un'analisi di contesto specifica, utile a individuare elementi significativi e rispondenti alle esigenze della gestione del rischio corruttivo, costituendo tale analisi la prima fase del processo di gestione del rischio.

A tal fine, la pianificazione della presente Sottosezione muove dall'esame degli elementi esterni ed interni all'amministrazione, rilevanti per tali finalità e dunque delle caratteristiche dell'ambiente in cui l'ASL opera (contesto esterno) e della propria organizzazione (contesto interno). Più specificamente, la Determinazione A.N.AC. n. 12/2015 richiede di analizzare:

-il contesto esterno, relativo alle caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Azienda opera, con riferimento a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio. In tal senso, vanno considerati sia i fattori legati al territorio di riferimento, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni, al fine di comprendere le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni a cui una struttura è sottoposta, per poter indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio.

-il contesto interno, relativo agli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa dell'Azienda che conduce alla mappatura dei processi aziendali.

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

A. La densità di popolazione della provincia del Lazio

L'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo coincide con il territorio della Provincia di Viterbo; confina a nord con la Toscana, ad ovest con il Mar Mediterraneo, ad est con l'Umbria (Asl Terni) e la Provincia di Rieti (Asl Rieti), a sud con la Provincia di Roma (Asl Roma F) ed il Comune di Roma (Roma E).

E' articolata in 60 Comuni su un territorio di 3615 km², con una popolazione distribuita in modo disomogeneo anche in ragione delle caratteristiche geografiche del territorio.

Al 31 dicembre 2020, data della terza edizione del Censimento permanente della popolazione, nel Lazio sono risultate residenti 5.730.399 persone. I dati censuari ISTAT registrano, rispetto all'edizione 2019, una diminuzione di oltre 25 mila persone (-0,4%).

E' stato rilevato un forte squilibrio tra l'area della provincia di Roma e il resto delle province: i tre quarti della popolazione vivono in provincia di Roma, che ricopre il 31,1% del territorio e presenta il valore più alto di densità (789 abitanti per km² contro 332,5 in media nella regione); all'opposto, le province di Viterbo e Rieti, che insieme coprono il 37% della superficie regionale, hanno i più bassi livelli di densità di popolazione, 85,4 e 55 abitanti per km². Con 21.863 residenti in meno rispetto al 2019 (-0,5%), la provincia di Roma assorbe l'86,4% del calo demografico della regione. Anche nella



provincia di Frosinone si è registrato il decremento più consistente in termini relativi (-1%, equivalente a quasi 5 mila persone), seguita da Rieti (-0,8%, -1.162 residenti). Solo in provincia di Latina si rileva un incremento della popolazione (+0,6%, +3.632). La densità abitativa d'insieme della Provincia di Viterbo è bassa, circa 85 abitanti per kmq contro i 196 relativi alla media nazionale.

B. Popolazione con cittadinanza straniera

La popolazione con cittadinanza straniera residente nella provincia di Viterbo è progressivamente cresciuta negli ultimi 10 anni.

Al 1° gennaio 2022 gli stranieri risultano essere **29.870** e rappresentano il 9,7% della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 41,1% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (5,2%) e dal **Marocco** (4,5%).

La popolazione immigrata, che risulta essere in aumento rispetto al periodo precedente, è di fatto diventata una componente strutturale nel territorio con una maggiore presenza femminile (15.110 donne contro 14.760 uomini). La composizione della popolazione straniera evidenzia però caratteristiche inverse a quelle degli abitanti nativi nel viterbese; essa descrive una popolazione più giovane, soprattutto in età riproduttiva, determinando conseguenze sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari.



C. Istruzione della popolazione

Dall'ultimo censimento ISTAT è emerso che il 14,39% dei giovani tra i 20 e i 24 anni, residenti nella provincia di Viterbo, è senza un diploma.

Nel giro di dieci anni, la percentuale si è ridotta di sei punti (nel 2011 era del 20,58%), mentre la media italiana è passata dal 23% al 17%.

I giovani che hanno ottenuto la licenza media superiore sono il 74,21%, mentre il 10,1% ha già raggiunto il traguardo della laurea triennale, che diventa magistrale nell'1,28% dei casi.



Emerge, inoltre, che nel 2020 lo 0,35% dei giovani del Centro Italia era analfabeta e priva di titolo di studio, mentre l'1,44% aveva la sola licenza elementare.

D. Economia e territorio

La Camera di Commercio di Rieti-Viterbo ha presentato, nell'ambito della Giornata dell'Economia tenutasi il 07.07.2022, il primo Rapporto economico sull'Alto Lazio che contiene la sintesi dei tradizionali dati di carattere statistico-economico di fonte camerale, oltre ad una serie di indicatori utili per approfondire l'analisi della situazione economica ed imprenditoriale di questa vasta Area.

Per quanto riguarda il contesto economico della provincia di Viterbo, è emersa, nel corso del 2021, una ripresa più o meno in linea rispetto al panorama nazionale nel suo insieme, che ha mostrato un rimbalzo dopo la netta contrazione dell'anno precedente, il quale è stato significativamente influenzato dalle restrizioni sanitarie per la pandemia di Covid-19. Si è difatti evidenziato un aumento delle iscrizioni di imprese.

Le nuove iscrizioni sono passate da 1.823 del 2020, a 2.031 del 2021, mostrando un aumento di circa l'11,4%. Anche le cancellazioni sono aumentate, passando da 1.609 nel 2020, a 1.718 nel 2021 (+6,8%), mantenendo comunque un saldo positivo tra iscrizioni e cessazioni nel 2021 (+313 imprese).

Complessivamente, le imprese registrate alla fine del mese di dicembre 2021 a Viterbo sono pari a 38.232 unità, di cui 7.366 imprese artigiane, con un tasso di crescita rispetto all'anno precedente positivo pari allo 0,84%.

I settori più numerosi in termini assoluti e in ordine di peso sul totale delle imprese nel viterbese sono l'agricoltura (30,7%), il commercio (20,6%), le costruzioni (13,4%), i servizi di alloggio e ristorazione (6,4%) e le attività manifatturiere (5,2%).

Le imprese appartenenti al settore del commercio e a quello manifatturiero hanno subito, nel 2021, un leggero calo, mentre quelle appartenenti al settore delle costruzioni hanno avuto un discreto rimbalzo, spinto in gran parte dai bonus e dagli incentivi introdotti dal Governo proprio per rivitalizzare questo settore. Sono inoltre cresciute le imprese di servizi di alloggio e ristorazione.

Tuttavia, analizzando il mercato del lavoro nel 2021, si è registrata, rispetto all'anno precedente, una diminuzione del numero degli occupati (-2,0%) e un aumento dei disoccupati (+26,9%). Le percentuali osservate mostrano un mercato del lavoro provato dagli effetti causati sull'economia dalla pandemia da Covid-19. Contrariamente il 2022 si è chiuso con un tasso di occupazione positivo.

Nonostante alcune criticità e uno scenario difficile, si sono infatti registrati diversi indicatori positivi, anche con un aumento in termini di ricchezza prodotta. Secondo i dati Istat, a novembre 2022, si è registrato un tasso di occupazione stabile al 7,9%, mentre il tasso di occupazione è salito al 60,2%.



Si prospetta, invece, un anno durissimo sul fronte occupazionale per il 2023, che inevitabilmente risentirà del conflitto bellico russo ucraino in corso e dell'aumento vertiginoso dei costi energetici.

E ciò alla luce delle previsioni elaborate dall'Ufficio studi della Cgia sulla base di una elaborazione dei dati Istat e Prometeia, che vedono Viterbo in ventesima posizione su 107 provincie italiane per aumento di disoccupati nel 2023.

E. Criminalità

Ai fini dell'analisi del contesto esterno, da un punto di vista criminologico, sono state prese in considerazione le seguenti fonti:

1. Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia (primo semestre 2021)
2. Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia (secondo semestre 2021)
3. VI Rapporto "Mafie nel Lazio" realizzato dall'Osservatorio per la sicurezza e la legalità della Regione Lazio (pubblicato nell'ottobre 2022)

VITERBO E PROVINCIA: Le infiltrazioni mafiose sul territorio dell'alto Lazio parrebbero caratterizzate dalla presenza di organizzazioni autoctone attive nel narcotraffico, nell'usura, nelle estorsioni e nella commissione di reati di tipo predatorio, e dalla presenza di soggetti contigui alle tradizionali organizzazioni mafiose, in particolare alla 'ndrangheta. Senz'altro significativo e meritevole di approfondimento lo sfarzoso spettacolo pirotecnico nella strada che costeggia il penitenziario, che sarebbe stato organizzato per festeggiare l'arrivo di 300 detenuti, la maggior parte di alta sicurezza, trasferiti dal carcere di Frosinone a quello di Viterbo. Infatti diversi fuochi di artificio sono stati eseguiti il 18 novembre 2021 proprio a ridosso delle mura del reparto dove sono reclusi i detenuti dell'alta sicurezza fra cui anche personaggi di spicco (alcuni dei quali condannati all'ergastolo) di camorra, mafia siciliana e 'ndrangheta. Oltre al fine illecito direttamente perseguito dai sodalizi, in una realtà urbana di poco superiore ai 60 mila abitanti, l'episodio potrebbe essere considerato dalla cittadinanza come un segnale della presenza di gruppi di 'ndrangheta riconducibili ai MOLLICA, TROVATO, NUCERA40, GIAMPÀ, MAMMOLITI, LIBRI, ZUMBO-GUGLIOTTA, nonché ai PIROMALLI e alle compagini autoctone dei CASAMONICA quest'ultimi interessati principalmente all'area di Tarquinia (VT) e Montalto di Castro (VT) dove significativi investimenti hanno portato all'acquisizione di numerose attività.

Nella provincia di Viterbo sono presenti e operano organizzazioni mafiose autoctone riferibili alla 'ndrangheta. Il tratto distintivo di queste organizzazioni è la connotazione multi-etnica, di stampo mafioso, composta da soggetti italiani e albanesi. L'operazione "Erostatò", conclusasi nel 2019, conferma che il controllo di attività legali si inseriva in una strategia criminale unitaria, promossa da un soggetto calabrese (Giuseppe Trovato), indagato, tra gli altri, per il reato di associazione di tipo mafioso con riferimento a molteplici condotte criminose. Il sodalizio criminale, oggi a processo, operava con pratiche estorsive e intimidatorie (percosse e incendi) nei confronti dei negozi di



compro oro, dei locali notturni e nel settore recupero crediti a Viterbo e provincia, con interessi anche nell'ambito del narcotraffico.

Particolarmente significativa a tal riguardo è la sentenza di primo grado emessa l'11 giugno 2021 dal Tribunale di Roma nei confronti di 10 appartenenti alla banda che per anni aveva commesso in Viterbo e provincia estorsioni e altre condotte criminali. La sentenza ha riconosciuto l'associazione di tipo mafioso con il coinvolgimento di un calabrese e di un albanese collocati a capo del sodalizio. L'indagine denominata "Erostrato" si è conclusa nel gennaio 2019 con l'arresto di 13 persone da parte dei Carabinieri di Viterbo.

Gli interessi delle organizzazioni camorristiche nel territorio viterbese sarebbero, allo stato attuale, più contenuti rispetto a quelli di altre formazioni criminali e tuttavia non mancherebbero proiezioni di sodalizi campani anche in queste zone, nell'intento di assumere il controllo di attività economiche (come ad esempio in settori economici soggetti all'influenza da parte di elementi riconducibili al clan SARNO). Da non sottovalutare neanche una nutrita componente di criminalità albanese dedita altresì non soltanto ai furti e a reati di criminalità diffusa, ma anche a traffici di stupefacenti su larga scala.

Anche nel territorio della Tuscia, caratterizzato dalla presenza di gruppi criminali autoctoni attivi nel narcotraffico, nell'usura e nei reati contro il patrimonio, sono emerse negli ultimi anni talune proiezioni mafiose per lo più riconducibili a sodalizi di matrice calabrese, anche in collaborazione con albanesi e consorterie campane, prevalentemente dediti al narcotraffico. La continua ricerca di nuovi spazi da parte dei sodalizi criminali, non solo per attività illecite ma anche per iniziative imprenditoriali all'apparenza legali, non ha infatti risparmiato neanche questa provincia.

Di assoluta rilevanza appare inoltre la presenza dell'istituto di internamento di Viterbo che ospita detenuti sottoposti a regime differenziato. Tale circostanza espone, tra l'altro, il territorio a gravi rischi di infiltrazione ad opera dei familiari, che come noto tendono ad avvicinarsi quanto più possibile ai propri congiunti ristretti.

Da fonti aperte ("Viterbo Today" edizione del 22.10.2022 che riporta articolo del "Sole 24 Ore") risulta che Viterbo è tra le prime dieci province d'Italia per violenze sessuali su minori, omicidi volontari e traffico di stupefacenti. Ma preoccupa anche il numero di incendi dolosi e tutti i reati connessi al mondo della droga. È quanto emerge dall'ultima indagine sulla criminalità pubblicata dal "Sole 24 Ore" sulla base dei dati forniti dal Dipartimento di Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno.

Nel 2021 sono stati 8.937 i reati denunciati nella Tuscia, in calo del 4,8% rispetto al passato. Nella classifica generale, comprensiva di tutti i 44 indicatori presi in considerazione, Viterbo, con un indice di criminalità pari a 2.905, si piazza al 59° posto su 106 province italiane. Di seguito, i dati del viterberse:

Criminalità: 59°

Violenza sessuale su minori: 8°



Omicidi volontari consumati: 9°
Produzione e traffico di stupefacenti: 10°
Incendi: 15°
Stupefacenti: 24°
Spaccio: 28°
Usura: 33°
Rapine in abitazione: 34°
Violenze sessuali: 35°
Reati informatici: 49°
Furti in abitazione: 53°
Sfruttamento prostituzione e pedo-pornografia: 54°
Associazione per delinquere: 54°
Furti: 72°
Omicidi colposi: 75°
Estorsioni: 81°
Rapine: 90°
Tentati omicidi: 94°
Associazione di tipo mafioso: 106°

Rischi esterni di rilevanza per l'ASL di Viterbo	Stima del rischio (rating)	Principali macroaree di impatto dei rischi esterni	Misure di contrasto
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infiltrazioni mafiose nelle procedure di affidamento ed esecuzione di contratti pubblici ▪ Pressioni provenienti da soggetti appartenenti alle cosche mafiose ovvero da soggetti appartenenti a <i>lobbies</i> ▪ Possibili condotte agevolative di dipendenti dell'ASL aventi rilevanza penale 	Medio	Area Contratti Area Personale Area Enti accreditati Area Sanitaria Aree inerenti ai Poli Ospedalieri	Verifiche e controlli Antimafia
			Carte di qualità dei servizi
			Potenziamento della trasparenza (interventi PNRR, appalti sotto-soglia)
			Patti di Integrità
			Protocolli di Legalità Prefettura di Viterbo e ASL di Viterbo (Deliberazione del DG n. 542 del 2 aprile 2019)
			Coinvolgimento degli stakeholders mediante consultazione pubblica annuale del PIAO Sez- Rischi corruttivi e Trasparenza
			Aggiornamento periodico del Codice di comportamento
			Adeguamento dei format contrattuali per consentire ai soggetti esterni di cui all'art. 54-bis, del d.lgs. n. 165/2001 di effettuare segnalazioni di illecito
			Apertura di ulteriori canali per i reclami e le segnalazioni da parte dell'utenza

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto interno si basa sull'approfondimento della *struttura organizzativa* dell'Ente e sulla rilevazione ed analisi dei relativi processi organizzativi (c.d. "mappatura dei processi").



Con riferimento alla struttura organizzativa, nella tabella si riporta la consistenza delle posizioni dirigenziali e delle posizioni organizzative dell'Azienda alla data del 31 dicembre 2022:

DIRIGENZA SANITARIA	INCARICO DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA N. 2 INCARICO DI DIREZIONE DI STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE N. 2 INCARICO DI DIREZIONE DI STRUTTURA SEMPLICE N.4 INCARICO PROFESSIONALE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE N. 14 INCARICO PROFESSIONALE DI CONSULENZA, STUDIO E RICERCA, ISPETTIVO, VERIFICA E CONTROLLO N.21 INCARICO PROFESSIONALE DI BASE N. 22
DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE	N.7
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	N.419
DIRIGENZA AREA FUNZIONI LOCALI	INCARICO DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA N. 5 INCARICO DI DIREZIONE DI STRUTTURA SEMPLICE N. 9 INCARICO PROFESSIONALE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE N. 2 INCARICO PROFESSIONALE DI CONSULENZA, STUDIO E RICERCA, ISPETTIVO, VERIFICA E CONTROLLO N.5
DIRETTORI DI DIPARTIMENTO	N.8
INCARICHI EX ART. 22 E INCARICHI AD INTERIM	EX ART. 22 N.7 AD INTERIM N. 6
POSIZIONI ORGANIZZATIVE	N.132

Di seguito, invece, il riepilogativo del personale dell'Azienda del comparto e dirigenziale a tempo indeterminato e a tempo determinato, con indicazione anche della suddivisione per genere:



**PERSONALE A TEMPO
INDETERMINATO/DETERMINAT
O**

		TDET	TIND	Totale	% Determ	% Indeterm	%tot
CM	RUOLO AMMINISTRATIVO		244	244	0	100	100
CM	RUOLO SANITARIO	140	1591	1731	8,09	91,91	100
CM	RUOLO TECNICO	103	364	467	22,06	77,94	100
totali		243	2199	2442	9,95	90,05	100

		TDET	TIND	Totale	% Determ	% Indeterm	%tot
MEDICI	RUOLO SANITARIO	36	478	514	7	93	100
VETERINARI	RUOLO SANITARIO		29	29	0	100	100
DIRIGENTI SANITARI	RUOLO SANITARIO	20	91	111	18,02	81,98	100
DIRIGENTI PTA	RUOLO AMMINISTRATIVO	1	10	11	9,09	90,91	100
DIRIGENTI PTA	RUOLO TECNICO	0	3	3	0	100	100
DIRIGENTI PTA	RUOLO PROFESSIONALE	0	6	6	0	100	100
totali		57	617	674	8,46	91,54	100

**SITUAZIONE PERSONALE PER
GENERE**

		F	M	Totale	% F	% M	%tot
CM	RUOLO AMMINISTRATIVO	149	95	244	61,07	38,93	100
CM	RUOLO SANITARIO	1270	461	1731	73,37	26,63	100
CM	RUOLO TECNICO	302	165	467	64,67	35,33	100
totali		1721	721	2442	70,48	29,52	100

		F	M	Totale	% F	% M	%tot
MEDICI	RUOLO SANITARIO	249	265	514	48,44	51,56	100
VETERINARI	RUOLO SANITARIO	7	22	29	24,14	75,86	100
DIRIGENTI SANITARI	RUOLO SANITARIO	76	35	111	68,47	31,53	100
DIRIGENTI PTA	RUOLO AMMINISTRATIVO	8	3	11	72,73	27,27	100
DIRIGENTI PTA	RUOLO TECNICO	2	1	3	66,67	33,33	100
DIRIGENTI PTA	RUOLO PROFESSIONALE	2	4	6	33,33	66,67	100
totali		344	330	674	51,04	48,96	100



Con la mappatura dei processi si individuano e rappresentano le attività dell'Ente al fine di ottenere un perimetro di riferimento per la successiva attività di identificazione e valutazione dei rischi corruttivi e di *maladministration*. La mappatura conduce all'identificazione di aree che, in considerazione delle attività a queste riconducibili, risultano, in varia misura, esposte a rischi corruttivi.

In proposito, la Legge n.190/2012 e il P.N.A. (in particolare, la Determinazione A.N.AC. 12/15) individuano le seguenti aree di rischio c.d. “*generali e obbligatorie*”:

1. personale;
2. contratti pubblici;
3. provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
4. provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.
5. gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
6. controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
7. incarichi e nomine;
8. affari legali e contenzioso.

La Determinazione A.N.AC. n. 12/2015, in relazione al settore Sanità, ha altresì individuato le seguenti aree di rischio cd. “*specifiche*”:

1. attività libero professionale e liste di attesa;
2. rapporti contrattuali con privati accreditati;
3. farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
4. attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

L'individuazione di ulteriori aree rischio “*specifiche*” può, tuttavia, discendere dalla valutazione delle eventuali caratteristiche tipologiche delle amministrazioni. Pertanto, l'analisi condotta ha interessato, all'interno:

1. l'esame dell'attuale organizzazione aziendale;
2. l'individuazione delle aree di rischio, in coerenza con le indicazioni di A.N.AC.;
3. la mappatura dei processi aziendali.



2 - Individuazione delle aree di rischio dell'ASL di Viterbo

Sulla base dell'analisi del contesto interno organizzativo, innanzi effettuata, in coerenza con le considerazioni svolte nelle precedenti programmazioni ed alla luce delle più recenti indicazioni fornite da A.N.A.C, sono delineate, di seguito, le aree di rischio e le relative sotto-aree:

	AREA DI RISCHIO	SOTTO-AREE
A	PERSONALE	Concorsi e prove selettive per l'assunzione di personale Progressioni di carriera Conferimento incarichi di collaborazione Gestione amministrativa del personale, etc.
B	CONTRATTI PUBBLICI	Affidamenti di lavori, servizi e forniture



3 - Mappatura dei processi

Dall'analisi di contesto interno scaturisce la mappatura dei processi. Al fine di giungere, in una logica graduale, alla programmazione integrata delle misure preventive all'interno del PIAO che possano contribuire all'attesa costruzione di valore pubblico, è opportuno che, oltre alle misure di prevenzione della corruzione, confluiscono nel processo di mappatura anche gli obiettivi di performance e la programmazione delle risorse umane e finanziarie necessarie alla loro realizzazione. In questo senso, il lavoro svolto dalla ASL Viterbo durante gli anni scorsi era già stato indirizzato verso la predetta integrazione, sollecitata ora nel P.N.A. 2022: le attività svolte dalle Strutture dell'amministrazione per la progettazione, l'implementazione e l'attuazione di misure di prevenzione dei rischi corruttivi sono introdotte in forma di obiettivi di performance con indicatori

C	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Procedimenti riconoscimento handicap, invalidità civile, rilascio patenti, porto d'armi, etc. Rilascio di autorizzazioni
D	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Concessione ed erogazione sussidi, autorizzazione Piani Assistenziali Individuali (PAI), Concessione ausili protesici
E	GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Gestione del patrimonio e dei pagamenti
F	CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Attività di vigilanza
G	INCARICHI E NOMINE	Incarichi e nomine
H	AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Affari legali e contenzioso
I	ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA	Attività libero-professionale intramoenia (A.L.P.I.)
J	RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI	Attività di vigilanza e controlli sulle strutture accreditate
K	FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
L	ATTIVITÀ CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
M	AREA SANITARIA - PRESTAZIONI SANITARIE	Prestazioni sanitarie
N	ALTRO	Gestione autocertificazioni, esenzioni e riscossione tickets, etc.

specifici:

- grado di attuazione delle misure di prevenzione programmate
- qualità dell'attuazione delle misure
- assolvimento degli obblighi di pubblicazione dei dati di competenza.



L'elencazione dei processi della ASL Viterbo, analizzati in dettaglio e riportanti l'indicazione del relativo Responsabile, oltre che di eventuali Strutture/Uffici o Enti esterni coinvolti nel processo stesso, è contenuta nell'**ALLEGATO 1.C.1 Gestione del rischio**, a cui si rinvia.

FASE 2: Valutazione del rischio

Senza tralasciare la revisione della mappatura di ulteriori processi di rilievo, costituirà obiettivo prioritario del primo semestre del 2023 la revisione della valutazione del rischio di quei processi direttamente interessati dalla gestione delle risorse finanziarie del PNRR che, per ciò solo, possono presentare un'esposizione a significativi rischi corruttivi.

La valutazione del rischio si articola in 3 sotto-fasi:

1) **Identificazione dei rischi**: l'identificazione del rischio mira ad individuare gli eventi di natura corruttiva che possono verificarsi in relazione ai processi, o alle fasi dei processi, dell'Azienda. Tale identificazione si traduce nell'indicazione degli "eventi rischiosi", anche in via potenziale, che potrebbero verificarsi in relazione a ciascun processo.

2) **Analisi dei rischi**: l'analisi dei rischi consiste nella *valutazione* della probabilità che il rischio si realizzi (probabilità) e degli impatti da questo prodotti al fine di determinare il rating generale di rischio o "*valore complessivo del rischio*".

Tale analisi è essenziale al fine di:

- comprendere le cause del verificarsi di eventi corruttivi e, conseguentemente, individuare le migliori modalità per contrastarli;
- definire quali siano gli eventi rischiosi più rilevanti e il livello di esposizione al rischio dei processi.

3) **Ponderazione dei rischi**: l'ultima fase del processo valutativo del rischio consiste "*nel considerare il rischio alla luce dell'analisi e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento*", così come previsto già nel P.N.A. 2013.

In relazione alla fase della ponderazione, nel corso dell'anno 2020, pur nelle difficoltà operative scaturenti dalla emergenza da covid-19, il RPCT *pro tempore*, con il supporto di tutte le Aree, UOC e Dipartimenti dell'ASL, ha progettato e coordinato un percorso volto ad allineare ulteriormente la metodologia di "analisi del rischio" sinora utilizzata alle indicazioni diramate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione. In attesa di avviare, durante il corrente anno, un ciclo di incontri laboratoriali con tutti i Referenti aziendali interessati dai processi già mappati, si conferma la metodologia già adottata, articolata nelle seguenti fasi:

- identificazione dei rischi e dei fattori abilitanti;
- definizione di n. 9 indicatori per l'analisi del rischio *inerente*, tratti in parte dalle esemplificazioni dell'Autorità, in parte da riflessioni interne volte a semplificare



l'applicazione della metodologia e a meglio declinarla al contesto dell'ASL Viterbo;

INDICATORE 1	INDICATORE 2	INDICATORE 3	INDICATORE 4	INDICATORE 5	INDICATORE 6	INDICATORE 7	INDICATORE 8	INDICATORE 9
IL PROCESSO PRESENTA PROFILI DI RISCHI DI SCREZI ONALI TA'	IL PROCESSO HA RILEVANZA ECONOMICA (DIRETTA O INDIRETTA)	IL PROCESSO NON E' TRACCI ABILE (IN TUTTO O IN PARTE)	IL PROCESSO NON E' SOTTOPOSTO A CONTROLLI O I CONTROLLI RISULTANO NON EFFICACI (IN TUTTO O IN PARTE)	IL PROCESSO E' GESTITO SOLAMENTE DA UN UNICO SOGGETTO (IN TUTTO O IN PARTE)	IN RELAZIONE AL PROCESSO CONSIDERATO SI REGISTRA, IN PASSATO, EPISODI CORRUPTIVI O COMUNQUE DI MALAMINISTRATI ACCERTATI DALLA ASL (PROCEDIMENTO DISCIPLINARE) O DA AUTORI TA' GIUDIZIARI E	IN RELAZIONE AL PROCESSO CONSIDERATO, IN CASO DI AVVERAMENTO DEL RISCHIO, SI REGISTRA, IN CAPO A ASL VT, IMPATTI ECONOMICI NEGATIVI	IN RELAZIONE AL PROCESSO CONSIDERATO, IN CASO DI AVVERAMENTO DEL RISCHIO, SI REGISTRA, IN CAPO A ASL VT, IMPATTI REPUTAZIONALI NEGATIVI	IN RELAZIONE AL PROCESSO CONSIDERATO, IN CASO DI AVVERAMENTO DEL RISCHIO, SI REGISTRA, IN CAPO A ASL VT, IMPATTI ORGANIZZATIVI NEGATIVI

- valorizzazione di ciascun indicatore in termini di rilevanza del rischio come “basso”, “medio”, “alto”;
- articolazione dell'analisi in (i) analisi del rischio “inerente” (o rischio lordo) e rischio “residuo” (o rischio netto);

Il rischio **inerente (RI)** connesso ad una determinata attività sensibile indica il livello di rischio associato all'attività stessa a prescindere dall'azione del sistema di controllo interno posto in essere.

Il **sistema di controllo interno (SCI)** è costituito dall'insieme delle regole, delle procedure e delle strutture organizzative volte a consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione e il monitoraggio dei principali rischi.

Il valore del **rischio residuo (RR)** è ottenuto riducendo il valore iniziale del rischio inerente in misura proporzionale alla forza del sistema di controllo che caratterizza l'attività in questione.

VALUTAZIONE RISCHIO RESIDUO

= Valutazione Rischio Inerente - Adeguatezza Sistema di controlli interni



- definizione del “**valore complessivo del rischio inerente**” quale *media ponderale* delle valutazioni qualitative rese in relazione ai singoli indicatori ispirata al criterio di “*prudenzialità*” ed aperta a forme di ponderazioni correttive, anche su iniziativa del RPCT;
- valorizzazione non solo dei rischi ma anche della efficacia delle misure di prevenzione (a contenere i primi) in termini di misura “migliorabile”, “adeguata” e “molto adeguata”;
- attribuzione del *rating* di rischiosità in relazione al singolo processo;
- definizione di eventuali azioni per la mitigazione del “rischio residuo” e degli eventuali tempi di realizzazione



TRATTAMENTO DEL RISCHIO							
MISURE DI PREVENZIONE DI LIVELLO SPECIFICO (Misure previste dalla singola struttura dell'ASL in analisi)	STATO DI ATTUAZIONE (in essere / da attuare entro il)	RESPONSABILE DELLA ATTUAZIONE DELLA MISURA	INDICATORE DI MONITORAGGIO	VALUTAZIONE DELLE MISURE IN ESSERE	PONDERAZIONE DEL RISCHIO RESIDUO RATING DI RISCHIOSITA' RISCHIO RESIDUO	AZIONI DA PIANIFICARE PER MITIGARE IL RISCHIO RESIDUO	TEMPISTICA ATTUAZIONE DELLA MISURA ULTERIORE PIANIFICATA

La metodologia, illustrata con la tabella precedente, prevede che le valutazioni siano rese, con cadenza annuale, dai singoli Responsabili dei processi considerati (c.d. “*risk self assessment*”). Il RPCT, verificando la coerenza e la correttezza delle valutazioni svolte dai singoli Responsabili, potrà intervenire in caso di incongruità riconoscibili ovvero suggerendo valutazioni maggiormente prudenziali, ove necessario.

Pur confermando l'adeguatezza della metodologia fino ad ora utilizzata per condurre l'attività di valutazione del rischio, i cui esiti sono contenuti nel citato Allegato **1.C.1 “Gestione del rischio”**, durante il 2023 sarà rafforzata l'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR.

Fase 3: Trattamento del rischio

Mediante la fase di trattamento del rischio sono state validate le misure organizzative di prevenzione, *generali e obbligatorie* nonché quelle *specifiche ed ulteriori*, come già presenti nel precedente PTPCT 2021-2023 e nel PIAO 2022-2024, anche ridefinendone i termini e apportando le necessarie integrazioni in relazione alle indicazioni impartite da A.N.A.C. con specifico riferimento al settore sanitario ed a quelle contenute nel recente P.N.A. 2022.

Sempre secondo gli indirizzi A.N.AC., il trattamento del rischio è la fase tesa a individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, tenendo in debito conto le priorità emerse in occasione della precedente sotto-fase di valutazione del rischio.

Nella Determinazione n. 12/15, l'A.N.AC. ha distinto tra “misure generali” che, intervenendo in materia trasversale sull'organizzazione e sulla struttura dell'Ente, incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, e “misure specifiche”, che si rapportano a specifiche problematiche individuate in occasione della fase di valutazione del rischio.

Nell'ambito dell'attività di revisione e validazione delle misure generali e specifiche, programmate nei precedenti P.T.P.C.T e nel PIAO 2022-2024 adottati dalla ASL, si è tenuto conto della congruità delle singole misure e, soprattutto, della loro “sostenibilità” nell'ambito delle strutture aziendali destinatarie.



Per ciascuna misura (generale o specifica) si riporta nel presente PIAO:

- il responsabile dell'attuazione della misura;
- lo stato di attuazione della misura (“in essere” / “termine di attuazione”);
- l'indicatore di monitoraggio;
- i valori attesi (in termini di *target* e *impatti*).

Lo stimolo fornito da ANAC e contenuto nel P.N.A. 2022 consentirà di recepire le indicazioni in ordine alla progettazione di ulteriori indicatori di monitoraggio per ciascuna tipologia di misura, incluse quelle rivolte al settore sanitario individuate con la Determinazione n. 12/2015 e la Delibera n. 831/2016, citate. Le misure specifiche di settore, quale *focus* mirato per determinate Aree/UU.OO. aziendali, sono descritte in apposito allegato al presente PIAO, (**ALLEGATO 1.C.2 Misure specifiche per determinate Aree di rischio**). Si tratta, in particolare, delle misure specifiche inerenti alle seguenti aree di rischio:

1. Gestione del personale, incarichi e nomine;
2. Contratti pubblici;
3. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
4. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
5. Attività libero professionale e liste di attesa;
6. Rapporti contrattuali con privati accreditati;
7. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
8. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Tanto premesso, si descrivono in dettaglio le misure di prevenzione - generali e specifiche - già adottate dalla ASL di Viterbo.

MISURE GENERALI E OBBLIGATORI

A) Formazione

Conformemente a quanto richiesto dalla Legge Anticorruzione e dagli aggiornamenti del P.N.A., nonché dal Codice di Comportamento aziendale, l'Azienda deve assicurare, con periodicità annuale, adeguati percorsi di formazione:

- di *livello generale*, rivolti a tutti i dipendenti e concernenti l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e delle tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);
- di *livello specifico*, rivolti al RPCT, ai Referenti, ai Dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio, e concernenti le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per



la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, anche in ambiti settoriali, e in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'Azienda.

Nel nuovo Piano della formazione 2023, in via di adozione, anche su input dell'RPCT, al fine di assicurare ai dipendenti la formazione obbligatoria in materia di prevenzione della corruzione, sono stati

già progettati alcuni moduli formativi fra i quali il corso "Formazione professionale RPCT-anticorruzione e trasparenza alla luce del P.N.A. 2022", il corso "Metodologia dell'analisi dei rischi corruttivi in base alle modifiche del P.N.A. 2022", e l'attuazione di percorsi laboratoriali volti all'eventuale revisione del sistema di gestione del rischio adottata (Area formativa "Amministrativa e anticorruzione"). Sarà inoltre riproposto il Corso di carattere generalista "Prevenzione della corruzione e Trasparenza" da destinare al personale amministrativo del Comparto entro il primo semestre 2023. In ogni caso, sarà possibile progettare in corso d'anno eventuali iniziative formative ulteriori (formazione in house, formazione a distanza (FAD), webinar) che dovessero rendersi utili per integrare i processi formativi già programmati.

Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore monitoraggio	Valori attesi Impatti attesi
Formazione di livello generale	Formazione e-learning, di livello generale, verso tutti i dipendenti dell'ASL, della durata di min. 1 ora, sui temi dell'etica, dell'integrità (Disciplina anticorruzione e Trasparenza, PIAO, Codice di comportamento, Whistleblowing)	-Dirigente responsabile della formazione, -RPCT (selezione del personale interessato)	Entro dicembre 2023	Numero di partecipanti/numero di soggetti invitati Risultanze delle verifiche di apprendimento: risultato positivo dei test/risultato atteso	Target: almeno il 90% Target: almeno l'80% <u>Impatto atteso:</u> Sensibilizzazione e del personale sui temi trattati



<p>Formazione di livello specifico RPCT</p>	<p>Formazione frontale e/o a distanza, di livello specifico, di taglio teorico, tecnico e pratico</p>		<p>Entro dicembre 2023</p>	<p>Risultanze delle verifiche di apprendimento: risultato positivo dei test/risultato atteso</p>	<p>Target: almeno il 90%</p> <p><u>Impatti attesi:</u> Professionalizzazione e aggiornamento del RPCT</p>
<p>Formazione di livello specifico Referenti, Dirigenti, P.O. e personale selezionato dal RPCT in relazione alla rischiosità dell'Area di appartenenza (Area sanitaria e PTA)</p>	<p>Formazione frontale, di livello specifico, di taglio teorico, tecnico e pratico finalizzata alla revisione della valutazione del rischio secondo le rinnovate indicazioni di cui al P.N.A. 2022</p>		<p>Entro dicembre 2023</p>		<p>Target: almeno l'80%</p> <p><u>Impatti attesi:</u> Professionalizzazione e aggiornamento del personale coinvolto</p> <p>Maggiore padronanza degli strumenti per la valutazione del rischio dei processi di competenza e per l'attuazione del PIAO</p>



B) Codice di Comportamento aziendale

Il vigente Codice, consultabile nella Sezione “Amministrazione Trasparente” al link <https://aslviterbo.contrasparenza.it/documenti/allegati/trasparenza/15/codice-di-comportamento-aziendale-delibera-n-804-del-14-aprile-2021.pdf> è stato aggiornato con Deliberazione del Direttore Generale n. 804 del 14 aprile 2021, previo parere favorevole dell'OIV aziendale, con l'inserimento, ai sensi della Delibera ANAC n. 215/2019 (adozione delle Linee Guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lett. 1-quater, Dlgs. n.165/2001), di disposizioni specifiche in tema di rotazione straordinaria del personale. Su sollecitazione del RPCT è in atto una modifica inerente l'adeguamento dell'articolo alla prescrizione contenuta al comma 1 bis dell'art. 54 del D. Lgs 30 marzo 2001, n. 165, sul corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e *social media* da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione. Analogamente il RPCT, con riferimento all'esigenza di garantire l'assenza di conflitti d'interesse in materia di contrattualistica pubblica ed in particolar modo nell'ambito degli interventi finanziati con i fondi PNRR, ha proposto l'inserimento nel Codice di un richiamo specifico al dovere del dipendente di aggiornare eventuali dichiarazioni rilasciate prima dell'avvio della gara, nel caso in cui, durante lo svolgimento, dovessero insorgere situazioni di conflitto di interesse.

Giova evidenziare che il Codice di comportamento aziendale costituisce misura di prevenzione della corruzione, individuando *specifiche regole di condotta integrative e/o aggiuntive* rispetto a quelle contenute nel D.P.R. 62/2013, nonché ulteriori norme di comportamento idonee a qualificare e valorizzare il profilo ed il ruolo dei dipendenti dell'Azienda secondo i principi posti a fondamento della *mission* aziendale consistente, principalmente, nella tutela della salute individuale e collettiva. A tal fine, a ciascun neoassunto vengono fornite in via preventiva indicazioni sul Codice e sottoscrivendo il contratto individuale di lavoro, attesta di conoscere le disposizioni in esso contenute.

In attuazione di quanto previsto dal Codice, l'Azienda provvede a pubblicare sul proprio sito istituzionale avvisi mirati inerenti a *specifici obblighi* quali, a titolo esemplificativo:

- l'obbligo di comunicare la propria adesione ad associazioni e organizzazioni potenzialmente interferenti con l'attività dell'ufficio;
- l'obbligo di comunicazione di collaborazioni con privati e di interessi finanziari in potenziale conflitto d'interessi, anche mediante la Dichiarazione Pubblica di Interessi (AGENAS).

Il monitoraggio sul rispetto del Codice è rimesso:

- a ciascun Direttore / Dirigente per la rispettiva area di competenza;
- all'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD);
- al RPCT, sulla base di quanto periodicamente relazionato dai primi, con la seguente



cadenza temporale:

Entro il 15 novembre di ogni anno, ciascun Direttore/Dirigente, trasmette al RPCT una scheda riepilogativa degli eventuali illeciti disciplinari rilevati in corso d'anno, recante le seguenti informazioni:

- qualifica del dipendente;
- breve indicazione dell'oggetto della contestazione;
- esito del procedimento disciplinare;
- esito dell'eventuale impugnazione della sanzione.

Entro il 15 novembre di ogni anno, l'UPD trasmette al RPCT una scheda riepilogativa degli illeciti disciplinari di competenza, rilevati in corso d'anno, recante le medesime informazioni di cui sopra nonché quelle espressamente indicate dal format di relazione annuale del RPCT ai sensi dell'art. 1, co. 14, l. 190/2012, come precisate da quest'ultimo.

In attesa dell'adozione del D.P.R. di modifica del "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici" (D.P.R n. 62/2013), il cui iter di approvazione già avviato dovrà concludersi entro il 30 giugno 2023 e che, seguendo le direttrici di riforma previste dal PNRR, condurrà all'adeguamento del Codice vigente al nuovo contesto socio-lavorativo, alle esigenze di maggiore tutela dell'ambiente ed al principio di non discriminazione nei luoghi di lavoro, il RPCT, insieme all'UPD e all'OIV, nel corso dell'anno 2023, sulla scorta delle indicazioni contenute nel P.N.A. 2022, valuterà l'opportunità di aggiornare ulteriormente il Codice di comportamento aziendale adeguandolo alle nuove norme.

Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi Impatti attesi
Codice di comportamento aziendale	Monitoraggio del Codice	Direttori Dirigenti RPCT	In essere	Report sulle risultanze del monitoraggio	Target: 100% Impatti attesi: Maggiore efficienza nelle attività di controllo sul rispetto del Codice
	Flussi informativi verso il RPCT	Direttori Dirigenti	Entro il 15 novembre	Scheda di Rendicontazione SI/NO	Target: SI
	Flussi informativi verso il RPCT	UPD	Entro il 15 novembre	Scheda di Rendicontazione SI/NO	
	Avvisi al personale	Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane	Ad evento	Avviso sul sito SI/NO	



	Aggiornamento del Codice alla luce del P.N.A. 2022 e dell'intervento di modifica al DPR 62/2013 di cui si prevede l'adozione nel corso del 2023	RPCT	Entro dicembre 2023	Pubblicazione di Avviso sul sito e comunicazione a tutto il personale SI/NO	
--	---	------	---------------------	---	--

C) Inconferibilità e Incompatibilità ex D.Lgs. 39/2013

Il D.Lgs. 39/13, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ha disciplinato:

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

A tal proposito, con **Deliberazione n. 149 del 22 dicembre 2014** "Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario" l'A.N.AC. ha chiarito che le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso l'ASL devono intendersi d'ora in poi applicate solo con riferimento agli incarichi di vertice ossia al Direttore Amministrativo, al Direttore sanitario e al Direttore generale. Per quest'ultimo, si evidenzia che il conferimento dell'incarico e i provvedimenti conseguenti sono di competenza della Regione Lazio.

Pur a fronte di quanto precisato dall'A.N.AC., l'ASL di Viterbo richiede, per finalità di monitoraggio, la dichiarazione di cui all'art. 20 del D.Lgs. 39/2013 con riferimento a tutti i Direttori e Dirigenti.

Inoltre, in aderenza agli indirizzi diramati con Delibera A.N.AC. n. 833/2016, l'ASL Viterbo ha adottato un *format* per l'acquisizione delle dichiarazioni di cui sopra, che prevede l'elencazione di tutti gli incarichi ricoperti dal soggetto che si intende nominare, nonché delle eventuali condanne subite per i reati commessi contro la Pubblica Amministrazione.

In relazione alle situazioni di "incompatibilità", di cui al citato D.Lgs. n. 39/2013, appare importante considerare che l'art. 53, comma 16-ter, del D.Lgs. n. 165/2001, che disciplina il divieto di pantouflage di cui si tratterà in seguito, ha introdotto una fattispecie qualificabile in termini di "incompatibilità successiva" alla cessazione dal servizio del dipendente pubblico e per ciò solo, integrativa dei casi di inconferibilità e incompatibilità contemplate dallo stesso D.Lgs. n. 39/2013.

Nel corso del 2023 si procederà a perfezionare il processo di verifica delle dichiarazioni rese, anche, eventualmente mediante stesura di una procedura che definisca modalità e frequenza dei controlli.



Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi Impatti attesi
Inconferibilità e Incompatibilità (D.Lgs. 39/2013)	Inserimento delle cause di inconferibilità e incompatibilità negli atti di attribuzione degli incarichi o negli interpelli per l'attribuzione degli stessi	-U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane -U.O.C. Affari generali e Relazioni esterne -RPCT	In essere	Adeguamento degli atti di conferimento degli incarichi / interpelli SI/NO	Target: SI Impatti attesi: Facilitazione ed efficacia dei controlli Puntualità nella richiesta, raccolta e monitoraggio delle dichiarazioni
	Aggiornamento degli schemi standard di dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità, che i soggetti devono rendere all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto			Aggiornamento dello schema di dichiarazione SI/NO	
	Adozione di Procedura che definisca le modalità e la frequenza dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni			-U.O.C. Affari generali e Relazioni esterne -RPCT	Entro il primo semestre 2023

D) Rotazione del personale

D.1) Rotazione ordinaria

La *rotazione ordinaria del personale* addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, di cui all'art. 1, co. 5, lett. b) della Legge n.190/2012, rappresenta una fondamentale misura di prevenzione per il contrasto di fenomeni corruttivi. Invero il variare dei soggetti preposti all'assunzione delle decisioni e/o alla gestione di processi/procedimenti impedisce il consolidarsi di rapporti di "abitudine" o "vicinanza" tra referenti dell'Amministrazione e utenza esterna, che possono costituire terreno fertile per l'annidarsi di fenomeni di *maladministration*, di favoritismi o di illeciti scambi. Su questa stessa linea, l'A.N.A.C. ha da tempo raccomandato, tra l'altro con il P.N.A. 2015 e con le Linee Guida 15/2019, il rispetto del criterio della rotazione nell'affidamento dell'incarico di RUP quale misura di prevenzione del rischio corruttivo. In questa sede, come nella precedente programmazione, si manifesta, tuttavia, la consapevolezza della difficoltà di attuare



appieno la misura generale della rotazione ordinaria in ragione della carenza di organico nella quale versa attualmente l'Azienda, difficoltà ancora maggiore in riferimento al personale che svolge attività specialistiche che ha acquisito competenze tecniche con caratteristiche di infungibilità.

Tuttavia, durante il corrente anno, obiettivo prioritario dell'Azienda dovrà essere quello di avviare iniziative formative specifiche al fine di garantire la professionalità tecnica adeguata nell'espletamento degli incarichi e per ampliare la platea dei dipendenti potenzialmente idonei a svolgere compiti specialistici in processi ad alto rischio corruttivo, come quelli inerenti la materia degli appalti.

Contemporaneamente, potranno essere attuate fin da subito iniziative di rotazione di funzioni amministrative mutuabili, tra tutto il personale dipendente, che non richiedano specifica formazione tecnica e che possano assicurare alternanza di ruoli, soprattutto se trattasi di funzioni a cui siano riconnessi incentivi economici.

A compensazione dell'attuazione difficoltosa della misura della rotazione si dà atto, tuttavia, che diverse strutture aziendali già applicano sistemi di "segregazione delle funzioni" che ripartiscono responsabilità tra più dipendenti dell'ASL evitando concentrazioni di potere in capo ad un unico soggetto. Il fisiologico avvicendamento nella direzione di diverse Strutture aziendali, anche di area sanitaria, a seguito del collocamento in quiescenza del titolare o suo trasferimento, l'assunzione, a seguito di pubblici concorsi, di nuovi Dirigenti (CCNL Sanità e CCNL Funzioni Locali) e l'avvicendamento della figura del Direttore Generale, con la nomina di una Direttore Generale f.f. dal 03/11/2022, hanno comunque attuato una naturale rotazione di personale nell'ambito dell'Azienda.

Ulteriori forme di rotazione previste dalla legge

Va ricordato che con Delibera n. 215 del 26 marzo 2019, recante "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001", l'A.N.AC. è intervenuta, con indicazioni confermate dal P.N.A. 2019, in tema di rotazione straordinaria del personale. Nella Delibera richiamata sono chiariti i termini delle due principali forme di rotazione straordinaria, ossia la rotazione straordinaria di cui all'art. 3, comma 1, della L. n. 97/2001 (c.d. trasferimento obbligatorio) e la rotazione straordinaria propria di cui all'art. 16, comma 1, lett. l-quater, del D.Lgs. n. 165/2001.

L'art. 3, co. 1, della Legge 27 marzo 2001, n. 97, sul trasferimento obbligatorio, reca "Norme sul rapporto tra procedimento penale e procedimento disciplinare ed effetti del giudicato penale nei confronti dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni", stabilisce che "quando nei confronti di un dipendente di amministrazioni o di enti pubblici ovvero di enti a prevalente partecipazione pubblica è disposto il giudizio per alcuni dei delitti previsti dagli articoli 314, primo comma, 317, 318, 319, 319-ter, 319-quater e 320 del codice penale e dall'articolo 3 della legge 9 dicembre 1941, n. 1383, l'amministrazione di appartenenza lo trasferisce ad un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto, con attribuzione di funzioni corrispondenti, per inquadramento, mansioni e prospettive di carriera, a quelle svolte in precedenza".



Giova evidenziare che i delitti richiamati dalla norma sono una serie di reati molto più ristretta rispetto all'intera gamma di reati previsti dal Codice Penale, Libro secondo "Dei delitti in particolare", Titolo II "Dei delitti contro la Pubblica Amministrazione", trovando quindi applicazione la rotazione straordinaria solo quando al dipendente dell'azienda siano stati contestati i reati di peculato (di cui al comma 1 art. 314 ossia con appropriazione della cosa mobile o del denaro altrui, non nel caso di peculato d'uso), concussione, corruzione per l'esercizio della funzione, corruzione per atto contrario ai doveri di ufficio, corruzione in atti giudiziari, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio (la fattispecie di cui all'art. 3 della L. 1383/1941 non trova applicazione ai dipendenti ASL riguardando personale militare della guardia di finanza). Il trasferimento è obbligatorio, salva la scelta, lasciata all'amministrazione, "in relazione alla propria organizzazione", tra il "trasferimento di sede" e "l'attribuzione di un incarico differente da quello già svolto dal dipendente, in presenza di evidenti motivi di opportunità circa la permanenza del dipendente nell'ufficio in considerazione del discredito che l'amministrazione stessa può ricevere da tale permanenza" (art. 3, co. 1, cit.). Qualora, in ragione della qualifica rivestita, ovvero per obiettivi motivi organizzativi, non sia possibile attuare il trasferimento di ufficio, il dipendente è posto in posizione di aspettativa o di disponibilità, con diritto al trattamento economico in godimento salvo che per gli emolumenti strettamente connessi alle presenze in servizio, in base alle disposizioni dell'ordinamento dell'amministrazione di appartenenza" (art. 3, co. 2, cit.).

In caso di sentenza di proscioglimento o di assoluzione, ancorché non definitiva, "e in ogni caso, decorsi cinque anni" dalla sua adozione (art. 3, comma 3), il trasferimento perde efficacia, ma l'amministrazione, "in presenza di obiettive e motivate ragioni per le quali la riassegnazione all'ufficio originariamente coperto sia di pregiudizio alla funzionalità di quest'ultimo", "può non dare corso al rientro" (art. 3, co. 4, cit.);

In caso di condanna, per gli stessi reati di cui all'art. 3, co. 1, anche non definitiva, i dipendenti "sono sospesi dal servizio" (art. 4). La norma chiarisce poi che la sospensione perde efficacia se per il fatto è successivamente pronunciata sentenza di proscioglimento o di assoluzione, anche non definitiva e, in ogni caso, decorso un periodo di tempo pari a quello di prescrizione del reato (art. 4); in caso di condanna definitiva alla reclusione per un tempo non inferiore ai due anni per gli stessi delitti, è disposta l'estinzione del rapporto di lavoro o di impiego (art. 5) ai sensi dell'articolo 32-quinquies del Codice Penale.

Coerentemente con quanto previsto dalla Delibera A.N.AC. surriportata, in merito alle conseguenze del procedimento penale sul sottostante rapporto di lavoro del dipendente della ASL, in relazione ai delitti innanzi specificati è stabilito che:

- in caso di rinvio a giudizio, per i reati previsti dal citato art. 3, la ASL, con decisione del Direttore Generale, trasferisce il dipendente ad un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto, con attribuzione di funzioni corrispondenti, per inquadramento, mansioni e prospettive di carriera, a quelle svolte in precedenza; tuttavia, in caso di impossibilità (in ragione della qualifica rivestita, ovvero per obiettivi motivi organizzativi), il dipendente è posto in posizione di aspettativa o di disponibilità, con diritto al trattamento economico in godimento;
- in caso di condanna non definitiva, il dipendente, con decisione del Direttore Generale, è sospeso dal servizio (ai sensi del richiamato art. 4);



- in caso di sentenza penale irrevocabile di condanna, ancorché a pena condizionalmente sospesa, l'estinzione del rapporto di lavoro o di impiego può essere disposta a seguito di procedimento disciplinare (ai sensi del richiamato art. 5).

Si precisa che, secondo la Delibera richiamata, come confermata dal P.N.A. 2019, il trasferimento di ufficio conseguente a rinvio a giudizio e la sospensione dal servizio in caso di condanna non definitiva, non hanno natura sanzionatoria, ma si configurano come misure amministrative, sia pure obbligatorie, a protezione dell'immagine di imparzialità della ASL, diversamente dalla disposta estinzione del rapporto di lavoro, la quale ha carattere di pena accessoria.

Si precisa altresì che l'elencazione dei reati per i quali è prevista tale prima forma di rotazione ha carattere tassativo.

A prescindere dai flussi informativi tra l'Autorità giudiziaria e la ASL, così come previsto dal Codice di comportamento della ASL, è fatto obbligo a tutti i dipendenti di comunicare l'avvio di un procedimento penale nei propri confronti, sin dal primo atto di cui possa essere a conoscenza l'interessato, in veste di indagato o, comunque, di iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335, del c.p.p. La violazione di tale norma costituisce, oltre che violazione del presente PIAO, illecito disciplinare per violazione del Codice di comportamento aziendale.

La misura del trasferimento obbligatorio si applica nei confronti di tutto il personale dipendente della ASL e, comunque, a tutti coloro che collaborano con l'Ente in forza di un rapporto di lavoro parasubordinato (collaboratori co.co.co, stagisti, tirocinanti, assegnisti di ricerca, laureandi, studenti, etc.).

D.2) La rotazione straordinaria ex art. 16, co. 1, lett. l-quater, del D.Lgs. n. 165/2001

La rotazione straordinaria, in senso stretto, di cui all'art. 16, co.1, lett. l-quater, del D.Lgs. n. 165/2001, consiste in un provvedimento della Pubblica Amministrazione cui afferisce il dipendente, adeguatamente motivato, con il quale, a fronte della mera iscrizione del dipendente nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335, c.p.p. in relazione ai delitti di cui all'art. 7 della legge n. 69 del 2015, viene stabilito che la condotta corruttiva imputata può pregiudicare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione e con il quale, conseguentemente, viene individuato il diverso ufficio al quale il dipendente viene trasferito.

Pur non trattandosi di un procedimento sanzionatorio, di carattere disciplinare, è necessario che venga data all'interessato la possibilità di contraddittorio, senza, però, che vengano pregiudicate le finalità di immediata adozione di misure di tipo cautelare.

Il provvedimento, poiché può avere effetto sul rapporto di lavoro del dipendente/dirigente, è impugnabile davanti al giudice amministrativo o al giudice ordinario territorialmente competente, a seconda della natura del rapporto di lavoro in atto.

In ragione di quanto precede, il Direttore Generale, ferma restando la piena applicazione della misura del trasferimento obbligatorio di cui al D.Lgs. 97/2001, valuterà, acquisita la notizia della



avvenuta iscrizione del dipendente nel registro di cui all'art. 335, c.p.p., se procedere o meno all'adozione del provvedimento motivato onde stabilire se applicare ed in che termini la rotazione di cui al D.Lgs. 165/2001 (i.e. rotazione straordinaria in senso stretto).

Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azi oni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi Impatti attesi
Rotazione <i>straordinaria</i> del personale		-Direzione strategica -U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane	Ad evento	Applicazione della procedura	N.A.
Rotazione <i>ordinaria</i> del personale	Applicazione delle misure secondo quanto specificato nella Sezione del PIAO	U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane	Entro il 2023	Numero di incarichi ruotati/totale	Almeno 5%
Rotazione delle pratiche			Entro il 2023	Numero di pratiche ruotate/totale	Almeno 5%
Previsione di procedura interna che individui criteri oggettivi della nomina dei RUP		-Tutti i Direttori di Struttura	Entro il 2023	Adozione procedura SI/NO	
		-Direzione strategica	Entro il 2023		SI

E) Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi

L'art. 1, co. 41, della Legge n. 190/2012 ha introdotto l'art. 6-bis della Legge n. 241/1990, il quale ha imposto una particolare attenzione da parte dei responsabili del procedimento sulle situazioni di conflitto di interesse.

La norma, che va letta in maniera coordinata con gli artt. 6 e 7 del Codice di Comportamento ed ai quali si rinvia per quanto concerne termini e modalità di applicazione dell'istituto, contiene due prescrizioni:

- è stabilito un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale e i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale;
- è previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

Sul versante dei contratti pubblici, oltre a fare rinvio alle Linee Guida ANAC n. 15 in tema di "Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di



contratti pubblici”, occorre ricordare che ai sensi dell’art. 42, del D.Lgs. n. 50/2016:

- le stazioni appaltanti prevedono misure adeguate per contrastare le frodi e la corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici;
- si ha conflitto d’interesse quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione;
- costituiscono situazione di conflitto di interesse quelle che determinano l’obbligo di astensione previste dall’articolo 7 del D.P.R. n. 62/2013;
- il personale che versa in situazione di conflitto di interesse è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante, ad astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni e alla fase di esecuzione del contratto;
- fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale, la mancata astensione costituisce comunque fonte di responsabilità disciplinare a carico del dipendente;
- la stazione appaltante vigila su quanto sopra.

In relazione a quanto sopra, l’Azienda richiama l’attenzione di tutto il personale in occasione delle sessioni di formazione (di livello generale e specifico) in materia di prevenzione della corruzione, e sollecita l’acquisizione delle dichiarazioni specificatamente contemplate dal Codice di comportamento aziendale.

Inoltre, ai fini di una completa attuazione dell’art. 42, del D.Lgs. n. 50/2016, l’Azienda assicura che ciascun responsabile unico del procedimento (RUP) e/o dell’esecuzione del contratto (DEC) e/o dei lavori (DL), sottoscriva un’apposita dichiarazione relativa all’inesistenza di conflitti di interesse, da rendersi ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00. L’input di modifica del vigente Codice di Comportamento fornito di recente dal RPCT, di cui si è già fatta menzione, potrà costituire un ulteriore presidio di prevenzione contemplando che tutti i soggetti a qualsiasi titolo interessati nei processi di appalto avranno il dovere di aggiornare eventuali dichiarazioni di assenza di conflitto di



interesse rilasciate prima dell'avvio della gara, nel caso in cui, durante lo svolgimento, dovessero, invece, insorgere situazioni di conflitto.

Con riguardo alla nozione di conflitto di interesse prevista dal nuovo codice dei contratti pubblici all'esame del Parlamento (attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante "Delega al Governo in materia di contratti pubblici") l'A.N.A.C. ha espresso forte preoccupazione per il restringimento dell'ambito applicativo proposto e con particolare riferimento agli affidamenti diretti, caratterizzati dalla sostanziale assenza di confronto competitivo ed ha suggerito l'introduzione di più stringenti regole per la raccolta delle dichiarazioni di insussistenza del conflitto di interesse che l'Azienda recepisce e fa proprie.

Alla gestione del conflitto di interessi in materia di contratti pubblici il P.N.A. 2022 ha dedicato una specifica Sezione speciale che richiama le iniziative di recepimento delle misure fissate a livello di regolamentazione UE, poste in essere dallo Stato italiano nell'ambito di disposizioni normative ed anche negli atti adottati dal MEF, Dipartimento RGS, Servizio centrale per il PNRR, quale punto di contatto nazionale per l'attuazione del PNRR. In particolare, nelle Linee Guida del MEF, annesse alla circolare 11 agosto 2022, n. 30/2022, è stata posta grande attenzione alla necessità di garantire la trasparenza dei dati relativi al *titolare effettivo* dei soggetti partecipanti alle gare per l'affidamento dei contratti pubblici. Pertanto, non solo è stato previsto l'obbligo per gli operatori economici di comunicare i dati del titolare effettivo, ma anche quello, posto in capo al soggetto attuatore/stazione appaltante, di richiedere la dichiarazione del medesimo titolare effettivo circa l'assenza di conflitto di interessi.

Inoltre, l'attenzione richiesta nei confronti di eventuali ipotesi di conflitto di interessi non deve riguardare solo la figura del RUP ma anche tutti gli altri soggetti che rispetto alla specifica procedura di gara potrebbero ugualmente trovarsi in situazioni di conflitto, compresi tutti i prestatori di servizi a vario titolo coinvolti nell'affidamento (ad es. progettisti esterni, commissari di gara, collaudatori) e tutti i soggetti che possano intervenire nella fase esecutiva del contratto.

Le sollecitazioni che provengono dall'ANAC circa la richiesta di particolare attenzione nei riguardi della presente misura di prevenzione, soprattutto tenuto conto delle riforme in atto a livello nazionale imposte dal PNRR, rendono necessaria una specifica attività di revisione del modello utilizzato dall'Azienda per la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, da realizzarsi nel primo semestre dell'anno.

Progettazione e programmazione della misura



Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore monitoraggio	Valori attesi Impatti attesi
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi (Dirigenza, secondo quanto previsto dal Codice di comportamento aziendale)	-Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane - RPCT (impulso)	Entro il 31 gennaio di ogni anno	Dichiarazione resa dall'interessato: numero delle dichiarazioni rese/totale dei Dirigenti	Target: almeno 90%
	Dichiarazioni di insussistenza del conflitto di interessi aggiornate in presenza di modifiche sopraggiunte che determinino l'insorgenza di potenziali conflitti			Risultanze degli audit campionari della U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane	Impatti attesi: Sensibilizzazione del personale sul "conflitto di interessi" Rafforzamento dei controlli
	Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi (RUP e DEC/DL), conformemente alle indicazioni rese con Linee Guida n. 15/e con P.N.A. 2022	Dirigenti delle U.O.C. Politiche e Gestione del Patrimonio Immobiliare, Impiantistico e Svil. SI.	U.O.C. Politiche e Gestione del	In occasione di ogni affidamento	Dichiarazione resa dall'interessato: numero delle dichiarazioni rese/totale degli incaricati
	Dichiarazioni di insussistenza del conflitto di interessi aggiornate in presenza di modifiche sopraggiunte che determinino l'insorgenza di potenziali conflitti	U.O.C. E.Procurement; U.O.C. Ingegneria Clinica RPCT (impulso)			
	Revisione del modello di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi	-Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane -RPCT (impulso)	Entro il primo semestre 2023	Redazione nuovo modello SI/NO	Target: SI

F) Dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti (AGENAS)

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) ha elaborato, nell'ambito dei lavori di aggiornamento del Piano nazionale Anticorruzione (Determinazione A.N.AC. n. 12/2015), una modulistica standard da utilizzarsi per l'identificazione delle attività/interessi/relazioni che possono coinvolgere i professionisti, di area sanitaria e amministrativa, nell'espletamento di attività inerenti a funzioni che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione, sponsorizzazione e che, pertanto, possono essere oggetto di dichiarazione pubblica di interessi (nota AGENAS prot. 1053 del 3 febbraio 2016).

Tra questi ambiti, assume particolare rilievo quanto richiamato al punto 2.2.3 del P.N.A. 2015: "Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni".



Il settore dei farmaci, dei dispositivi, l'introduzione di altre tecnologie nell'organizzazione sanitaria nonché le attività di ricerca, sperimentazione clinica e le sponsorizzazioni, sono stati riconosciuti quali ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di possibili conflitti di interessi. La caratteristica del bene "farmaco" e delle relative modalità di acquisizione, preparazione, dispensazione, appropriatezza di somministrazione e smaltimento può dar luogo a comportamenti errati o negligenti che possono configurare sia sprechi di denaro pubblico, che eventi avversi.

Con il presente Piano e l'annesso Codice di comportamento aziendale, l'ASL di Viterbo, in continuità rispetto alla precedente indicazione fornita in passato a tutti i dirigenti da parte del RPCT recepisce quanto previsto dall'A.N.AC./AGENAS, adottando la modulistica standard, anche per il tramite dell'apposito supporto informatico messo a disposizione da quest'ultima, e richiedendo, in via obbligatoria, a tutti gli interessati la compilazione della "Dichiarazione pubblica di interessi".

Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi
Dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti (AGENAS)	Raccolta delle dichiarazioni pubbliche di interessi secondo indicazioni di AGENAS	-Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane -RPCT (impulso)	In essere	Compilazione, raccolta e trasmissione di tutte le Dichiarazioni/totali dei professionisti	Target: 100% <u>Impatti attesi:</u> Sensibilizzazione del personale sul "conflitto di interessi" Rafforzamento dei controlli

G) Incarichi extraistituzionali

Il conferimento e il rilascio dell'autorizzazione al personale dipendente per lo svolgimento degli incarichi extra-istituzionali, sia a titolo gratuito che retribuiti, al fine di evitare il rischio di conflitto di interessi è regolato dallo specifico Regolamento aziendale, aggiornato, da ultimo, con Deliberazione DG n. 2258 del 14 novembre 2019.

È compito della U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane l'accertamento dell'osservanza da parte dei dipendenti delle disposizioni normative in materia di esclusività del pubblico impiego e di incompatibilità nell'esercizio di altre attività nel rispetto della normativa e del vigente Regolamento.

Nel rinviare alla disciplina contenuta nel citato Regolamento per quanto concerne condizioni, limiti e procedure da seguire per ottenere l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi ed attività extra-istituzionali, si evidenzia che, anche in base a quanto previsto dalla Legge n.190/2012, la U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane e il Responsabile della Struttura in cui è incardinato il dipendente, ai fini della formulazione dell'eventuale parere/nulla osta di competenza, devono verificare e valutare l'assenza di situazioni di conflitto di interesse, anche solo potenziale, tra



l'attività extra-istituzionale che il dipendente intende svolgere e l'attività istituzionale, nonché l'assenza di altre cause ostative allo svolgimento dell'attività e al rilascio del provvedimento, inclusa l'intervenuta irrogazione di sanzioni disciplinari nel corso dell'ultimo biennio per fatti di natura corruttiva.

Ogni irregolarità che sarà riscontrata dovrà essere tempestivamente segnalata al RPCT e, comunque, in occasione del monitoraggio sull'attuazione della presente Sottosezione di PIAO.

Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi Impatti attesi
Incarichi extraistituzionali	Regolamento aziendale	Responsabili di Struttura	In essere	N.A.	Target: 100%
	Monitoraggio delle Risorse Umane Responsabili di Struttura	Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane Responsabili di Struttura	In essere	Risultanze del monitoraggio	Impatti attesi: Rafforzamento dei controlli
	Flussi informativi verso il RPCT	-Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane -Responsabili di Struttura	Ad evento (irregolarità)	Flussi informativi verso il RPCT relativo alle irregolarità riscontrate	

H) Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage / Revolving doors)

Ai sensi dell'art. 16-ter, del D.Lgs. 165/2001, come introdotto dalla Legge n. 190/2012, "*I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti*". La norma fa dunque riferimento a tutte le situazioni in cui il dipendente abbia avuto il potere di incidere in maniera determinante su un procedimento e quindi sul provvedimento finale. Sono da considerarsi ricompresi gli incarichi amministrativi di vertice, gli incarichi dirigenziali interni ed esterni, gli incarichi di amministratore di enti pubblici.

In merito all'ambito di applicazione della predetta norma, oltre al richiamo dei contenuti del P.N.A. 2019, l'ANAC ha precisato che:



- *“L’art. 53, co. 16 ter, del d.lgs. n. 165 del 2001, introdotto dall’art. 1, co. 42 e 43, della legge n. 190 del 2012, non si applica nei confronti dei dipendenti assunti prima dell’entrata in vigore della citata legge, ferma restando l’opportunità che il dipendente si astenga dal rappresentare gli interessi del nuovo datore di lavoro presso l’ufficio dell’amministrazione di provenienza”;*
- *“Le prescrizioni ed i divieti contenuti nell’art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. 165/2001, che fissa la regola del c.d. pantouflage, trovano applicazione non solo ai dipendenti che esercitano i poteri autoritativi e negoziali per conto della PA, ma anche ai dipendenti che - pur non esercitando concretamente ed effettivamente tali poteri - sono tuttavia competenti ad elaborare atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, certificazioni, perizie) che incidono in maniera determinante sul contenuto del provvedimento finale, ancorché redatto e sottoscritto dal funzionario competente” (cfr. Orientamento A.N.AC. n. 24/2015).*

Ai fini dell’attuazione della predetta previsione normativa, l’Azienda ha previsto, all’interno del Patto d’Integrità, meglio descritto al successivo punto K), l’obbligo delle Imprese a non concludere rapporti di lavoro subordinato o autonomo e comunque a non attribuire incarichi ad ex dipendenti che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della ASL per il triennio successivo alla cessazione del rapporto, nonché l’obbligo di dichiarare che all’interno della propria organizzazione non prestino attività lavorativa o professionale ex dipendenti pubblici rientranti nella fattispecie di cui sopra.

Inoltre, nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici, anche mediante procedura negoziata, è inserita apposita clausola che prevede la non ammissibilità alla partecipazione alla gara stessa di concorrenti che si trovino nelle condizioni di cui all’art. 53, co. 16-ter, del D.Lgs. n. 165/2001. La clausola specifica che qualora emerga la predetta situazione sarà disposta l’esclusione di tali soggetti privati dalle procedure di affidamento, con l’obbligo per gli stessi di restituire all’Azienda eventuali compensi illegittimamente percepiti ed accertati in esecuzione dell’affidamento illegittimo.

Sul versante degli incarichi, sin dalla precedente programmazione in materia di prevenzione della corruzione, è stato altresì previsto che:

- all’atto dell’assunzione del personale, nel relativo contratto individuale di lavoro, deve essere inserita la clausola *pantouflage/revolving doors*;
- l’inserimento della clausola in questione nei contratti di assunzione per tutto il personale, a prescindere dalla qualifica e dalle mansioni assegnate, dipende dalla imprevedibilità a priori della progressione di carriera e/o della mobilità interna durante la vita lavorativa;



- nei contratti con i quali sia affidato a soggetti, anche esterni all'Azienda, uno degli incarichi previsti dal D.Lgs. n. 39/2013 ovvero nel caso di conferimenti di incarichi ad altri soggetti esterni con i quali l'Azienda stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo deve essere inserita analoga clausola.
- a tutti i dipendenti che cessano di prestare servizio per l'ASL, dovrà essere consegnata apposita informativa inerente ai limiti ex art. 53, co. 16 ter, D.Lgs. n.165/2001, con contestuale sottoscrizione di dichiarazione in calce che attesti l'avvenuta ricezione della stessa (previsione confermata da quanto rappresentato dall'A.N.AC. in occasione del P.N.A. 2018);
- I Responsabili dell'attuazione della misura, come sotto indicati, informano tempestivamente il RPCT di ogni violazione riscontrata.

Uno specifico approfondimento della parte generale del P.N.A. 2022 è stato dedicato dall'ANAC proprio al *pantouflage*. Riguardo ai soggetti che le amministrazioni reclutino al fine di dare attuazione ai progetti del PNRR il legislatore ha espressamente escluso dal divieto di *pantouflage* gli incarichi non dirigenziali attribuiti con contratti di lavoro a tempo determinato o di collaborazione.

Per i numerosi aspetti di carattere sostanziale e procedurali della disciplina è stato fatto specifico rinvio, da parte di ANAC, a successive Linee Guida e/o atti da adottare.

In base al combinato disposto degli artt. 16 e 21 del D.Lgs. n. 39/2013 il Consiglio di Stato ha stabilito la competenza dell'Autorità Nazionale Anticorruzione in merito alla vigilanza e all'accertamento delle fattispecie di *pantouflage* e la conseguente competenza sotto il profilo sanzionatorio.

Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi Impatti attesi
	Adeguamento Patto di Integrità e atti di affidamento	Dirigenti delle U.O.C. Politiche e Gestione del Patrimonio Immobiliare, Impiantistico e Svil. SI U.O.C. E.Procurement U.O.C. Ingegneria Clinica	In essere	Risultanze dell'audit campionario del RPCT sull'aggiornamento degli atti	Target: 100%
	Adeguamento atti di conferimento di incarico e contratto di lavoro	Dirigente U.O.C. Politiche e Risorse Umane	In essere	Risultanze dell'audit campionario del RPCT sull'aggiornamento degli atti	Impatti attesi: Rafforzamento dei controlli



Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage / Revolving doors)	Flussi informativi verso il RPCT	Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane	Ad evento, tempestivo	Flussi informativi verso il RPCT relativo alle irregolarità riscontrate	Target: almeno il 70%
	Dichiarazione in occasione della chiusura del rapporto di lavoro (c.d. dichiarazione di exit)	Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane	Ad evento, tempestivo	numero di dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di <i>pantouflage</i> acquisite/ totale delle dipendenti cessati ai quali si applica il divieto	
	Verifiche	RPCT	Annuale a campione	numero di controlli/numero delle dichiarazioni acquisite	

I) Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.

Ai sensi dell'art. 35 bis, del D.Lgs. 165/2001, come introdotto dalla Legge n.190/2012, "Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

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

La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e i regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari".

In attuazione di quanto previsto dalla citata disposizione, i componenti di commissioni e i relativi segretari rendono apposita dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, nella quale attestano l'inesistenza di condanna per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, oltre all'inesistenza di situazioni di conflitto d'interessi o di cause di astensione.



Le dichiarazioni sono oggetto di controllo, a campione o in caso di ragionevole dubbio, da parte delle Strutture cui competono i processi di accesso o la selezione a pubblici impieghi, affidamento di lavori, servizi e forniture, concessione o erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici. I Responsabili dell'attuazione della misura, come sotto indicati, informano tempestivamente il RPCT di ogni violazione riscontrata.

In esecuzione delle proprie funzioni di monitoraggio, il RPTC chiederà report periodici circa l'acquisizione e il controllo delle suddette dichiarazioni.

Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi Impatti attesi
Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Acquisizione delle dichiarazioni ai sensi dell'art. 35-bis, D.Lgs. 165/2001 / Assenza di conflitto di interessi o ulteriori cause di astensione	Tutti i Responsabili delle Strutture deputate alla gestione dei processi sopra individuati	Puntuale	Presenza delle dichiarazioni di ogni componente /segretario in tutte le commissioni	Target: 100% Impatti attesi: Rafforzamento dei controlli
	Controlli sulle dichiarazioni		A campione, con cadenza almeno semestrale (entro il 30 giugno di ogni anno), ovvero mirato	Risultanze dell'audit campionario del RPCT sull'aggiornamento degli atti standard	
	Flussi informativi verso il RPCT	Soggetti sopra indicati	Ad evento, tempestivo	Invio dei flussi informativi Si/NO	

J) Tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblowing)

L'Azienda promuove la diffusione e l'utilizzo del *whistleblowing* quale fondamentale misura di prevenzione della corruzione e della "maladministration", incoraggiando e tutelando tutti coloro che, nell'interesse all'integrità della Pubblica Amministrazione, intendano segnalare fatti illeciti.

Al fine di conformarsi al dettato normativo di cui all'art. 54 bis, D.Lgs. n.165/2001 (come modificato dalla Legge 30 novembre 2017, n. 179), alle Linee Guida adottate in materia di segnalazioni di illeciti (*whistleblowing*) dall'ANAC con Delibera n. 469/2021 e al fine di dare attuazione a misura già prevista nel PTCPT 2022-2025, è stata attivata una piattaforma informatica per l'inoltro e la gestione delle segnalazioni che garantisce, con sistemi adeguati di crittografia, l'anonimato del *whistleblower*. Inoltre, in coerenza con l'attivazione della piattaforma, con delibera D.G. n.746 del 29.04.2022 è stata adottata una nuova dettagliata procedura di gestione delle segnalazioni finalizzata a meglio esplicitare le fasi di gestione della segnalazione. L'obiettivo della procedura è,



dunque, quello di fornire indicazioni operative ai soggetti coinvolti nel procedimento di ricezione e gestione delle segnalazioni di illecito, con particolare riguardo a:

- a. soggetti cui è consentito effettuare la segnalazione;
- b. oggetto, contenuti e modalità di effettuazione della segnalazione;
- c. forme di tutela che devono essere garantite in favore del segnalante;
- d. soggetti deputati a ricevere la segnalazione;
- e. modalità di gestione della segnalazione;
- f. trasmissione della segnalazione ai soggetti competenti;
- g. responsabilità del segnalante e dei soggetti, in vario modo, coinvolti nel procedimento di gestione della segnalazione.

La procedura costituisce parte integrante della presente Sotto-sezione di PIAO e potrà subire un'eventuale, ulteriore revisione [per effetto dell'entrata in vigore del decreto legislativo per il recepimento della Direttiva UE 1937/2019](#) in materia di *whistleblowing*, approvato dal Consiglio dei Ministri il 9 dicembre 2022 a seguito della Legge 4 agosto 2022, n. 127, "Ripubblicazione del testo della legge 4 agosto 2022, n. 127, recante: «Delega al Governo per il recepimento delle direttive europee e l'attuazione di altri atti normativi dell'Unione europea - Legge di delegazione europea 2021» che prevede l'adozione di nuovi standard di protezione a favore dei *whistleblower*.

Nella Sezione Amministrazione trasparente del sito web aziendale il RPCT ha creato uno specifico spazio di accesso alla piattaforma e di consultazione della nuova procedura di inoltro e gestione delle segnalazioni.

Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi Impatti attesi
Tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblowing)	Aggiornamento Procedura Whistleblowing	RPCT	A seguito di aggiornamento normativo	Revisione Procedura SI/NO	Target: SI Impatti attesi: Sensibilizzazione del personale sull'importanza dell'istituto del whistleblowing Rafforzamento dei controlli "bottom up" Diffusione della cultura della legalità e dell'integrità



K) Patto di Integrità

L'art. 1, co. 17, della Legge n.190/2012 prevede espressamente la possibilità di introdurre negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito, clausole di rispetto della legalità la cui inosservanza può essere sanzionata.

Il Patto d'Integrità è un documento, presidiato da sanzioni, contenente una serie di condizioni dirette a valorizzare comportamenti eticamente adeguati che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare, permettendo così un "controllo reciproco" delle parti contrenti.

La legittimità di questa tipologia di misure è stata affermata dall'Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici (oggi ANAC), con determinazione 4/2012 dell'AVCP, che ha evidenziato come l'accettazione delle clausole sancite nei Protocolli di legalità, attraverso la presentazione della domanda di partecipazione alla procedura di gara o la presentazione dell'offerta, comporti in realtà l'accettazione di regole comportamentali già doverose per tutti i concorrenti, e che in caso di loro violazione aggiungono sanzioni di carattere patrimoniale alla conseguenza dell'estromissione della gara.

Pertanto, in attuazione di quanto sopra, l'Azienda ha previsto, sin dalle precedenti programmazioni, che in tutti gli avvisi, bandi di gara, lettere di invito, Richieste di Offerta o atti analoghi di approvvigionamento sia allegato il Patto di integrità aziendale che gli operatori economici devono sottoscrivere in sede di presentazione dell'offerta. Il mancato rispetto delle clausole del Patto nel corso di vigenza del contratto potrà comportare la risoluzione del contratto stesso.

Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi Impatti attesi
Patto di Integrità aziendale	Adeguamento degli atti di affidamento	Dirigenti delle U.O.C. Politiche e Gestione del Patrimonio Immobiliare, Impiantistico e Svil. SI U.O.C. E.Procurement; U.O.C.	In essere	N.A.	Target: 100%
	Flussi informativi verso il RPCT	Ingegneria Clinica	Ad evento, tempestivo	Flussi informativi verso il RPCT relativo alle irregolarità riscontrate	Impatti attesi: Sensibilizzazione degli operatori economici Rafforzamento dei controlli nell'ambito delle procedure di affidamento



L) Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

L'Azienda, anche attraverso l'URP e il sito istituzionale, promuove l'informazione e la trasparenza prevista quale strategia privilegiata di prevenzione dei fenomeni di corruzione, *maladministration* e conflitto di interessi, in ottemperanza a quanto previsto dal presente PIAO e dalla normativa e prassi vigenti.

L'Azienda rappresenta a tutti gli *stakeholder* il proprio sistema di controllo interno per il contrasto ai fenomeni corruttivi (Sezione del PIAO) e le azioni intraprese per garantire la massima trasparenza dell'organizzazione e dell'attività aziendale durante specifici incontri.

In occasione di ogni aggiornamento alla presente Sezione e mediante la consultazione pubblica, la ASL raccoglie suggerimenti e osservazioni, anche critiche, da parte di tutta la società civile, analizzando i contributi pervenuti e recependoli fattivamente laddove ritenuti congrui e sostenibili.

Infine, l'URP è a disposizione di tutti gli interessati al fine di raccogliere reclami sui servizi svolti dall'Azienda e/o segnalazioni di illeciti e presunti tali. I reclami e le segnalazioni che riportano illeciti sono tempestivamente trasmessi al RPCT.

In ogni caso, entro il 15 novembre di ogni anno, l'URP trasmette al RPCT un report periodico recante il numero dei reclami e delle segnalazioni ricevute dall'Azienda, con i relativi estremi di protocollo.

Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi / Impatti attesi
Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	Canale con gli <i>stakeholder</i> - Avvisi e richieste di contributi / suggerimenti	RPCT URP Comunicazione Aziendale	Ad evento	Avviso sul sito istituzionale	Rafforzamenti dei controlli dall'esterno
	Canale per gli <i>stakeholder</i> - Reclami e segnalazioni di illecito	RPCT URP	In essere	Indicazioni operative sul sito istituzionale Riepilogo reclami/segnalazioni	
	Flusso informativo verso il RPCT	URP	Ad evento, tempestivo	Flussi informativi verso il RPCT relativo ai Reclami/Segnalazioni che rappresentano illeciti	



M) Informatizzazione dei processi

Sin dall'annualità 2017 è stata attiva la Piattaforma *on-line* mediante la quale sono gestiti i processi di affidamento della ASL relativamente alle gare sopra/sotto soglia comunitaria, con obbligo di accreditamento in capo ai fornitori.

A decorrere dall'anno 2019, l'Azienda espleta le proprie procedure di affidamento ricorrendo alla Piattaforma messa a disposizione dalla Regione Lazio (STELLA Sistema Telematico Acquisti Regione Lazio), oltre che sul MEPA.

Dal 7 ottobre 2021 è stata finalizzata la digitalizzazione del processo di adozione delle delibere e delle determine aziendali che rende i provvedimenti immediatamente consultabili sull'Albo pretorio del sito web aziendali in formato aperto, conforme alle specifiche del legislatore in tema di trasparenza e piena accessibilità del cittadino/utente ai documenti/informazioni della PA.

Ulteriori misure inerenti alla informatizzazione dei processi attengono alla trasparenza amministrativa, per la quale si rinvia al paragrafo dedicato.

Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi Impatti attesi
Informatizzazione dei processi	Piattaforma regionale Tool aziendali	Dirigenti delle U.O.C. Politiche e Gestione del Patrimonio Immobiliare, Impiantistico e Svil. SI e Sic. U.O.C. E.Procurement; U.O.C. Ingegneria Clinica	In essere	Verifiche del RPCT sull'utilizzo e il corretto funzionamento della Piattaforma e dei Tool aziendali	Target: 100% Impatti attesi: Rafforzamento dei controlli sugli operatori economici Tracciabilità di ogni fase della procedura di affidamento

N) Trasparenza

La trasparenza è una misura di prevenzione di grande rilievo ed imprescindibile per la prevenzione della corruzione in quanto funzionale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.

Essa è assunta a principio generale, in armonia con quanto previsto dall'art. 1 del D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 che recita: *“La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.*

La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i



principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto a una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino.

Le disposizioni del presente decreto, nonché le norme di attuazione adottate ai sensi dell'articolo 48, integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione e costituiscono altresì esercizio della funzione di coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale, di cui all'articolo 117, secondo comma, lettera r), della Costituzione”.

Il D.Lgs. n. 33/2013 ha complessivamente operato una sistematizzazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi, disciplinando, tra l'altro, per la prima volta l'istituto dell'accesso civico “semplice” (art. 5, co. 1).

Il D.Lgs. 97/2016, nell'apportare importanti modifiche tanto alla Legge n.190/2012 quanto al D.Lgs. n. 33/2013, persegue l'importante obiettivo di razionalizzazione degli obblighi di pubblicazione vigenti al fine di ridurre gli oneri gravanti sulla pubblica amministrazione, anche mediante misure di semplificazione e di concentrazione (cfr. art. 4. - Modifiche all'articolo 3 del D. Lgs. n. 33 del 2013).

Oltre alla rimodulazione della trasparenza on line obbligatoria, l'art. 6, nel novellare l'art. 5 del D.Lgs. n. 33/2013, ha disciplinato anche un nuovo, più ampio e, dunque, “generalizzato” accesso civico, riconoscendo a chiunque il diritto, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, di accedere a documenti e dati detenuti dalle PP.AA., nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento.

In merito all'accesso civico, la Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 fornisce indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, comma 2, del D.Lgs. n. 33/2013. Tali principi generali ispirano il presente atto che, inoltre, individua come fondante anche “la libertà di accesso di chiunque ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni [...] garantita, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, tramite l'accesso civico e tramite la pubblicazione di documenti, informazioni e dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e le modalità per la loro realizzazione” (cfr. art. 2, del D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, ribadito dall'art. 3, che recita “[...] chiunque ha diritto di conoscerli, di fruirne gratuitamente, e di utilizzarli e riutilizzarli [...]”).

Fermo restando quanto sopra richiamato con riferimento agli obiettivi strategici in tema di anticorruzione e trasparenza (art. 1, co. 8, l. 190/2012), la ASL di Viterbo ha inteso dare piena attuazione alle disposizioni contenute nel “Decreto Trasparenza” così come a tutte le indicazioni diramate dall'A.N.AC., in particolare attuando i seguenti principi cardine del sistema:



- ✓ pubblicità
- ✓ trasparenza
- ✓ piena accessibilità
- ✓ qualità e chiarezza delle informazioni.

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico aziendale da tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali: gli adempimenti sulla trasparenza, al pari di quelli in materia di prevenzione della corruzione, vengono inseriti nei contratti relativi agli incarichi dirigenziali e di posizione organizzativa.

Si riportano, a seguire, le principali linee direttrici dell'Azienda in tema di trasparenza amministrativa:

- 1) dare attuazione agli obblighi previsti dal "Decreto Trasparenza" promuovendo la consapevole realizzazione di una efficace politica di trasparenza e di prevenzione della corruzione, rigettando la "cultura del mero adempimento" che privilegia il rispetto formale delle procedure/obblighi e dei tempi. L'obiettivo, dunque, è quello di passare da un percorso di trasparenza reattiva ad un percorso proattivo.
- 2) promuovere maggiori livelli di trasparenza e assicurare la pubblicità dei documenti, delle informazioni e dei dati oggetto di accesso civico;
- 3) assicurare all'utenza il diritto alla conoscibilità, che consiste nel diritto riconosciuto a chiunque di conoscere, fruire gratuitamente, utilizzare e riutilizzare documenti, informazioni e dati pubblicati obbligatoriamente.
- 4) garantire la qualità e la chiarezza delle informazioni;
- 5) promuovere la revisione e l'aggiornamento continuo del sito istituzionale, Sezione "Amministrazione Trasparente";
- 6) promuovere audit condivisi con i soggetti responsabili della raccolta, produzione e pubblicazione dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, anche al fine di migliorare la qualità delle informazioni;
- 7) garantire, tramite le misure trasparenza, l'integrità dell'Azienda intesa come dovere di tutti i dipendenti di adempiere alle funzioni pubbliche "con disciplina e onore" (art. 54, Cost.), assicurando la legalità dell'azione amministrativa, la correttezza ed efficacia degli atti, il rispetto dei principi di buon andamento e l'imparzialità. In questi termini, la trasparenza permette di prevenire ed, eventualmente, scoprire fenomeni di



maladministration e, comunque, irregolarità e conflitti di interesse.

- 8) consentire il *controllo diffuso sulla performance aziendale*;

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER LA TRASPARENZA

1.1. Referenti

Con Deliberazione del Direttore Generale (o, comunque, tramite il PIAO), sono individuati i Referenti per la trasparenza che supportano il RPCT relativamente alla fase di redazione, aggiornamento ed attuazione della misura di prevenzione. Il gruppo dei Referenti è costituito dai Direttori delle UU.OO.CC./UU.OO.SS.DD. che hanno i maggiori obblighi di pubblicazione, ed è coordinato dal RPCT, nelle more dell'attuazione di quanto previsto dall'art. 43, D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. come confermato nella Deliberazione A.N.AC. n. 831/2016.

In proposito si rinvia all'**ALLEGATO 1.C.3- Schema della Trasparenza**.

L'individuazione dei Responsabili delle varie fasi del flusso è anche funzionale al sistema delle responsabilità contemplato nel D.Lgs. n. 33/2013 e successive modifiche ed integrazioni.

Al Direttore responsabile della struttura aziendale interessata spetta la piena ed esclusiva responsabilità della avvenuta pubblicazione dei dati stessi sul sito web aziendale.

I Direttori individuati predispongono atti organizzativi interni per la definizione dei flussi informativi necessari per garantire l'individuazione/ l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati.

I Direttori responsabili controllano il buon esito della pubblicazione in termini di completezza, tempestività, integrità, qualità e fruibilità dei dati/informazioni trasmesse secondo la normativa vigente.

Il contenuto minimo e l'organizzazione dei dati e delle informazioni che devono essere pubblicate sull'apposita Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale, a cui i responsabili dei servizi debbono fare riferimento sono contenuti nel D.Lgs. n. 33/2013 e nell'Allegato 1 alla Delibera A.N.AC. n. 1310/2016 che riporta l'elenco aggiornato degli obblighi di pubblicazione. Tale elenco viene recepito da questa Azienda, così rappresentando la griglia di riferimento per la gestione dei dati, dei documenti e delle informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria.

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto previsto dagli artt. 14, co. 2, e 15, co. 4 del D.Lgs. n. 33/2013.

Decorsi detti termini, i relativi dati e documenti sono accessibili agli interessati per il tramite dell'accesso civico.

In relazione alla specificità degli adempimenti di pubblicazione ed al corretto uso della Piattaforma dedicata, in uso all'Azienda, saranno programmati, come per il passato, incontri di formazione



verso i soggetti coinvolti negli obblighi di pubblicazione obbligatoria e facoltativa che potranno svolgersi in aula o svilupparsi come formazione on the job.

MONITORAGGIO E CONTROLLO SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Il monitoraggio e la vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza spettano, ciascuno per la rispettiva competenza, al RPCT, all'OIV e all'A.N.AC.

Controllo del RPCT

Per quanto previsto dall'art. 43, del D.Lgs. n. 33/2013, il RPCT svolge attività di controllo sull'adempimento da parte della ASL degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, relativamente alla *completezza*, alla *chiarezza* ed all'*aggiornamento* delle informazioni pubblicate.

In relazione alla loro gravità, segnala agli organismi di vertice della ASL, all'OIV, all'A.N.AC. e, nei casi più gravi, all'UPD i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'attivazione dei provvedimenti e delle altre forme di responsabilità.

In particolare, il RPCT:

- monitora la corretta implementazione della sezione "Amministrazione Trasparente" sulla pagina web dell'Azienda;
- in caso riscontri inadempienze e/o irregolarità, sollecita il Responsabile del servizio interessato a provvedere in merito, assegnando un termine non inferiore a 10 e non superiore a 30 giorni, salvo eccezioni motivate dalla tempestività dell'obbligo;
- in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, provvede a segnalare la circostanza alla Direzione aziendale, all'OIV e/o agli ulteriori organismi che risultano interessati;
- predisporre, ove richiesto, la relazione sullo stato di attuazione della trasparenza, supportata da possibili relazioni periodiche nelle quali vengono indicati eventuali scostamenti dalle azioni programmate e le motivazioni;
- predisporre il riscontro alle eventuali richieste da parte dell'A.N.AC. in materia di attuazione della trasparenza.

Controllo dell'Organismo Interno di Valutazione (OIV)

Ai sensi di quanto previsto dal vigente quadro normativo, l'OIV promuove ed attesta, annualmente e presso l'ASL, l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza.



Provvede altresì alle verifiche secondo le indicazioni diramate dall'A.N.AC. e tramite gli strumenti dalla stessa fornita agli operatori.

Trasmette l'attestazione all'A.N.AC. ed alla Direzione Generale della ASL che viene pubblicata, nei tempi previsti dalla normativa, sul sito aziendale, nella Sezione "Amministrazione trasparente".

Controllo dell'A.N.AC.

Tra le varie funzioni espletate l'A.N.AC. controlla l'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, esercitando poteri ispettivi mediante richiesta di notizie, informazioni, atti e documenti alle amministrazioni pubbliche e ordinando di procedere, entro un termine non superiore a trenta giorni, alla pubblicazione di dati, documenti e informazioni ai sensi del Decreto Trasparenza, all'adozione di atti o provvedimenti richiesti dalla normativa vigente ovvero alla rimozione di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza.

ACCESSO CIVICO

In attuazione di quanto previsto dal D.Lgs. n. 33/2013, l'ASL ha adottato un apposito sistema di ricezione e gestione delle istanze di accesso civico di cui all'art. 5 del medesimo D.Lgs. n. 33/2013 disciplinato, in maniera organica, dal "Regolamento di accesso civico" (Delibera D.G. n. 513 del 26 marzo 2018).

La finalità del Regolamento è quella di fornire indicazioni operative ai soggetti coinvolti nel procedimento di ricezione e gestione delle istanze di accesso civico, specificando:

- 1) i soggetti cui è consentito presentare l'istanza;
- 2) l'oggetto, i contenuti e le modalità di presentazione dell'istanza, anche in relazione al dato/informazione/documento richiesto;
- 3) gli organi deputati a ricevere l'istanza;
- 4) le modalità di gestione dell'istanza e la trasmissione dell'istanza medesima ai soggetti che sono in possesso del dato/informazione/documento richiesto;
- 5) le responsabilità dei soggetti, a vario titolo, coinvolti nel procedimento di gestione dell'istanza.

Come previsto dalla Delibera A.N.AC. n. 1309/2016, è istituito presso la ASL un registro delle richieste di accesso presentate per tutte le tipologie di accesso, denominato "Registro degli Accessi" che contiene l'elenco delle richieste con l'indicazione dell'oggetto, della data e del relativo esito, nonché della data della decisione.

Il Registro, pubblicato nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale, è aggiornato almeno ogni sei mesi.



COMUNICAZIONE PER LA TRASPARENZA

La comunicazione del PIAO e dunque della presente Sottosezione, avviene mediante il *Piano della comunicazione aziendale* riferito a qualsiasi tipo di iniziativa e modalità comunicativa di cui può avvalersi la ASL.

In particolare, le comunicazioni per la trasparenza possono riguardare:

- **Comunicazione interna** che si estrinseca con iniziative di informazione e formazione verso gli operatori e Direttori dei servizi mediante posta elettronica e cartacea, pagina web/sito, Web magazine “Viterbo sanità news”.
- **Comunicazione esterna** mediante iniziative di diffusione dei contenuti del programma e della Sezione “Amministrazione Trasparente” sia con l’utilizzo degli strumenti come Pagina web/sito, Web magazine “Viterbo sanità news”, sia mediante il coinvolgimento degli *stakeholder*.
- **Giornata/e della trasparenza (Conferenza dei Servizi)**. Ulteriore forma di comunicazione esterna potrà estrinsecarsi con l’organizzazione nell’ambito della Conferenza dei Servizi aziendale di una sezione della trasparenza che rappresenta uno strumento di coinvolgimento degli cittadini e *stakeholder* per la promozione della trasparenza nella ASL e riveste la funzione di ascolto e discussione sull’individuazione delle informazioni di reale interesse per i cittadini e per il miglioramento dei servizi.

Per l’organizzazione degli incontri, la ASL individuerà:

- i soggetti esterni ed interni che intende coinvolgere, le modalità ed i criteri di selezione di tali soggetti (es. singole tipologie di *stakeholder* o singoli cittadini).
- i contenuti degli incontri eventualmente concordati con gli *stakeholder*.

A tal proposito, il coinvolgimento degli *stakeholder* interni ed esterni è ritenuto di grande importanza per l’attuazione degli obblighi in materia di trasparenza e nella fase di controllo, soprattutto per il contributo di tipo propositivo atteso.

Nel corso del triennio sono previsti appuntamenti di informazione e consultazione degli *stakeholder* interni ed esterni che saranno coinvolti sul contenuto della presente Sezione.

L’URP si conferma come il canale preferenziale per l’aggiornamento del sito, per formulare segnalazioni su eventuali disservizi ma anche e soprattutto per avere indicazioni su come accedere facilmente ai servizi aziendali e per informazioni su come fruire al meglio delle prestazioni.



L'Ufficio Stampa e Comunicazione dell'ASL è invece il canale preferenziale per la comunicazione attraverso i social network ed il web magazine oltre che per il coinvolgimento degli stakeholder esterni.

Anche la PEC aziendale (prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it) è individuata come uno strumento di semplificazione della comunicazione tra privati cittadini e Pubblica Amministrazione. Dall'anno 2016, con la messa a regime del nuovo protocollo aziendale, la PEC può essere utilizzata in fase di ricevimento e di invio anche da parte dei Servizi Aziendali.

MISURE SPECIFICHE E ULTERIORI

Oltre alle misure *generali* di cui ai paragrafi precedenti, sin dalle precedenti programmazioni l'Azienda ha introdotto misure *specifiche* di prevenzione connesse alle varie Aree/UU.OO. aziendali, la maggioranza delle quali è stata correttamente attuata secondo quanto riferito dai Responsabili in occasione dei monitoraggi semestrali.

In occasione dell'aggiornamento 2018 - 2020, dette misure sono state razionalizzate, meglio precisate ovvero, laddove risultate incongrue o non sostenibili, sostituite con altre.

Inoltre si è proceduto a ridefinire ed organizzare le misure suggerite dall'A.N.AC. con Determinazione n. 12/2015 e della Delibera n. 831/2016 per il settore "Sanità".

A tal ultimo proposito, come sopra accennato, è stato formato un Allegato specifico (cfr. **ALLEGATO 1.C.2 Misure specifiche per determinate Aree di rischio**) recante le misure di prevenzione (*in essere ovvero da adottare*) relativamente alle seguenti aree di rischio:

1. Gestione del personale e incarichi e nomine;
2. Contratti pubblici;
3. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
4. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
5. Attività libero professionale e liste di attesa;
6. Rapporti contrattuali con privati accreditati;
7. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni - Area Sanitaria
8. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero - Area Sanitaria.

Tanto premesso, si riporta, a seguire, la descrizione di sintesi delle ulteriori *misure specifiche* dell'ASL di Viterbo, rinviando, per quanto concerne l'abbinamento e la concreta declinazione delle misure medesime per le singole Aree/UU.OO., all'**ALLEGATO 1.C.1 Gestione del rischio**.



	Misure specifiche	Azioni e strumenti	Indicatori di monitoraggio	Target e Impatti attesi
1	Rispetto dei principi fondamentali del Codice di Comportamento, del PIAO e del Codice di Deontologia professionale	Codice di Comportamento, Sezione PIAO e Codice di Deontologia professionale	<ul style="list-style-type: none"> Risultanze scheda mirata sul Codice di Comportamento somministrata, con periodicità semestrale dal RPCT ai Referenti Risultanze flussi informativi e interlocuzioni (scritte e verbali) con il RPCT 	Sensibilizzazione del personale (Dirigenza/Comparto)
2	Aggiornamento di Procedure e Regolamenti interni per limitare l'esercizio della discrezionalità	Regolamentazioni, circolari o direttive interne Procedure gestionali finalizzate a prevenire fenomeni di corruzione o di malfunzionamento	<ul style="list-style-type: none"> Aggiornamento Procedure e Regolamenti in essere Adozione di nuove Procedure e Regolamenti Risultanze check list di monitoraggio (semestrale / annuale) trasmesse dal RPCT 	Rafforzamento dei Controlli Maggiore efficacia dei controlli
3	Vigilanza continua su conflitto di interesse	Massima vigilanza e controlli, ad opera di tutti i Referenti e Dirigenti, sulle situazioni anche di potenziale conflitto di interessi di cui può venirsi a conoscenza o in cui si può trovare per ragioni di servizio Contestuale obbligo di segnalazione e di astensione in ogni caso che possa configurarsi un conflitto di interesse Evitare e, se del caso, segnalare situazioni di concentrazione del potere decisionale	<ul style="list-style-type: none"> Risultanze flussi informativi e interlocuzioni (scritte e verbali) con il RPCT Risultanze scheda mirata sul Codice di Comportamento somministrata, con periodicità annuale dal RPCT ai Referenti 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizzazione del personale (Dirigenza/Comparto) Partecipazione attiva di tutto il personale aziendale Rafforzamento dei controlli Maggiore efficacia dei controlli
4	Monitoraggio di deroghe, scostamenti ed indicatori di anomalia	Individuazione di dati informativi che consentano di monitorare eventuali deroghe o scostamenti dalle indicazioni generali	<ul style="list-style-type: none"> Report / Verbali interni delle Strutture interessate 	<ul style="list-style-type: none"> Rafforzamento dei controlli Maggiore efficacia dei controlli
5	Trasparenza dei procedimenti e della Regolamentazione aziendale	Fasi istruttorie rigorose e trasparenti nel rispetto di leggi, norme, regolamenti e circolari interne Implementazione di tutte le misure a sostegno della massima trasparenza delle attività amministrative	<ul style="list-style-type: none"> Pubblicazione di dati, documenti e informazioni sul sito web aziendale, se del caso anche sulla Sezione "Amministrazione Trasparente" 	<ul style="list-style-type: none"> Maggiori livelli di trasparenza Semplificazioni dei controlli dall'esterno, da parte dell'utenza e degli stakeholder
6	Controllo su deleghe di poteri	Programmazione ed effettuazione di controlli a campione sulle modalità di esercizio dei poteri di delega, qualora vi sia delega di funzioni	<ul style="list-style-type: none"> Report / Verbali interni delle Strutture interessate Segnalazione delle irregolarità, in via tempestiva, al RPCT 	<ul style="list-style-type: none"> Rafforzamento dei controlli Maggiore efficacia dei controlli



7	Implementazione dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio (D.P.R. 445/2000)	<p>Effettuazione di controlli a campione aggiuntivi sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese sia da dipendenti che dagli utenti, ai sensi degli art. 45 - 49 del D.P.R. n° 445/2000 (art. 71 e 72 D.P.R. 445/2000)</p> <p>Potenziamento dei servizi ispettivi aziendali di cui all'art. 1 comma 62, Legge n° 662/96 rispetto alle verifiche sulle dichiarazioni (art. 72 D.P.R. n° 445/2000)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Report / Verbali interni delle Strutture interessate 	<ul style="list-style-type: none"> Rafforzamento dei controlli Maggiore efficacia dei controlli
8	Analisi delle criticità e sensibilizzazione	<p>Svolgimento di incontri e riunioni periodiche tra dirigenti, e tra dirigenti e dipendenti, anche appartenenti a settori diversi, per finalità di aggiornamento, di confronto e di circolazione delle informazioni utili ad elaborare migliori soluzioni dell'attività amministrativa aziendale</p> <p>Condivisione e discussione dei materiali distribuiti e delle normative specifiche analizzate e illustrate nei corsi di formazione effettuati in merito ai fenomeni corruttivi e di malfunzionamento dell'Amministrazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> Report / Verbali interni delle Strutture interessate 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizzazione del personale (Dirigenza/Comparto) Partecipazione attiva di tutto il personale aziendale Rafforzamento dei controlli Maggiore efficacia dei controlli
		Sensibilizzazione e vigilanza in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione con particolare riferimento alle prescrizioni del Codice di comportamento aziendale		
9	Condivisione del procedimento - Controllo incrociato	<p>Coinvolgimento di almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale in attività di controllo e di vigilanza in determinate attività dove c'è più rischio di esercizio di potere discrezionale</p>	<ul style="list-style-type: none"> Report / Verbali interni delle Strutture interessate 	<ul style="list-style-type: none"> Partecipazione attiva di tutto il personale aziendale Rafforzamento dei controlli Maggiore efficacia dei controlli
10	Monitoraggio dei termini procedurali	<p>Massimo rispetto dei tempi procedurali</p> <p>Monitoraggio puntuale, ad opera di Referenti e Dirigenti, sul rispetto dei termini procedurali</p>	<ul style="list-style-type: none"> Report / Verbali interni delle Strutture interessate 	<ul style="list-style-type: none"> Partecipazione attiva di tutto il personale aziendale Rafforzamento dei controlli Maggiore efficacia dei controlli
11	Sottoscrizione dei verbali da parte dell'utenza	<p>Implementazione di procedure che prevedano che ogni tipo di verbalizzazione relativa ai servizi svolti verso l'utenza debba essere portata a conoscenza dell'utente destinatario e, comunque, da questi sottoscritta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Report / Verbali delle Strutture interessate 	<ul style="list-style-type: none"> Semplificazioni dei controlli dall'esterno, da parte dell'utenza e degli stakeholder Maggiore efficacia dei controlli



12	Meccanismi di rotazione nella gestione delle pratiche	Rotazione (ove possibile) del personale dirigenziale e del personale del comparto titolare di posizioni organizzative, di coordinamenti e di responsabilità dei procedimenti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Report / Verbali interni delle Strutture interessate 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizzazione del personale (Dirigenza/Comparto) ▪ Partecipazione attiva di tutto il personale aziendale ▪ Rafforzamento dei controlli ▪ Maggiore efficacia dei controlli
----	--	--	--	--

MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE E SULL'IDONEITA' DELLE MISURE DI PREVENZIONE

Il monitoraggio sul complessivo funzionamento del PIAO svolge un ruolo centrale nel processo di gestione del rischio di corruzione. Nel P.N.A. 2022 ANAC invita le amministrazioni a rafforzare il proprio impegno sul monitoraggio "effettivo" delle misure, configurando una tipologia di modello di monitoraggio che abbia come oggetto, in modalità integrata, tutti gli ambiti di programmazione dell'amministrazione.

In questa sede viene preso in considerazione il monitoraggio sull'attuazione e l'idoneità delle misure di prevenzione della corruzione.

Coerentemente con le indicazioni dell'A.N.AC. (cfr. Determinazione A.N.AC. n. 12/2015 e Delibera A.N.AC. n. 831/2016) l'azione di verifica è stata così articolata:

- a) Verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione programmate per ciascuna Area/UU.OO. in base a quanto previsto dall'Allegato -2 alla sezione PIAO 2022-2024
- b) Verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione previste dall'A.N.AC. per il Settore Sanità nell'ambito della Determinazione n. 12/2015 e della Delibera n. 831/2016.
- c) Verifica dello stato della mappatura dei processi e della correlata valutazione dei rischi.
- d) Monitoraggio in merito al rispetto del Codice di comportamento e, anche per l'anno 2022, agli impatti sortiti dall'emergenza sanitaria sulla strategia di prevenzione dei rischi corruttivi.

Il sistema di monitoraggio in tema di prevenzione della corruzione, che prevede l'ampio coinvolgimento della struttura organizzativa, come già attuato nelle precedenti annualità, resta a grandi linee confermato anche per l'anno 2023 ed è di seguito schematizzato:



	AZIONI	RESPONSABILI	STRUMENTI OPERATIVI	PERIODICITÀ-TERMINE DI ESECUZIONE
A. GESTIONE DEL RISCHIO	Verifica dello stato di aggiornamento della mappatura dei processi, della valutazione del rischio e delle misure programmate	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RPCT ▪ Referenti ▪ Dirigenti individuati quali responsabili dei processi /procedimenti 	<p>Nota di richiesta del RPCT</p> <p>Check list di monitoraggio per Area / UU.OO.</p> <p>Relazioni dei Referenti / Responsabili di Struttura</p>	<p>Semestrale</p> <p>Entro il 30 giugno (monitoraggio intermedio)</p> <p>Entro il 15 novembre (monitoraggio finale)</p>
B. ATTUAZIONE DELLE MISURE	Verifica dello stato di attuazione delle misure e della loro idoneità	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RPCT ▪ Referenti ▪ Dirigenti individuati quali Responsabili dell'attuazione delle misure 	<p>Nota di richiesta del RPCT</p> <p>Relazioni dei Referenti/Responsabili di Struttura</p>	<p>Semestrale</p> <p>Entro il 30 giugno (monitoraggio intermedio)</p> <p>Entro il 15 novembre (monitoraggio finale)</p>
	Controlli a campione sull'attuazione delle misure da parte delle Strutture responsabili	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RPCT ▪ Direzione Strategica ▪ Internal Auditing 	Redazione del Programma Annuale Audit	<p>Annuale</p> <p>Entro il 30 aprile</p>
C. EFFICACIA DEL PIAO	Acquisizione di dati quantitativi e qualitativi, delle valutazioni, proposte e suggerimenti di Referenti, Dirigenti, PO aziendali e UPD.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Referenti ▪ Dirigenti individuati quali Responsabili dei processi ▪ UPD ▪ OIV 	Compilazione e trasmissione di apposita scheda di monitoraggio da parte dei Responsabili di Struttura	Entro il 15 novembre
	Acquisizione delle indicazioni provenienti dagli stakeholder		Predisposizione e trasmissione di report da parte di OIV, UPD, UOC Affari generali, URP e Strutture che operano nei settori a maggior rischio	Periodico
	Acquisizione dei reclami/segnalazioni di illecito da parte dell'utenza			
	Analisi e valutazioni dei dati, informazioni, proposte, suggerimenti e rendicontazione dati acquisite in occasione del monitoraggio e di ogni altra informazione disponibile	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RPCT 	Predisposizione, trasmissione e pubblicazione della relazione annuale riportante l'esito del monitoraggio	<p>Annuale</p> <p>Entro il 15 dicembre o diverso termine individuato da A.N.AC.</p>

Il monitoraggio e i controlli, anche nel triennio 2023-2025 verranno effettuati dal RPCT avvalendosi dell'ausilio dei "Referenti di supporto" e degli organi di vigilanza costituiti ad hoc dall'Azienda, quali la Commissione Ispettiva e principalmente l'Internal Auditing, mediante ispezioni e verifiche a campione presso le strutture maggiormente esposte al rischio, per valutare la legittimità e la correttezza dei procedimenti amministrativi in corso ovvero già definiti.



Particolare attenzione sarà riservata al monitoraggio sul rispetto dei tempi procedurali con particolare riferimento agli appalti finanziati con i fondi del PNRR.

Il sistema di monitoraggio si completa mediante i seguenti flussi informativi:

- Flusso informativo dell'UPD verso il RPCT ai fini della redazione della relazione annuale ex art. 1, co. 14, l. 190/2012 (dati quantitativi e qualitativi delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari), da eseguire entro il 15 novembre di ogni anno;
- Flusso informativo dell'Ufficio Legale verso il RPCT (dati quantitativi e qualitativi dei contenziosi promossi da e contro l'Azienda aventi ad oggetto fatti di natura corruttiva), da eseguire entro il 15 novembre di ogni anno;
- Flusso informativo dell'URP verso il RPCT (dati quantitativi e qualitativi dei reclami e segnalazioni ricevuti dall'Ufficio), da eseguire entro il 15 novembre di ogni anno;
- Flusso informativo della Commissione Ispettiva verso il RPCT (dati quantitativi e qualitativi in merito ai controlli svolti dalla Commissione).

SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

a) STRUTTURA ORGANIZZATIVA

l'ASL di Viterbo ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale; gli organi sono il Direttore Generale, il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario costituiscono la Direzione Strategica.

Sulla base delle indicazioni della programmazione regionale la Direzione Aziendale definisce le strategie e le politiche aziendali ed ha la piena responsabilità del loro perseguimento.

La Direzione Strategica governa i rapporti complessivi dell'azienda con i soggetti istituzionali che rappresentano le attese dei diversi portatori di interesse. Rappresenta la sede ove si svolgono:

- I rapporti istituzionali con gli organi e gli organismi (tra cui la Conferenza Locale per la Sanità e il Collegio Sindacale);
- I rapporti con i dirigenti che coadiuvano, in forma collegiale, la direzione aziendale nelle attività di governo (Collegio di direzione e Consiglio dei Sanitari).

In particolare, spetta alla Direzione Strategica:



- l'individuazione degli obiettivi di tutela della salute e delle strategie di intervento in grado di conseguirli;
- la definizione degli assetti organizzativi e dei meccanismi operativi dell'azienda;
- l'attribuzione delle risorse umane e strumentali alle macrostrutture sanitarie, nell'ambito del budget operativo;
- la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- le relazioni interne ed esterne;
- la garanzia della sicurezza e prevenzione;
- il controllo strategico.

1-ESAME DELL'ATTUALE ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

A) GOVERNO STRATEGICO

La Direzione Strategica è costituita da:

- Il Direttore Generale;
- Il Direttore Amministrativo;
- Il Direttore Sanitario.



Sulla base delle indicazioni della programmazione regionale, la Direzione Aziendale, al cui vertice si pone il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario Aziendale, definisce le strategie e le politiche aziendali ed ha la piena responsabilità del loro perseguimento; governa i rapporti complessivi dell'Azienda con i soggetti istituzionali che rappresentano le attese dei diversi portatori di interesse; rappresenta la sede ove si svolgono:

- i rapporti istituzionali con gli organi e gli organismi (tra cui la Conferenza Locale per la Sanità e il Collegio Sindacale);
- i rapporti con i dirigenti che coadiuvano, in forma collegiale, la direzione aziendale nelle attività di governo (Collegio di direzione e Consiglio dei Sanitari).

In particolare, spetta alla Direzione Aziendale:

- l'individuazione degli obiettivi di tutela della salute e delle strategie di intervento in grado di conseguirli;
- la definizione degli assetti organizzativi e dei meccanismi operativi dell'azienda;
- l'attribuzione delle risorse umane e strumentali alle macrostrutture sanitarie, nell'ambito del budget operativo;
- la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- la gestione delle relazioni interne ed esterne;
- la garanzia della sicurezza e prevenzione;
- il controllo strategico

B) ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

L'organizzazione aziendale è improntata alla chiara determinazione delle competenze e responsabilità della Direzione Aziendale, di quelle della dirigenza e dei vari livelli operativi dell'Azienda, nella logica della responsabilizzazione e della massima valorizzazione di tutte le risorse professionali.

L'ASL di Viterbo "è organizzata oltre che per livelli gerarchici formali (Dipartimenti, UOC, UOSD, UOS) in Reti, Centri e Percorsi che la coinvolgono sia per la componente ospedaliera che territoriale", come previsto all'art. 19.4 dell'Atto Aziendale approvato con DCA n. U00501 del 13 dicembre 2018 e richiamato nel Piano Strategico Triennale 2020-2022 approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1007 del 19/05/2020.

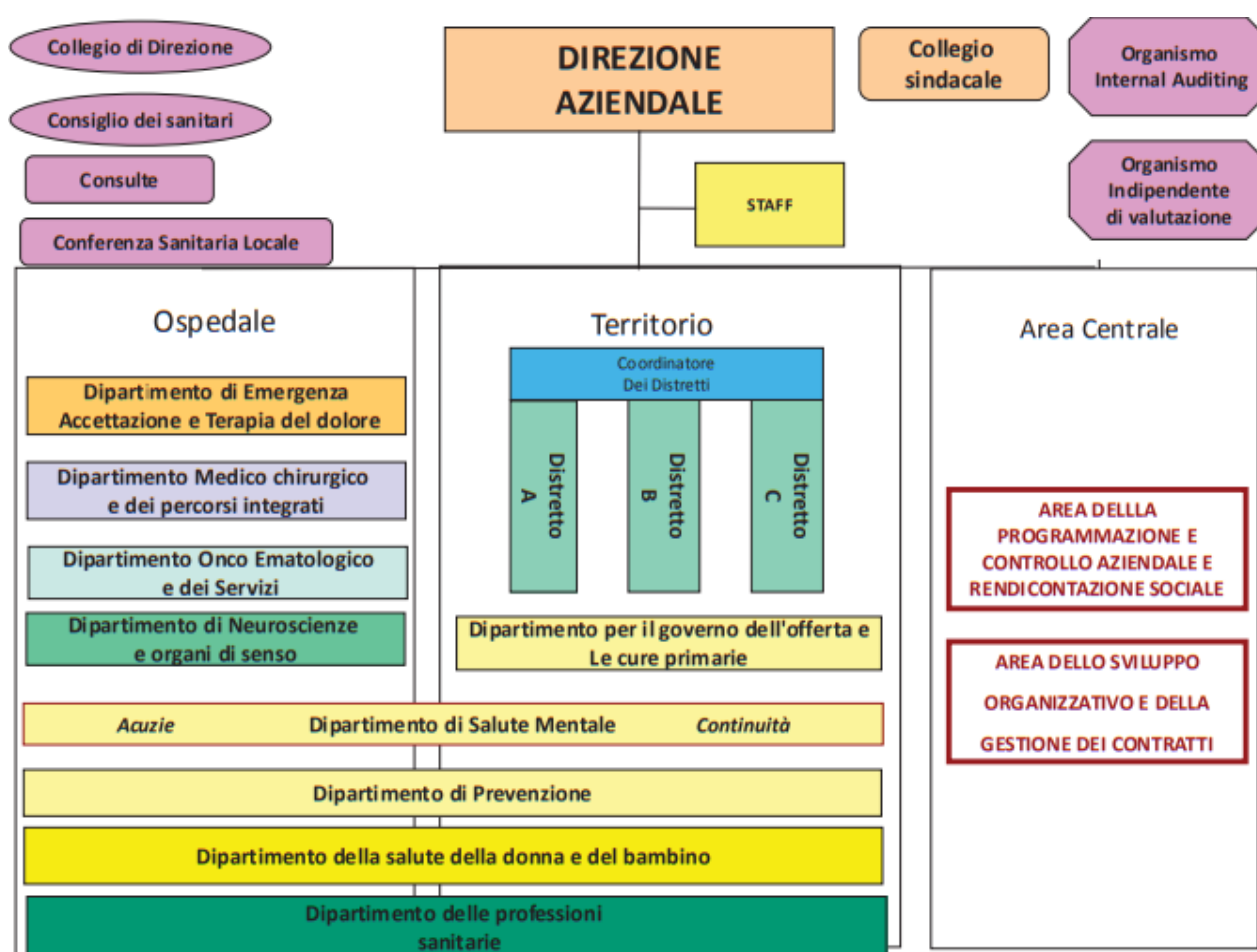
Con deliberazione del Direttore Generale n. 455 del 15/03/2019, di approvazione del documento "Il sistema di networking aziendale" si è inteso rendere coerente l'organizzazione aziendale alla nuova logica delle responsabilità al fine di governare il sistema delle reti, dei centri, delle centrali operative, dei percorsi assistenziali, attraverso una modalità di responsabilizzazione diffusa,



graduata in base ai livelli di complessità e coerente con l'intero disegno organizzativo aziendale di integrazione tra ospedale e territorio.

Viene identificata un'unica Direzione Aziendale sottolineando in tal modo l'unitarietà di indirizzo complessivo del sistema. La Direzione aziendale si avvale delle **Area della Programmazione Controllo Aziendale e della Rendicontazione Sociale e dell'Area dello Sviluppo Organizzativo e Gestione dei Contratti** con il supporto di **professionisti in staff** alla Direzione Generale

L'organizzazione aziendale si articola in **tre macro-aggregazioni**: Ospedale, Territorio, Servizi Centrali, che a loro volta si articolano in Dipartimenti, Aree e Distretti, come evidenziato nella rappresentazione che segue:



Le macro aggregazioni sono articolate, al loro interno, in:

Unità Operative Complesse (UOC), sistemi organizzativi complessi per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un budget quali-quantitativo. Le UU.OO.CC. hanno la presenza obbligatoria di un solo responsabile apicale, corrispondono ad uno o più centri di costo e sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale. Hanno l'assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico strumentali con livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili. Le attività di produzione e prestazioni di servizi sanitari richiedono un



significativo volume di risorse che equivale, per le attività sanitarie, alle prestazioni caratterizzanti dell'ambito disciplinare;

Unità Semplici a valenza dipartimentale (UOSD) sono dotate anch'esse di responsabilità ed autonomia gestionale finalizzate a massimizzare la peculiarità delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate che riguardino, in via prioritaria, metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative al funzionamento delle altre Unità Operative del Dipartimento;

Unità Operative Semplici (UOS) sono l'articolazione di una struttura complessa definite in base alle caratteristiche delle attività svolte e alle prestazioni erogate. Alla struttura è assegnata la disponibilità di risorse umane, tecniche e/o finanziarie e attribuite e monitorate attraverso appositi centri di costo. Contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi della UOC e, laddove previsto, assicurano la continuità dell'assistenza al pari degli altri componenti della UOC nel rispetto degli artt. 14,16 e 17 del CCNL del 3/11/2005; la responsabilità è affidata ad un dirigente secondo le normative contrattuali previste.

Ogni UOC o UOS presente all'interno del Territorio e dei Servizi centrali afferisce ad una macrostruttura di riferimento.

Tale articolazione mira a ridurre la frammentazione e limitare la dispersione e la distribuzione su troppi livelli; si pone inoltre l'obiettivo di dare maggiore evidenza e chiarezza di ruolo a tutte le componenti siano esse macro- aggregazioni, Unità Operative complesse o semplici o singoli attori del sistema.

L'articolazione delle Aree / Dipartimenti aziendali e delle UOC di rispettiva afferenza è puntualmente descritta nell'Atto Aziendale, adottato con delibera del DG n.2111 del 22/11/2018 e approvato con DCA n. U00501 del 13 dicembre 2018, a cui si rinvia al link del sito web dell'ASL Viterbo <https://www.asl.vt.it/approfondimenti/2008/bollettinouff..pdf> .

b) ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Il decreto del presidente del consiglio dei ministri del 23 settembre 2021, all'art. 1, ha disposto che a decorrere dal 15 ottobre 2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, è quella svolta in presenza.

Termina così la situazione eccezionale, durata per tutto il periodo della pandemia da Covid-19, in cui il lavoro agile (smart working) costituiva la modalità lavorativa ordinaria.



L'istituto, tuttavia, trova la sua disciplina legislativa nella legge 22 maggio 2017, n. 81, contenente *“Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”*.

L'articolo 18, comma 1, della Legge definisce il lavoro agile *“quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno dei locali aziendali e in parte all'esterno senza una posizione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva”*.

Il comma 3 del citato articolo precisa poi che le disposizioni in materia di lavoro agile *“si applicano, in quanto compatibili, anche nei rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, secondo le direttive emanate anche ai sensi dell'art. 14 della Legge 7 agosto 2015, n. 124, e fatta salva l'applicazione delle diverse disposizioni specificamente adottate per tali rapporti”*.

La legge disciplina specificatamente altri rilevanti aspetti del lavoro agile, quali la forma e il recesso dal contratto stipulato tra le parti, il trattamento e il diritto all'apprendimento continuo e la certificazione delle competenze del lavoratore agile, il potere di controllo e disciplinare del datore di lavoro, la sicurezza del lavoratore sul lavoro, l'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali.

Gli aspetti importanti, comunque, del lavoro agile a regime ordinario sono rappresentati dall'accordo sottoscritto dalle parti e dagli obblighi di informativa.

In effetti, per l'accesso alla modalità agile, il datore di lavoro e il lavoratore stipulano un accordo che deve avere necessariamente la forma scritta ai fini della regolarità amministrativa e della prova.

L'accordo disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro e agli strumenti utilizzati dal lavoratore.

L'accordo individua, inoltre, i tempi di riposo del lavoratore, nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro.

L'accordo può essere a termine o a tempo indeterminato; nella seconda ipotesi, il recesso può avvenire con un preavviso non inferiore a trenta giorni: nel caso di lavoratori disabili ai sensi della Legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine di preavviso del recesso da parte del datore di lavoro non può essere inferiore a novanta giorni, al fine di consentire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro rispetto alle esigenze di vita e di cura del lavoratore. In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere prima della scadenza del termine nel caso di accordo a tempo determinato, o senza preavviso nel caso di accordo a tempo indeterminato.



L'accordo disciplina il trattamento economico e normativo del lavoro agile, che non può essere inferiore a quello complessivamente applicato, in attuazione dei contratti collettivi di cui all'art. 51 del Decreto Legislativo 15 giugno 2015, n. 81, nei confronti dei lavoratori che svolgono le medesime mansioni esclusivamente all'interno dell'azienda.

L'accordo, inoltre, disciplina l'esercizio del potere di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore agile nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della Legge 20 maggio 1970, n. 300, come modificata e integrata.

I datori di lavoro che stipulano accordi per l'esecuzione della prestazione di lavoro in modalità agile sono tenuti, in ogni caso, a riconoscere priorità alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile formulate dalle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'art. 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità di cui al D. Lgs. 26 marzo 2001, n. 151, ovvero ai genitori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104.

L'accordo per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile e le sue modificazioni sono oggetto delle comunicazioni di cui all'articolo 9-bis del Decreto Legge 1° ottobre 1996, n. 510, convertito con modificazioni con la Legge 28 novembre 1996, n. 608, come modificato e integrato.

Il lavoratore agile ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

Il lavoratore ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali, nei limiti e alle condizioni di cui al terzo comma dell'articolo 2 del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di cui al DPR 30 giugno 1965, n. 1124, come modificato e integrato, quando la scelta del luogo della prestazione sia dettata da esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e risponda a criteri di ragionevolezza.

Per quanto riguarda gli obblighi di informativa, il datore di lavoro garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore che svolge la prestazione in modalità di lavoro agile e, a tal fine, consegna al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, con cadenza almeno annuale, un'informativa scritta, nella quale sono indicati i rischi generali e i rischi specifici connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

Terminata dal 1 settembre 2022 la legislazione di emergenza sanitaria da COVID - 19, in vigore della quale era prevista e attuata anche in ambito aziendale la modalità lavorativa agile nella forma semplificata, che ha avuto la finalità di evitare sovraffollamenti e diffusione del contagio nei luoghi di lavoro, le fonti normative ordinarie di riferimento per il lavoro agile sono dunque rappresentate dalla legge n. 81/2017 e dai contratti collettivi nazionali di lavoro. Al momento, la disciplina collettiva introdotta in materia di lavoro agile è solo quella contenuta nel nuovo CCNL Comparto



Sanità 2019/2021, sottoscritto in data 2 novembre 2022, che, agli artt. 76 e seguenti, disciplina appunto l'istituto.

L'art. 6, comma 3, lettera i), del nuovo contratto nazionale demanda alle aziende di definire, in sede di confronto con le organizzazioni sindacali, i criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in regime di lavoro agile e di lavoro da remoto, nonché i criteri di priorità per l'accesso ai due istituti; inoltre, l'art. 77, comma 3, del medesimo accordo stabilisce, fra l'altro, che le aziende avranno cura, previo confronto con le organizzazioni sindacali ai sensi del citato art. 6, di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure.

Ciò detto, L'Azienda sta predisponendo la piattaforma per l'avvio delle trattative con le organizzazioni sindacali del comparto per la stipula del contratto integrativo aziendale, di durata triennale, concernente l'attuazione degli istituti demandati a tale livello di relazioni sindacali, nonché per la definizione degli istituti contrattuali rimessi agli altri livelli delle relazioni sindacali (confronti, organismo paritetico per l'innovazione).

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- [Art. 14, Legge 7 agosto 2015, n.124](#)
- Direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2017
- Direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3/2017
- Artt. [18](#) - [24 della Legge 22 maggio 2017, n. 81](#)
- D.P.C.M. del 23 settembre 2021;
- Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 8 ottobre 2021;
- Circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali del 3 gennaio 2022.
- CCNL Comparto Sanità 2019/2021.
- Art. 1, comma 306, della legge 29 dicembre 2022, n. 197 (legge di bilancio 2023) in tema di tutela dei lavoratori fragili.



LIVELLO DI ATTUAZIONE E DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

Con deliberazione n.1200 del 30 giugno 2022, l'Azienda ASL di Viterbo ha approvato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) del triennio 2022/2024, che ha recepito, fra l'altro, il regolamento aziendale del lavoro agile.

Il regolamento del lavoro agile, costituito anche di nove allegati, disciplina gli aspetti rilevanti della modalità lavorativa previsti dalla normativa legislativa di riferimento, costituita dalla legge 22 maggio 2017, n. 81, quali: le attività che possono essere svolte in lavoro agile, i criteri per l'accesso all'istituto, la strumentazione, luogo e modalità di svolgimento dell'attività lavorativa, il trattamento giuridico ed economico, il diritto alla disconnessione, il diritto di recesso delle parti, gli obblighi di comportamento, gli obblighi di riservatezza, la tutela della salute e della sicurezza del lavoratore, la tutela assicurativa.

Gli allegati al regolamento sono, invece, costituiti da: istanza di accesso al lavoro agile; proposta di svolgimento di attività in modalità lavorativa agile; comunicazioni dati personal computer; documento informativo sugli aspetti tecnici del lavoro agile; contratto individuale di lavoro in modalità agile; le linee di attività suscettibili di lavoro agile; modulo di attestazione delle attività svolte; informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile; modulo di attestazione della consegna della informativa in materia di sicurezza sul lavoro.

Il regolamento con i relativi allegati conservano tuttora efficacia fino all'approvazione del nuovo regolamento che conterrà la nuova disciplina in materia di lavoro agile, per come definita in sede di confronto con le organizzazioni sindacali nell'ambito della cornice normativa prevista dalla legislazione vigente.

REQUISITI TECNOLOGICI

La ASL di Viterbo adotta sistemi informatici che consentono a soggetti abilitati l'accesso agli applicativi aziendali interni. Le modalità di accesso si basano su meccanismi in grado di garantire un elevato livello di sicurezza e controllo

Al personale assegnato alle linee di attività da svolgere in lavoro agile, vengono consegnate agli interessati le indicazioni tecniche e la procedura per l'accesso da remoto al computer d'ufficio.

Per l'attuazione del lavoro agile la ASL di Viterbo consente, nel rispetto delle indicazioni tecniche di cui sopra, di utilizzare anche la propria strumentazione informatica personale.

PROGRAMMA IN MATERIA DI LAVORO AGILE

Rispetto al periodo emergenziale, è necessario registrare due novità: la prima è costituita dalla modifica del regime lavorativo ordinario che, dal 15 ottobre 2021, è tornato ad essere il lavoro in presenza; l'altro è rappresentato dalla sottoscrizione del nuovo accordo nazionale del personale del comparto sanità del triennio 2019/2021.

Pertanto, è importante coinvolgere le organizzazioni sindacali di categoria per individuare le aree e le linee di attività per l'accesso al lavoro agile, nonché per la disamina di ogni altro aspetto



normativo necessaria all'attuazione dell'istituto secondo le connotazioni e finalità previste dalla nuova normativa.

C) STRATEGIE DI COPERTURE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale è aggiornato e adottato annualmente, in coerenza con l'organizzazione degli uffici e dei servizi e con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance, per una programmatica copertura del fabbisogno di personale, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili.

Il piano di fabbisogno triennale, potrà subire modifiche o integrazioni a seguito di ulteriori indicazioni ministeriali relative ai criteri di determinazione del fabbisogno del personale o dall'introduzione di una specifica metodologia di valutazione di tale fabbisogno.

La Regione Lazio, con determinazione n. G14246 del 20 ottobre 2022, ha approvato il Piano Triennale di Fabbisogno di personale dell'ASL di Viterbo per il triennio 2021-2023, che costituisce attualmente il documento di programmazione di riferimento per le nuove assunzioni di personale.

La Regione Lazio, con nota circolare prot. n. U1213641 del 30 novembre 2022, ha invitato le aziende sanitarie a predisporre il nuovo piano triennale di fabbisogno di personale 2022/2024, che l'Azienda ha provveduto ad elaborare e a trasmettere alla Regione con relazione illustrativa prot. n. 1749 del 9 gennaio 2023.

STRATEGIE DI FORMAZIONE DEL PERSONALE

La Asl di Viterbo si avvale della leva formativa per dare valore al patrimonio di conoscenze e competenze professionali presenti in Azienda, in una visione sistemica della Formazione Aziendale attraverso il Piano Annuale della Formazione.

Tale visione sistemica è perseguita con:

- lo sviluppo di un piano formativo che impatti significativamente sulle competenze in ambito manageriale e professionale, tenendo presente gli elementi di economicità, efficacia ed efficienza nella spesa dedicata;
- l'utilizzo delle metodologie didattiche attive quali Comunità di Pratica, Action learning, Training on the job;
- l'utilizzo dell'e-learning anche nei settori di formazione obbligatoria, in modo da abbattere i costi e consentire una più facile conciliazione dell'impegno di aggiornamento professionale con quello lavorativo.



- il sistema dedicato alla formazione permanente degli operatori sanitari per le attività che confluiscono nei Piani:

- Nazionale di Ripresa e Resilienza
- Nazionale Anticorruzione
- Nazionale Territoriale (DM/77)
- Regionale dell'Equità
- Regionale per la gestione del flusso di ricovero e del sovraffollamento in Pronto Soccorso.

Il piano formativo aziendale viene strutturato dalla convergenza degli indirizzi e bisogni rilevati:

- indirizzi nazionali e regionali
- esigenze rilevate a livello direzionale (riferimenti documentali ed indirizzi strategici della Direzione)
- bisogni identificati nelle strutture organizzative (criticità identificate come suscettibili di miglioramento con interventi formativi e competenze professionali da acquisire e/o sviluppare)
- bisogni formativi individuali rilevati attraverso questionario somministrato tramite Piattaforma E-learning Aziendale.

Attraverso il piano formativo 2023 (in fase di adozione) si intende seguire il percorso già intrapreso negli ultimi anni che ha permesso di diffondere il valore del "Cooperative Learning", implementando le Comunità di Pratica (CdP). Le CdP sono gruppi di lavoro che facilitano gli scambi di conoscenze tra gli operatori con competenze diverse, gli scambi comunicativi, le esperienze vissute, sostenute anche dalle nuove tecnologie digitali; si intende promuovere una cultura organizzativa che punta soprattutto a migliorare la qualità della vita lavorativa, andando a potenziare la motivazione e la comunicazione che massimizza di conseguenza le performance e la produttività dell'azienda ma soprattutto l'applicazione di modelli e progetti che nascono dai lavori delle CdP e che devono trovare riscontro nell'operatività. Uno specifico focus della formazione sarà inoltre dedicato all'implementazione della definizione e gestione dei percorsi diagnostico terapeutici che rappresentano proprio il principale strumento di presa in carico multi - professionale e multi-disciplinare.

SEZIONE MONITORAGGIO

L'esplicitazione chiara e concreta a tutti i livelli di responsabilità dei risultati attesi e delle azioni e delle risorse necessarie a produrli mette a disposizione dei diretti responsabili e della struttura cui fanno riferimento significativi e validi indicatori di efficacia e di efficienza gestionale, in una prospettiva di autocontrollo e autoregolazione.



L'Azienda articola il proprio sistema di controlli interni in quattro funzioni, ed in particolare:

Il controllo strategico

Il controllo strategico mira a valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in termini di congruenza tra risultati conseguiti ed obiettivi strategici aziendali, così come indicati dalla Regione Lazio e predefiniti nel Piano delle Performance, in una prospettiva multidimensionale (indicatori di qualità, di efficienza, di efficacia, di sviluppo organizzativo).

Tale tipologia di controllo, per la sua natura intrinseca, fa capo alla Direzione Aziendale, in un rapporto di confronto interno con il Collegio di Direzione, di partecipazione con la Conferenza Sanitaria Locale e di rendicontazione istituzionale alla Regione Lazio.

Così come delineato dalla normativa, spetta alla Regione determinare preventivamente in via generale i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, con riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione regionale e con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi; all'atto della nomina, la Regione definisce ed assegna al Direttore Generale gli obiettivi di salute e di funzionamento da perseguire, aggiornandoli periodicamente.

Spetta al Direttore Generale predeterminare i criteri di valutazione dell'attività del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, con riferimento al raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione e degli obiettivi definiti nel Piano Strategico Aziendale.

All'attività di valutazione e controllo strategico fornisce supporto all'OIV, struttura autonoma che opera in

staff alla Direzione, alla quale riferisce gli esiti delle analisi effettuate.

Il controllo di gestione

Il controllo di gestione verifica il grado di raggiungimento degli obiettivi operativi, in termini di qualità, efficacia, efficienza ed economicità, al fine di ottimizzare il rapporto fra risorse e risultati, e tra risultati e obiettivi, dell'agire aziendale.

Il controllo di gestione è specificatamente correlato alla gestione dei singoli budget economici ed operativi

negoziati con i titolari dei diversi Centri di Responsabilità. Il controllo di gestione si serve di alcuni strumenti quali la contabilità analitica, il monitoraggio del budget economico, il sistema di reporting, l'analisi degli scostamenti. Questi strumenti di analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati rilevando l'utilizzazione delle risorse nei processi produttivi dell'Azienda, consentono il controllo dei costi e delle attività - in termini quali/quantitativi - di funzionamento dei singoli centri operativi e la verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Nelle attività di monitoraggio e nella realizzazione del sistema informativo per il controllo di gestione, l'Azienda si attiene al rispetto delle direttive adottate dalla Regione Lazio così come citate nel DCA 56/2013.



Il controllo di regolarità amministrativa e contabile

Ai controlli interni di verifica della legittimità, della regolarità e della correttezza dell'azione amministrativa provvede il Collegio Sindacale. Il controllo di regolarità amministrativa e contabile di norma non comprende verifiche da effettuarsi in via preventiva.

Il controllo esterno della gestione contabile, nel rispetto dell'articolo 100 della Costituzione, è affidato alla

Corte dei Conti, la quale verifica la legittimità e la regolarità contabile degli atti adottati dalle pubbliche amministrazioni, la rispondenza dei risultati delle attività agli obiettivi prefissati, valutando contemporaneamente costi, modi e tempi dell'azione amministrativa.

In conformità all'art. 9 della Legge Regionale n. 27 del 28 dicembre 2006, il Direttore Generale nomina un dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili dell'Azienda, da individuarsi all'interno della struttura aziendale ovvero da reperire tra i dirigenti della Regione.

Gli atti e le comunicazioni contabili dell'Azienda sono accompagnati da apposita dichiarazione scritta del dirigente preposto al fine di attestarne la veridicità. Il dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili predispone adeguate procedure attuative delle disposizioni regionali amministrative e contabili per

la redazione del bilancio di esercizio nonché di ogni altra comunicazione di carattere contabile e finanziario.

Al dirigente preposto sono conferiti dal Direttore Generale adeguati poteri e mezzi per l'esercizio dei compiti

attribuiti. Il Direttore Generale e il dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili attestano con propria relazione, allegata al bilancio di esercizio l'adeguatezza e l'effettiva applicazione delle procedure, nel corso dell'esercizio cui si riferisce il bilancio, nonché la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili. La responsabilità del Direttore Generale connessa agli adempimenti contabili, economici e finanziari si estende anche ai dirigenti preposti alla redazione dei documenti contabili, in relazione ai compiti loro spettanti, salvo azioni esercitabili in base al rapporto di lavoro con la propria amministrazione.

Il Controllo sulla Integrità ed il Valori Etici

Il Controllo sulla Integrità ed i Valori Etici ovvero la verifica che il comportamento e la condotta degli operatori siano conformi al sistema etico valoriale dell'Azienda, a quanto prescrivono norme e regolamenti e a quanto contenuto nel Codice Etico-Comportamentale.

Il Controllo di qualità

Il Controllo di qualità ovvero la valutazione e il miglioramento della qualità dei servizi sotto il profilo tecnico professionale relazionale organizzativo, ambientale ed economico.



Il Controllo delle prestazioni

Il Controllo delle prestazioni da intendersi come la verifica di quanto stabilito dai contratti di lavoro, le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane ed organizzative ad esse assegnate.

La valutazione del personale

Il sistema di valutazione del personale rappresenta uno dei principali meccanismi attraverso i quali l'Azienda promuove la valorizzazione, la crescita e l'effettivo sviluppo di ogni persona all'interno dell'azienda nell'ambito del ruolo e degli obiettivi assegnati. Il processo di valutazione, sia della dirigenza che del personale del comparto, si basa su un modello definito e formalizzato con specifico Regolamento, a seguito di accordo con le rappresentanze dei lavoratori e in modo coerente con quanto definito dai contratti collettivi nazionali.

Per un ulteriore approfondimento del monitoraggio si rinvia alle corrispondenti sezioni inserite all'interno del presente Piano.

ALLEGATI

1. SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

1.B.1: Allegato Tecnico Performance

1.B.2: Piano Azioni Positive

1.C.1: Gestione del rischio;

1.C.2: Misure specifiche per determinate aree di rischio;

1.C.3: Elenco degli obblighi di pubblicazione

2. SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

2.B.1: Regolamento del Lavoro Agile

2.B.1.1 - Istanza di attivazione del lavoro agile

2.B.1.2 - Proposta di svolgimento del lavoro agile

2.B.1.3 - Comunicazione dati PC

2.B.1.4 - Indicazioni tecniche

2.B.1.5 - Contratto individuale di lavoro agile

2.B.1.6 - Linee di attività



2.B.1.7 - Rilevazione presenza in servizio

2.B.1.8 - Informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile

2.B.1.9 - Attestazione consegna informativa

2.B.1: Piano Triennale di Fabbisogno di personale 2022-2024 (nota prot. n. 1749 del 9 gennaio 2023);

